01 | 1.2009

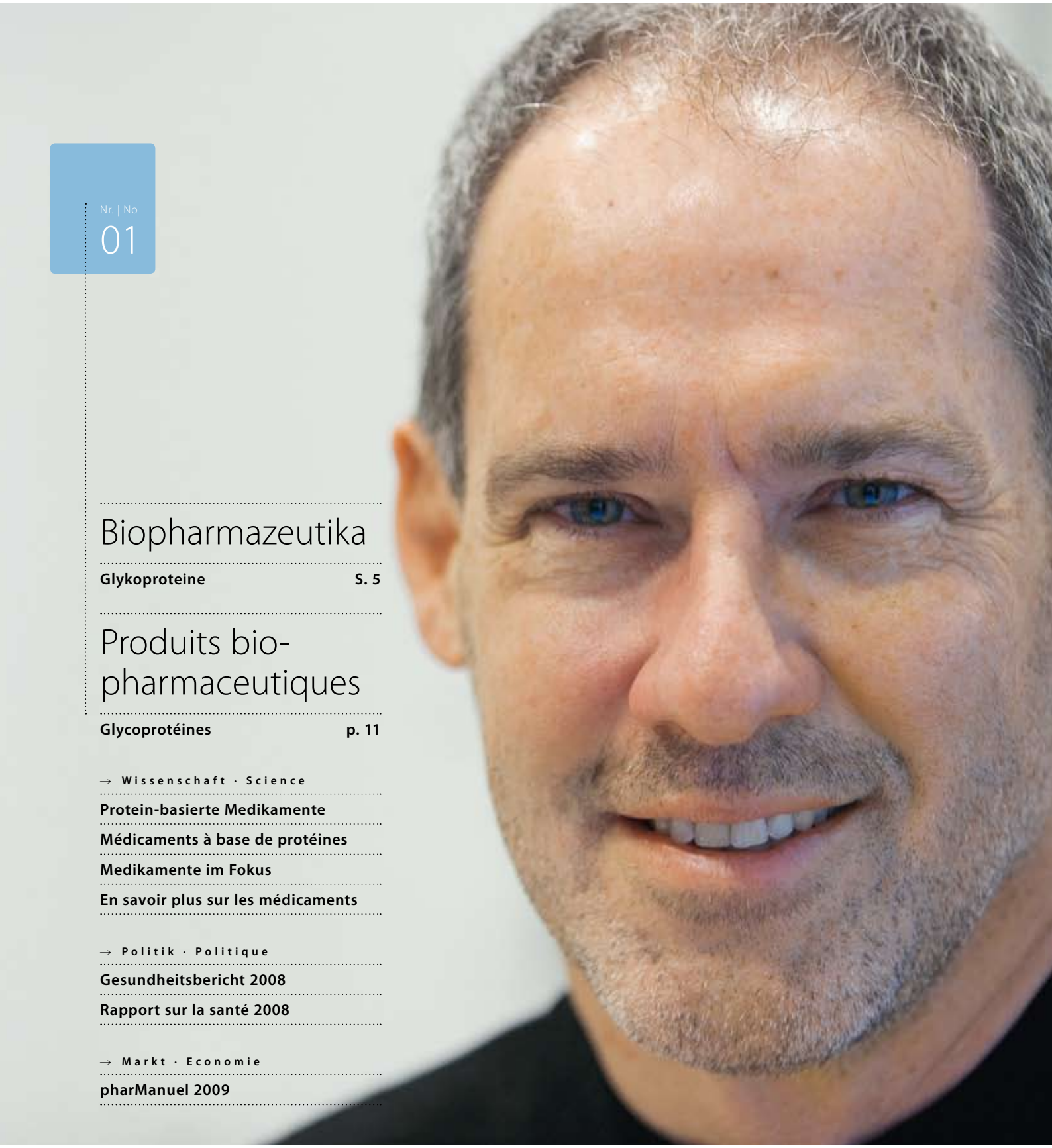
pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 8.1.2009, 146. Jahrgang

Nr. | No
01



Biopharmazeutika

Glykoproteine S. 5

Produits bio-pharmaceutiques

Glycoprotéines p. 11

→ Wissenschaft · Science

Protein-basierte Medikamente

Médicaments à base de protéines

Medikamente im Fokus

En savoir plus sur les médicaments

→ Politik · Politique

Gesundheitsbericht 2008

Rapport sur la santé 2008

→ Markt · Economie

pharManuel 2009

Exenatide: Eine neue Klasse von Antidiabetika

Nadja Stohler

Die Kommerzialisierung von Exenatide (Byetta®) vergrössert die Familie der Antidiabetika. Es gehört zu einer neuen pharmakologischen Klasse, den Inkretinanaloga. Wir haben den neuartigen Wirkmechanismus und die aktuelle Datenlage zu Wirksamkeit und Sicherheit untersucht und stellen die wichtigsten Punkte vor, die im Beratungsgespräch in der Apotheke vermittelt werden können.

Weltweit leiden mehr als 246 Mio. Menschen an Diabetes melitus, die Mehrheit davon an Diabetes Typ 2. Tendenz ist stark zunehmend. [11]

Nach den Biguaniden, den Sulfonylharnstoffen, den Glukosidasehemmern, den Glitazonen und verschiedenen Insulinarten sind DPP-4-Inhibitoren (Gliptine: Januvia®, Galvus®) und GLP-1-Analoga (Byetta®) zwei neue Medikamentengruppen mit ähnlichem Wirkmechanismus.

Steckbrief

Handelsname:	Byetta®, Pen gefüllt mit einer klaren, farblosen Lösung zu 60 Dosen. [1]
Indikation:	Zur Behandlung von Typ 2 Diabetes kombiniert mit Metformin und/oder einem Sulfonylharnstoff, wenn diese oralen Antidabetika keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erzielten. [1] Wird von der Krankenkasse nur vergütet, wenn der BMI mindestens 28 ist. [13]
Stoffklasse:	Blutzucker senkender Wirkstoff (A10BX04), Inkretinmimetikum [1].
Dosierung/ Anwendung:	**Dosierung** [1,2,3] / **Frequenz** [1,3] / **Applikation** [1] Therapiebeginn: 5 µg Nach einem Monat evtl.: 10 µg 2-mal pro Tag → innerhalb 60 Min. vor Frühstück und Abendessen (oder 2 anderen Hauptmahlzeiten, die mind. 6 Std. auseinander liegen). → Keine Verabreichung nach einer Mahlzeit. Wird eine Injektion versäumt, soll sie ausgelassen werden. s.c. (Oberschenkel, Bauch oder Oberarm) → Da in Kombination mit einem Sulfonylharnstoff dosisabhängig das Risiko für eine Hypoglykämie steigt, muss evtl. die Dosierung des Sulfonylharnstoffes angepasst werden. [1,2,5] → Lagerung: Bis zum 1. Gebrauch: Lagerung im Kühlschrank. Nicht einfrieren. [1,4] Nach Anbruch gilt offiziell noch, dass Byetta® nach jedem Gebrauch im Kühlschrank gelagert werden sollte. [1] Die Fachinformation in der Schweiz wird aber ab Februar 2009 wie folgt geändert: Nach Anbruch, nicht über 25 °C lagern. [4] → Dauer der Haltbarkeit: Nach erstmaligem Gebrauch 30 Tage. [1] → Der Pen darf nicht mit aufgesetzter Nadel aufbewahrt werden. [1,2]
Anwendung nicht empfohlen:	Typ 1 Diabetes; diabetische Ketoazidose; [1] schwere gastrointestinale Erkrankungen (inkl. diabetische Gastroparese); [5] Patienten ≥ 75 Jahre, Leberinsuffizienz oder schwere bzw. terminale Niereninsuffizienz. [6]
Wichtigste Nebenwirkungen:	→ Übelkeit (bis 50%, mit der Zeit abnehmend), Erbrechen (ca. 19%), dosisabhängige Diarrhoe (ca. 13%). → Pankreatitis (z.T. schwerwiegend, Todesfälle) [3,7,8,9,10]
Interaktionen:	Exenatide bewirkt eine verlangsamte Magenentleerung und so eine Reduktion der Absorptionsgeschwindigkeit von oral verabreichten Medikamenten. Antibiotika, orale Kontrazeptiva, [2,5] Magensaft resistente Formen (Bsp. PPI), Paracetamol [5] sollen mind. 1 Std. vor Exenatide eingenommen werden. [2,5] Warfarin: INR-Anstieg [5,6] Patienten, die mit Kumarinderivaten behandelt werden, sollten während des Beginns der Therapie sowie während der Erhöhung der Dosis engmaschig überwacht werden. [1,5]

Pharmakologie

Exenatide ist ein Mimetikum des Inkretins GLP-1 (Glucagon-like peptide-1). Inkretine sind Peptid-Hormone, die bei Nahrungsaufnahme von GIT-Zellen freigesetzt werden. Sie fördern glukoseabhängig die Insulinbildung und -freisetzung durch die β-Zellen des Pankreas und hemmen ebenfalls glukoseabhängig die Glukagonsekretion zur Erhaltung der Glukose-Homöostase. Inkretine werden durch das Enzym Dipeptidylpeptidase-4 (DPP-4) abgebaut. [1,3]

Exenatid, das GLP-1-Analogon, erhöht die Insulinsekretion, hemmt nach dem Essen die Glukagonfreisetzung, verlangsamt die Magenentleerung [1,2,5] und verstärkt ausserdem das Sättigungsgefühl. [2,5] (Bild Seite 18)

Platz in der Therapie

Wirksamkeit

Vergleich mit Placebo

→ In Studien mit Patienten die unter Metformin und/oder Sulfonylharnstoffen ungenügend therapiert waren, sank das HbA_{1c} im Durchschnitt bei Exenatide 5 µg um 0,4–0,6%, unter 10 µg um 0,8–0,9% und stieg unter Placebo um 0,1–0,2%. Es gibt keine methodologisch gute Studie, die die Wirksamkeit über die Dauer von mehr als 30 Wochen bestätigt. [3,5]

Abkürzungen

BMI	Body Mass Index
GIT	Gastrointestinaltrakt
HbA_{1c}	Glykosyliertes Hämoglobin A1c; Kontrolltest der Wahl zur mittelfristigen Diabeteskontrolle und entsprechenden Anpassung der Therapie.
INR	International Normalized Ratio; mit Hilfe des INR-Wertes wird die Therapie mit Antikoagulantien überwacht.
PPI	Protonenpumpeninhibitor

Vergleich mit Insulin

→ In Studien mit Patienten, die unter Metformin und Sulfonylharstoffen ungenügend therapiert waren, erwies sich die Zusatztherapie mit 10 µg Exenatide bezüglich HbA_{1c}-Senkung als nicht weniger wirksam als die Therapie mit Insulin Glargin (Lantus®) bzw. Insulin Aspart (NovoRapid®). Die HbA_{1c}-Senkung betrug 0,9–1,1%. Unter Exenatide kam es häufiger zum Therapieabbruch (19,4% und 21,3%) als mit Insulin (9,7% und 10,1%). [3,5]

Die Auswirkungen auf Diabeteskomplikationen, die Mortalität und die Langzeitsicherheit sind unbekannt. [3]

Auswirkung auf das Körpergewicht

Laut der vorhandenen Studien bewirkt Exenatide einen Gewichtsverlust von durchschnittlich 2 kg in sechs Monaten. Insulin verursacht dagegen eine ebensogrosse Gewichtszunahme. [2]

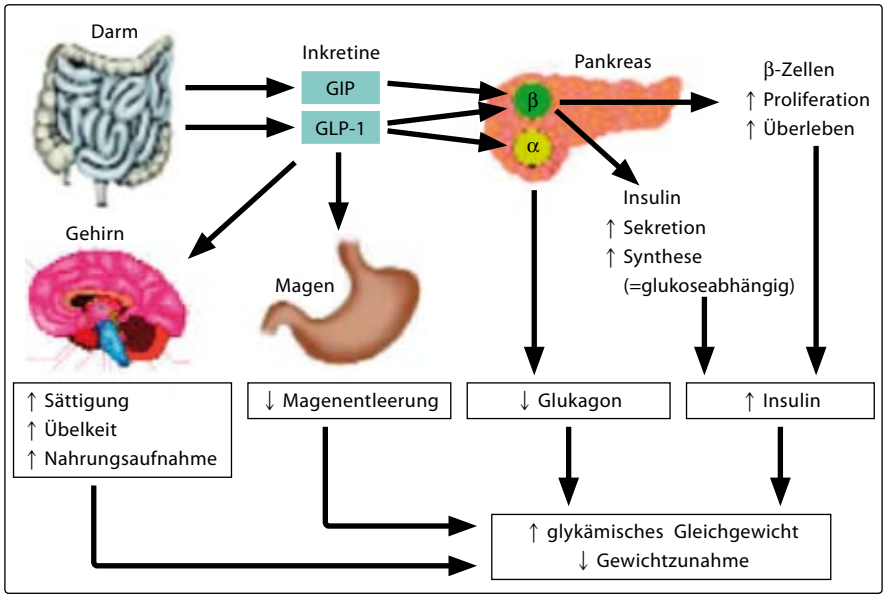
Der unter Exenatide beobachtete Gewichtsverlust ist grundsätzlich wünschenswert. Er beruht aber zum Teil auf der durch das Medikament erzeugten Übelkeit. [5] In den Studien war die dosisabhängige Übelkeit im Allgemeinen mild bis moderat, es dauerte bis acht Wochen, bevor diese UAW nachliess. [3] Nach Studienende einer siebenmonatigen Studie litten aber noch immer 10% der Patienten unter Übelkeit. [5]

Spezifische UAW

Im Oktober 2007 informierte die FDA über 30 Meldungen von akuten (aber nicht hämorrhagischen oder nekrotisierenden [10]) Pankreatitisfällen, die nach Zulassung von Byetta® aufgetreten sind. [7,8,9] Bei 27 Patienten lagen noch andere Risikofaktoren (Gallensteine, Alkoholmissbrauch oder schwere Hypertriglyzeridämie) vor, bei 21 besserten sich die Beschwerden nach Absetzen von Exenatide. [9] Seither wurden der Behörde sechs Fälle von hämorrhagischer und nekrotisierender Pankreatitis gemeldet. Alle Patienten mit diesen schwerwiegenden Pankreatitisformen mussten hospitalisiert werden, zwei Patienten starben. [10]

Die Patienten sollten über die charakteristischen Symptome einer akuten Pankreatitis informiert werden: anhaltende, starke Bauchschmerzen, die ausstrahlen können und teils von Erbrechen begleitet sind. Wird eine Pankreatitis vermutet, sollte die Behandlung mit Byetta® gestoppt werden. [1]

Pathophysiologie auf Stufe der Inkretine: Wirkung des GLP-1 und des GIP, die infolge Nahrungsaufnahme ausgeschüttet werden. GIP: Gastric inhibitory polypeptide. GLP-1: Glucagon-like peptide 1.



Quelle: Rev Med Suisse 2007; 3 (114): 1449–1455

Take home message

→ Die unabhängige Literatur sieht für die Therapie des Diabetes Typ 2 für Exenatide entweder keinen Platz [5] oder allenfalls einen bescheidenen Platz (als Alternative zu Insulin bei übergewichtigen Patienten). [2,3]

→ Exenatide senkt, verglichen mit Placebo, sowohl das HbA_{1c} um ca. 1% als auch das Körpergewicht. Die Auswirkung auf klinische Endpunkte (Morbidität/Mortalität) sind aber nicht untersucht. [2,3,5,12]

→ Schwerwiegende UAW wie Pankreatitis oder schwere Hypoglykämien in Kombination mit Sulfonylharnstoffen können auftreten. [2,5,7,8,9]

→ Beratung des Apothekers bei der Abgabe von Byetta®
- Gebrauchsanweisung: innerhalb 60 Min. vor Frühstück und Abendessen (oder zwei anderen Hauptmahlzeiten, die mindestens sechs Stunden auseinander liegen). [2]
- Lagerung des Pens: vgl. Steckbrief
- Informieren des Patienten über die häufig auftretenden UAW (v. a. gastrointestinaler Natur). Übelkeit ist eine sehr häufige, dosisabhängige UAW, deren Frequenz und Schweregrad während der Therapie meist zurückgehen. [2,5] Ausserdem muss der Patient darauf hingewiesen werden, dass er bei einem Verdacht auf eine Bauchspeicheldrüsenentzündung, d.h. bei anhaltenden unter Umständen in den Rücken ausstrahlenden starken Bauchschmerzen mit oder ohne Übelkeit oder Erbrechen, sofort Kontakt mit dem Arzt aufnehmen muss. [10]
- Abklären von Interaktionen auch mit Selbstmedikation sowie Hinweis an den Patienten, dass er mit seinem Apotheker oder Arzt sprechen soll, bevor er ein anderes Medikament einnimmt. ▮

Quellen

[1] Arzneimittelkompendium der Schweiz 2008
[2] Rev Prescrire 2007; 27 (285): 485–489
[3] Drug and Therapeutics Bulletin 2008; 7 (46): 49–52
[4] Pharmacist's Letter 2007; 23 (230408)
[5] arznei-telegrammm 2007; 38 (5): 43–48
[6] afssaps 2008: «Plan de gestion de risque de … BYETTA®»
[7] Rev Prescrire 2007; 27 (290): 907
[8] Arzneimittelbrief 2007; 41: 88
[9] arznei-telegramm 2007; 38 (11): 106
[10] arznei-telegramm-blitz 21.08.2008
[11] www.idf.org
[12] Rev Med Suisse 2007; 3 (114): 1449–1455
[13] Spezialitätenliste online 11/2008

Relecture

Cristina Cerise, Martine Ruggli

Korrespondenzadresse

Nadja Stohler, Apothekerin pharmaSuisse
E-Mail: nadja.stohler@pharmasuisse.org

Exénatide: une nouvelle classe d'antidiabétiques

Nadja Stohler

La commercialisation de l'exénatide (Byetta®) agrandit la famille des antidiabétiques. Il appartient à une nouvelle classe pharmacologique: les analogues des incrétines. Après analyse de son mécanisme d'action novateur et des données actuelles concernant son efficacité et sa sécurité, nous présentons ici les principaux points à transmettre lors d'un entretien-conseil à la pharmacie.

Dans le monde, plus de 246 millions de personnes sont atteintes de diabète, la majorité d'entre elles, de diabète de type 2. La tendance est en forte augmentation. [11]

Après les biguanides, les sulfonylurées, les inhibiteurs des glucosidases, les glitazones et différents types d'insuline, les inhibiteurs de la DPP-4 (gliptines: Januvia®, Galvus®) et les analogues du GLP-1 (Byetta®) sont deux nouveaux groupes de médicaments au mode d'action similaire.

Fiche signalétique	
Nom commercial:	Byetta®, stylo rempli d'une solution claire et incolore; 60 doses. [1]
Indication:	Pour le traitement du diabète de type 2, en association avec la metformine et/ou une sulfonylurée, lorsque ces antidiabétiques oraux ne permettent pas un contrôle suffisant de la glycémie. [1] Remboursé par la caisse-maladie uniquement lorsque l'IMC est de 28 au minimum. [13]
Classe de produit:	Hypoglycémiant (A10BX04), analogue des incrétines. [1]
Dosage/Utilisation:	**Dosage** [1,2,3] / **Fréquence** [1,3] / **Utilisation** [1] Début de traitement: 5 µg Après un mois, évent.: 10 µg Deux fois par jour → dans les 60 minutes qui précèdent le petit-déjeuner et le repas du soir (ou deux autres repas principaux espacés de six heures au minimum) [2] → Pas d'administration après un repas. Si une injection a été oubliée, elle doit être supprimée. s.c. (cuisse, abdomen ou partie supérieure du bras) → Étant donné que l'association avec une sulfonylurée augmente, de façon dose-dépendante, le risque d'hypoglycémie, le dosage de la sulfonylurée devra éventuellement être ajusté. [1,2,5] → Conservation: jusqu'à la première utilisation, conservation au réfrigérateur. Ne pas congeler. [1,4] Une fois entamé, le Byetta® doit officiellement être conservé au réfrigérateur après chaque utilisation.[1] L'information professionnelle en Suisse sera toutefois modifiée comme suit à partir de février 2009: «Après ouverture, ne pas conserver à plus de 25 °C». [4] → Durée de conservation en cours d'utilisation: 30 jours. [1] → Le stylo ne doit pas être conservé avec l'aiguille vissée dessus. [1,2]
Utilisation déconseillée:	Diabète de type 1; acidocétose diabétique; [1] affections gastro-intestinales sévères (gastroparésie diabétique comprise); [5] patients ≥ 75 ans, insuffisance hépatique ou insuffisance rénale sévère ou terminale. [6]
Principaux effets indésirables:	→ Nausées (jusqu'à 50%, régression au fil du temps), vomissements (env. 19%), diarrhées dose-dépendantes (environ 13%). → Pancréatite (parfois sévère, décès notifiés) [3,7,8,9,10]
Interactions:	L'exénatide provoque un ralentissement de la vidange gastrique et donc une réduction de la vitesse d'absorption des médicaments pris par voie orale. Les antibiotiques, les contraceptifs oraux, [2,5] les formes gastrorésistantes (p. ex. PPI), le paracétamol [5] doivent être pris au minimum une heure avant l'exénatide. [2,5] Warfarine: augmentation de l'INR. [5,6] Les patients traités par des dérivés coumariniques doivent être étroitement surveillés au début du traitement ainsi qu'en cas d'augmentation de la dose. [1,5]

Pharmacologie

L'exénatide est un mimétique de l'incrétine GLP-1 (Glucagon-like peptide-1). Les incrétines sont des hormones peptidiques sécrétées par des cellules du tractus gastro-intestinal (GIT) lors de l'absorption de nourriture. Elles stimulent de façon glucose-dépendante la synthèse et la libération d'insuline par les cellules bêta du pancréas et inhibent, de façon glucose-dépendante également, la sécrétion du glucagon, afin de maintenir l'homéostasie glycémique. Les incrétines sont dégradées par une enzyme, la dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4). [1,3]

L'exénatide, analogue du GLP-1, augmente la sécrétion de l'insuline, inhibe la libération post-prandiale du glucagon, ralentit la vidange gastrique [1,2,5] et renforce par ailleurs la sensation de satiété. [2,5] (voir figure page 21)

Positionnement dans le traitement

Efficacité

Comparaison avec un placebo

→ Dans des études réalisées sur des patients n'obtenant pas un contrôle suffisant de leur glycémie par un traitement à la metformine et/ou aux sulfonylurées, l'HbA_{1c} a baissé de 0,4 à 0,6% en moyenne sous exénatide 5 µg, de 0,8 à 0,9% sous exénatide 10 µg, et a augmenté de 0,1 à 0,2% sous placebo. Il n'existe aucune étude

Abréviations

IMC	Indice de Masse Corporelle
GIT	Tractus gastro-intestinal
HbA_{1c}	Hémoglobine glycosylée A1c; test de choix pour le contrôle du diabète à moyen terme et l'ajustement du traitement
INR	International Normalized Ratio; la surveillance du traitement aux anticoagulants s'effectue à l'aide de la valeur INR.
PPI	Inhibiteur de la pompe à protons

méthodologique de qualité qui confirme l'efficacité du traitement sur plus de 30 semaines. [3,5]

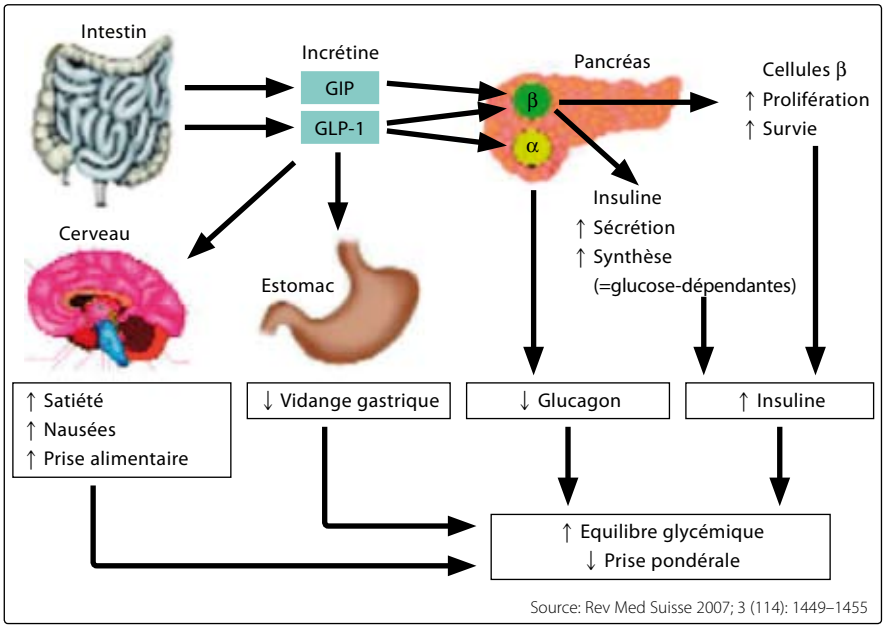
Comparaison avec l'insuline

→ Dans des études réalisées sur des patients n'obtenant pas un contrôle suffisant de leur glycémie par un traitement à la metformine et aux sulfonylurées, le traitement adjuvant avec 10 µg d'exénatide ne s'est pas avéré moins efficace en termes de baisse de l'HbA_{1c} que la thérapie avec l'insuline glargine (Lantus®), resp. l'insuline asparte (NovoRapid®). La baisse de l'HbA_{1c} était de 0,9 à 1,1%. Sous exénatide, les patients ont plus souvent interrompu le traitement (19,4% et 21,3%) que sous insuline (9,7% et 10,1%). [3,5]

L'impact sur les complications du diabète, la mortalité et la sécurité à long terme est inconnu. [3]

Physiopathologie de l'axe des incrétine; effets du GLP-1 et du GIP sécrétés en réponse à la prise alimentaire.

GIP: Gastric inhibitory polypeptide. GLP-1: Glucagon-like peptide 1.



Source: Rev Med Suisse 2007; 3 (114): 1449–1455

Impact sur le poids corporel

Selon les études disponibles, l'exénatide provoque une perte pondérale de 2 kg en moyenne en l'espace de six mois. L'insuline engendre quant à elle une prise de poids du même ordre de grandeur. [2]

De manière générale, la perte de poids observée sous exénatide est souhaitable. Toutefois, elle repose en partie sur les nausées provoquées par le médicament. [5] Dans les études, les nausées dose-dépendantes étaient en général faibles à modérées. Il a fallu jusqu'à huit semaines avant que cet effet indésirable s'atténue. [3] Néanmoins, au terme d'une étude de sept mois, 10% environ des patients souffraient encore de nausées. [5]

Effets indésirables spécifiques

En octobre 2007, la FDA a informé de l'existence de 30 cas de pancréatite aiguë (mais pas hémorragique ou nécrosante [10]) survenus après l'autorisation de mise sur le marché du Byetta®. [7,8,9] 27 patients présentaient d'autres facteurs de risque (calculs biliaires, abus d'alcool ou hypertriglycéridémie sévère). Chez 21 patients, une amélioration des troubles a été observée après arrêt de l'exénatide. [9] Depuis, six cas de pancréatites hémorragiques et nécrosantes ont été signalés à la FDA. Tous les patients atteints de ces formes de pancréatites sévères ont dû être hospitalisés. Deux sont décédés. [10]

Il est recommandé d'informer les patients des symptômes caractéristiques d'une pancréatite aiguë: fortes douleurs abdominales qui peuvent irradier et sont parfois accompagnées de vomissements. En cas de suspicion de pancréatite, le traitement par Byetta® doit être stoppé. [1]

Message à retenir

→ Dans le traitement du diabète de type 2, les publications indépendantes estiment qu'il n'y a pas de place pour l'exénatide [5] ou tout au plus une place modeste (en alternative à l'insuline chez les patients en surcharge pondérale). [2,3]

→ En comparaison avec le placebo, l'exénatide abaisse l'HbA_{1c} de 1% environ ainsi que le poids corporel. Toutefois, les répercussions sur les critères de jugement cliniques (morbidité/mortalité) ne sont pas étudiées. [2,3,5,12]

→ Des pancréatites sévères ont été rapportées ainsi que des hypoglycémies sévères en association avec des sulfonylurées. [2,5,7,8,9]

→ Conseils du pharmacien lors de la délivrance du Byetta®

- Mode d'emploi: administrer dans les 60 minutes qui précèdent le petit-déjeuner et le repas du soir (ou deux repas principaux espacés de six heures au minimum). [2]
- Conservation du stylo: cf. fiche signalétique
- Informer le patient des effets indésirables fréquents (surtout de nature gastro-intestinale). Les nausées constituent un effet indésirable fréquent, dose-dépendant, dont la fréquence et l'intensité diminuent généralement lors de la poursuite du traitement. [2,5] Par ailleurs, l'attention du patient doit être attirée sur le fait qu'en cas de suspicion d'inflammation du pancréas, c'est-à-dire en présence de fortes douleurs abdominales irradiant le cas échéant dans le dos, accompagnées ou non de nausées ou de vomissements, il doit prendre contact immédiatement avec son médecin. [10]
- Éclaircir la question des interactions (automédication également) et attirer l'attention du patient sur le fait qu'il doit consulter son pharmacien ou son médecin avant de prendre un autre médicament. ∎

Sources

Voir texte allemand

Relecture:

Cristina Cerise, Martine Ruggli

Adresse de correspondance

Nadja Stohler, pharmacienne de pharmaSuisse

E-mail: nadja.stohler@pharmasuisse.org

Flash



Chères Consœurs, Chers Confrères,

Il me tient particulièrement à cœur de vous adresser, ainsi qu'à vos familles, tous mes vœux de bonheur, de santé et de succès pour la nouvelle année.
J'aimerais également vous remercier pour la confiance que vous m'avez accordé jusqu'à ce jour durant mes deux premiers mandats de président. Lors de leur dernière assemblée, vos délégués m'ont sollicité une fois encore, et c'est avec plaisir que j'ai accepté de rester votre président pour un troisième mandat. Je peux vous assurer que je continuerai de défendre notre profession avec toute mon énergie et ma force afin que chaque pharmacien ait une place incontestable et incontestée dans le système.
L'année 2009 sera, j'en suis certain, une année charnière pour la pharmacie suisse. Sans pouvoir entrer dans les détails, nous nous trouvons dans un processus d'évolution où nous aurons à assumer de nouveaux rôles pour le bien des patients et de notre système de santé. Cela veut dire également que le pharmacien devra prendre plus de responsabilités et assumer des risques auxquels il n'est pas forcément habitués.
Je me réjouis pour ces trois prochaines années – période qui sera plutôt mouvementée – d'être à la tête de votre société faîtière, d'avoir l'honneur de vous représenter et d'avoir le privilège d'accompagner notre profession dans ces changements. Je vous garantis que vous pourrez compter sur pharmaSuisse pour vous soutenir et être à vos côtés tout au long de cette mutation. Cependant, comme je l'ai toujours dit, je ne peux rien faire sans vous. Vous êtes la pièce la plus importante de l'échiquier. Nous devons tous œuvrer pour atteindre les mêmes buts si nous voulons réussir. La force de notre profession est la cohésion. Je dois pouvoir compter sur chacun d'entre vous car nous avons besoin de toutes les forces disponibles. Ainsi, nous aurons de bonnes chances d'atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés.
A tous ceux qui ont accepté de prendre une fonction, soit en tant que délégués ou membres de comités, président(e)s de sociétés ou encore membres d'un groupe de travail, un grand merci pour votre engagement en faveur de notre profession. J'apprécie votre travail et votre soutien.
Pour finir, j'aimerais remercier également chacun d'entre vous, indépendamment de l'endroit où vous exercez votre profession, pour votre travail quotidien. C'est vous qui façonnez l'image de la pharmacie et des pharmaciens et je suis fier de pouvoir compter sur vous. Vive la pharmacie, vive pharmaSuisse.

Dominique Jordan

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Ihnen und Ihren Familien wünsche ich zum Jahresbeginn von Herzen Glück, Gesundheit und Erfolg im neuen Jahr.
Darüber hinaus danke ich Ihnen für Ihr Vertrauen, das Sie mir während meiner beiden Amtszeiten als Präsident entgegengebracht haben. Anlässlich ihrer letzten Versammlung haben mich die Delegierten erneut gewählt und ich nehmen das Mandat als Ihr Präsident mit Freuden zum dritten Male an.
Ich versichere Ihnen, dass ich auch weiterhin all meine Energie und Kraft für unseren Berufsstand einsetzen werde, damit jeder Apotheker und jede Apothekerin einen unbestreitbaren und unbestrittenen Platz im System hat.
Ich bin sicher, dass 2009 ein Schlüsseljahr für die schweizerischen Apothekerinnen und Apotheker wird. Auf Einzelheiten kann ich hier nicht eingehen, dazu nur soviel: Wir befinden uns in einem Entwicklungsprozess, in dem wir neue Aufgaben zum Wohle unserer Patienten und unseres Systems werden übernehmen müssen. Damit verbunden ist auch, dass die Apotheker mehr Verantwortung und grössere Risiken werden tragen müssen als bisher.
Ich freue mich, in den kommenden drei – voraussichtlich recht bewegten – Jahren an der Spitze des Verbandes zu stehen und unseren Berufsstand durch diese Zeit des Wandels zu begleiten. Ich garantiere Ihnen, dass Sie auf pharmaSuisse bauen können. Unser Verband wird Sie in diesem Veränderungsprozess unterstützen und Ihnen zur Seite stehen. Allerdings habe ich auch immer gesagt, dass ich ohne Sie nichts ausrichten kann. Sie sind die wichtigsten Spieler im Match. Wenn wir gewinnen wollen, müssen wir uns alle für dieselben Ziele einsetzen; die Stärke unseres Berufsstandes liegt im Zusammenhalt, wir brauchen alle verfügbaren Kräfte. Wenn ich auf Sie alle zählen kann, haben wir guten Chancen, die Ziele, die wir uns selbst gesetzt haben, zu erreichen.
All jenen, die ein Amt übernommen haben, sei es als Delegierte oder Delegierter, als Vorstandsmitglied, als Präsidentin oder Präsident einer Gesellschaft oder als Mitglied einer Arbeitsgruppe, danke ich herzlich für ihr Engagement im Interesse unseres Berufsstandes. Ich schätze Ihre Arbeit und Ihre Unterstützung sehr.
Zum Schluss möchte ich auch jedem einzelnen Mitglied unabhängig von Tätigkeit und Einsatzort für seine tägliche Arbeit danken. Sie sind es, die für das gute Image der Apothekenbranche und des Apothekerberufs sorgen und ich bin stolz, dass ich mich auf Sie verlassen kann. Es lebe die Pharmazie, es lebe pharmaSuisse.

Dominique Jordan

Faszination und Tücken der Komplexität

Vivianne Otto

Die jährliche Zunahme der Zahl Protein-basierter Medikamente übertrifft die aller anderen Wirkstoffklassen. Ungefähr siebzig Prozent der Biopharmazeutika sind Glykoproteine – die berühmtesten und kommerziell erfolgreichsten davon sind Erythropoetin und die monoklonalen Antikörper. Das Wissen über Proteine ist dank ausgereifter Herstellungs- und Analysemethoden gross, jenes über Glykoproteine hingegen noch jung und lückenhaft. Der folgende Artikel will einen Einblick geben in die fundamentale Rolle, die die Glykosylierung von Proteinen spielt – nicht nur für die Wirksamkeit und Wirkung von Biopharmazeutika, sondern auch für die Entwicklung und das Leben der höheren Organismen.

Einzellige Lebewesen überleben auch ohne die Fähigkeit, Proteine zu glykosylieren. Mehrzellige Lebewesen hingegen nicht. Denn die Glykosylierung von Proteinen spielt eine entscheidende Rolle in der Zell-Zell-Kommunikation. Diese ist für das Funktionieren und Überleben von komplexen, vielzelligen Organismen unabdingbar.

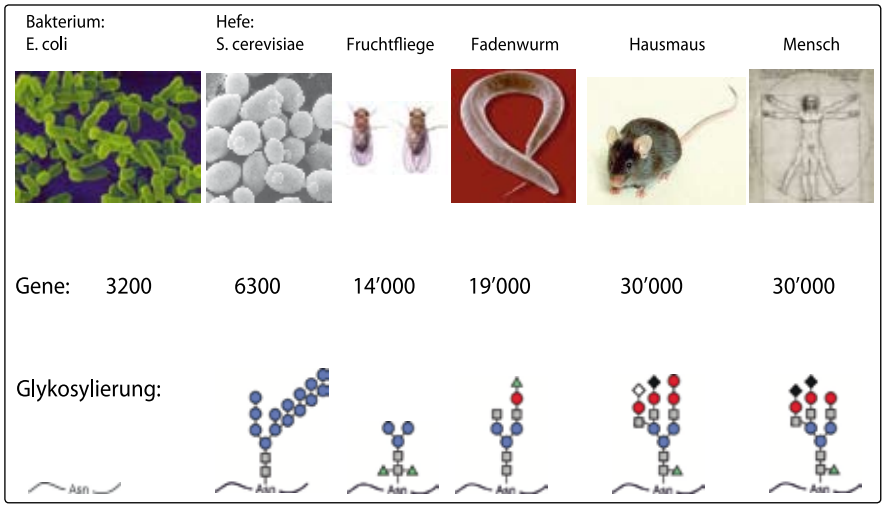
Die Erbinformation aller Lebewesen, vom Bakterium bis zum Menschen, ist in identisch zusammengesetzten Ribonukleinsäuren niedergelegt. Die Glykosylierungen der Proteine hingegen unterscheiden sich von Spezies zu Spezies oft deutlich (Bild 1A). Während die meisten Bakterien gar keine Oligosaccharide an ihre Eiweisse anheften, stellen schon Hefen Glykane beachtlicher Grösse her. Im Gegensatz zu den linearen Ribonukleinsäuren und Proteinen sind die Glykane vielfach verzweigte Moleküle. Je höher die Spezies, desto mehr verschiedene Monosaccharide kommen in den Proteinglykosylierungen vor und desto komplexer sind die Oligosaccharide. Im Menschen machen die Gene, die für an der Herstellung von Glykanen beteiligte Proteine kodieren, ein Prozent des Genoms aus.

Entwicklung der komplexen Glykane: Wettrüsten zwischen Pathogen und Wirt

Die Entwicklung von komplexen Zuckern wurde wahrscheinlich durch den von Pathogenen ausgeübten Selektionsdruck angetrieben [1]. Bakterien und Viren können spezifische Oligosaccharide an den Zelloberflächen des Wirts missbrauchen, um sich an die Zelle anzuheften und diese zu infizieren. Das berühmteste Beispiel hierfür ist das Grippevirus, das die Zellen der menschlichen Bronchialschleimhaut infiziert, indem es an N-Acetylneuraminsäure, den endständigen Zucker menschlicher Glykoproteine bindet (Bild 1A, B). Der Wirt kann sich vor der Infektion schützen, indem er «verlernt», das vom Pathogen erkannte Oligosaccharid herzustellen und indem er seine Lebensprozesse so umstellt, dass sie auch ohne dieses Oligosaccharid ablaufen können. Ist ihm das gelungen, wird sein Immunsystem Abwehrmechanismen gegen den nun nicht mehr körpereigenen Zucker entwickeln. Unser angeborenes Immunsystem erkennt beispielsweise die Peptidoglykane und Lipopolysaccharide der Bakterien und die Mannane der Pilze zuverlässig. Auch zirkulieren in unserem Blutserum grosse Mengen von Antikörpern gegen Galactose-alpha1,3-Galactose (1% aller Immunglobuline G!). Dieses Disaccharid kommt auf den Körperzellen aller Säugetiere vor – mit Ausnahme der höheren Primaten einschliesslich des Menschen. Gal-alpha1,3-Gal ist die Struktur, die bei der Xenotransplantation von Schweine-Organen vom Immunsystem der Primaten erkannt wird und die hyperakute Abstossungsreaktion auslöst. Im Serum von 85 Prozent der Bevölkerung finden sich zudem Antikörper gegen N-Glycolylneuraminsäure (NeuGc; Bild 1B) [2]. Diese gehört wie die N-Acetylneuraminsäure zur Familie der Sialinsäuren und unterscheidet sich von dieser lediglich durch eine zusätzliche Hydroxylgruppe. NeuGc kommt in allen Tieren vor – ausser in Hühnern und Menschen.

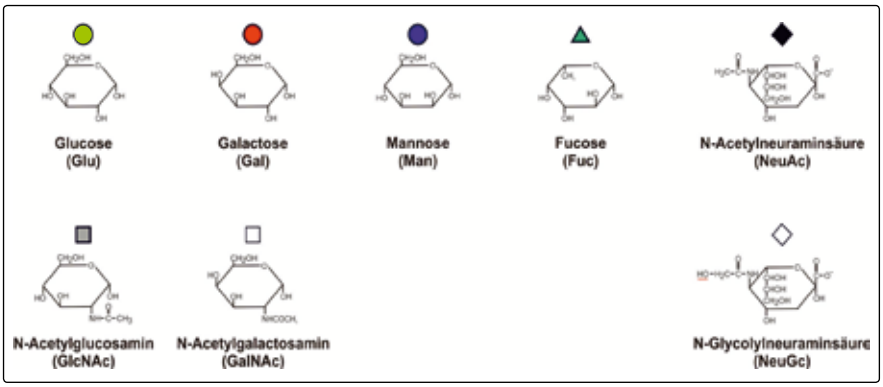
Durch die Änderung von Zuckermotiven an der Zelloberfläche kann sich ein Wirtsorganismus also vor Infektionen schützen – solange bis das Pathogen seine Bindungseigenschaften den neuen Gegebenheiten angepasst hat. So kommt es zu einem eigentlichen Wettrüsten zwischen Pathogenen und Wirt, von dem man heute annimmt, dass es einerseits

Bild 1A: Evolution der Glykosylierung



Zu diesem Thema haben wir früher bereits einen Text veröffentlicht. Der vorliegende Artikel gibt den aktuellen Wissensstand der Hochschulen wieder.

Bild 1B: Wichtigste Monosaccharide der Glykane von Säugetieren



zur enormen Vielfalt der Glykane in den höheren Organismen geführt hat und andererseits zu Immunsystemen, die «fremde» Zucker erkennen können.

Biosynthese von N- und O-Glykanen

Bei der Glykosylierung von Proteinen unterscheidet man zwei Arten. Bei der sogenannten N-Glykosylierung ist das Oligosaccharid an die Amidgruppe eines Asparagins (Asn) gebunden (Bild 2), bei der sogenannten O-Glykosylierung an die Hydroxylgruppe eines Serins oder Threonins (S/T; Bild 3). N-Glykosylierung ist die häufigste Form der Glykosylierung. Sie erfolgt schon während der Translation des Proteins im rauen Endoplasmatischen Retikulum (ER). Also noch bevor das Protein seine endgültige Faltung eingenommen hat. Dabei wird ein Vorläufer-Oligosaccharid mit dem Protein verknüpft (Bild 2). N-Glykane werden stets an Asparagine, die Teil des Tripeptids Asn-Xxx-Ser/Thr sind, angeheftet. In dieser sogenannten Consensus Sequenz für N-Glykosylierung folgt auf ein Asparagin eine Aminosäure, die jede Aminosäure ausser Prolin sein kann (Xxx), die wiederum gefolgt wird von einem Serin oder Threonin (Ser/Thr).

Noch im ER wird das junge N-Glykan durch Glucosidasen und Mannosidasen zurecht gestutzt. Es resultiert ein N-Glykan vom Oligomannose-Typ, bestehend aus zwei N-Acetylglucosaminen (GlcNAc) und acht Mannosen. Das junge Glykoprotein wandert dann in den Golgi-Apparat. Hier wird den N-Glykanen ihre endgültige Gestalt verliehen. Durch Abspalten weiterer Mannosen und durch das Aufbauen von zwei bis vier sogenannten Antennen können N-Glykane vom komplexen Typ entstehen. Antennen werden die Zuckerketten genannt, die im medialen und trans Golgi aus GlcNAc, Galactose und Sialinsäure aufgebaut werden. Alle Monosaccharide, die im Verlauf der Glykansynthese an das wachsende Glykan angeheftet werden, stammen von Zuckernukleotiden. Diese werden im Zytoplasma synthetisiert und durch spezifische Transporter in den Golgi-Apparat eingeschleust.

Im Gegensatz zu den N-Glykanen findet man bei den O-Glykanen keine Consensus Sequenz. Das erste Monosaccharid, meist ein N-Acetylgalactosamin, wird nach der Proteinfaltung im späten ER oder frühen Golgi an ein Serin oder Threonin geheftet (Bild 3). O-Glykane werden Monosaccharid um Monosaccharid aufgebaut und sind oft kleiner als N-Glykane.

Die Synthese von Glykanen erfolgt im Gegensatz zur Synthese der Proteine nicht nach einem Bauplan. Sie wird vielmehr bestimmt von der Zugänglichkeit der Glykosylierungsstelle und des Glykans, der Expression von Glykosidasen und Glykosyltransferasen sowie der Verfügbarkeit der Zuckernukleotide. Dies führt dazu, dass die Glykosylierung oft sehr heterogen ist. Auf einem Protein und selbst an einer einzelnen Glykosylierungsstelle eines Proteins kann eine Vielzahl von Glykanen vorkommen. Die Glykosylierung ist flexibler und viel feiner regulierbar als die Proteinsynthese. Sie könnte deshalb dazu dienen, einem Protein Eigenschaften zu verleihen, die an die gegenwärtige metabolische Situation und Bedürfnisse des Organismus angepasst sind.

Herstellung rekombinanter Glykoproteine

Eigenschaften von Glykoproteinen, die massgeblich durch die Glykosylierung beeinflusst werden können, sind die Löslichkeit, die Proteinfaltung, die Tertiärstruktur, die Bindungsaffinität für Liganden und Rezeptoren, die Stabilität sowie die biologische Halbwertszeit. Es ist daher nicht nur wichtig, die Glykosylierungs-Wirkungs-Beziehungen von Glykoproteinen, die therapeutisch genutzt werden sollen, zu kennen. Es ist auch unabdingbar, Glykoproteine mit optimaler Glykosylierung in kontrollierter, gleichbleibender Qualität herzustellen.

Die meisten Glykoprotein-Biopharmazeutika, für deren Wirksamkeit eine vollständige Glykosylierung notwendig ist, werden heute in Säugetier-Zelllinien und insbesondere in Chinese Hamster Ovary (CHO) Zellen exprimiert. CHO-Zellen verleihen Proteinen eine Glykosylierung, die der menschlichen sehr ähnlich ist. Insbesondere ist der Gehalt der Glykane an Sialinsäure beachtlich hoch, wenn auch variabel. CHO-Zellen synthetisieren neben N-Acetylneuraminsäure auch geringe Mengen von N-Glycolylneuraminsäure, die potenziell immunogen ist (s.o.). Hingegen stellen CHO-Zellen das Gal-alpha1,3-Gal-Disaccharid nicht her [3].

Da die Glykosylierung rekombinanter Proteine entscheidend von den Zell-

Bild 2: Biosynthese von N-Glykanen

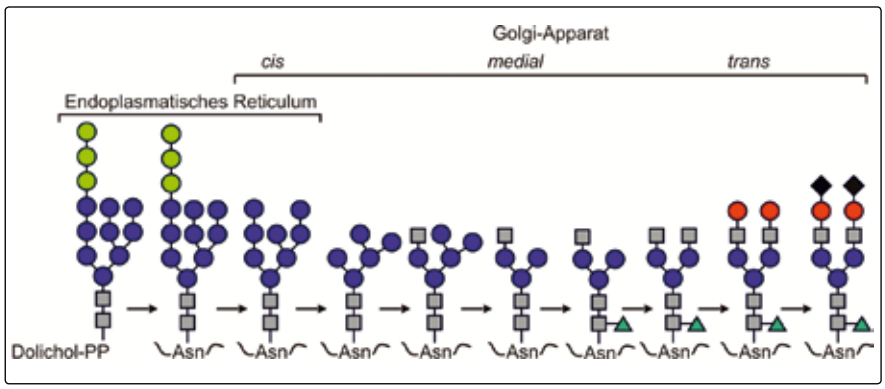
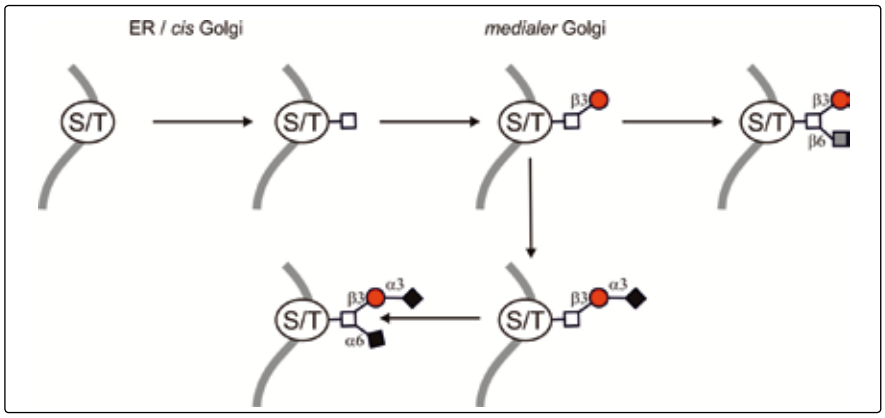


Bild 3: Biosynthese von O-Glykanen (core-1 und core-2)



Kulturbedingungen und dem Aufreinigungsprozess abhängen, ist ein ausgefeilter Produktionsprozess, der akribisch eingehalten wird, entscheidend. Von daher stammt der Slogan «the process is the product». Da die feinen Variationen in der Glykosylierung eines Glykoproteins nur mit aufwändigsten analytischen Methoden zugänglich und bei der Herstellung kaum zu kontrollieren sind, stützen sich die Industrie und die Registrierungsbehörden bei der Definition eines Glykoprotein-Pharmazeutikums stark auf den Produktionsprozess ab. Sie akzeptieren auch eine gewisse Bandbreite an strukturellen Variationen, die mit den heute zugelassenen Herstellungsprozessen nicht zu vermeiden sind.

Erythropoetin – das kommerziell erfolgreichste Glykoprotein-Medikament

Eines der ersten Glykoprotein-Medikamente war Erythropoetin (EPO). Es ist bis heute das kommerziell erfolgreichste Biopharmazeutikum mit jährlichen Umsätzen von mehreren Milliarden US-Dollars. EPO besteht aus 165 Aminosäuren, enthält zwei Disulfidbrücken und ist an Asn 24, Asn 38, und Asn 83 N-glykosyliert sowie an Ser 126 O-glykosyliert (Bild 4). Erythropoetin ist in vivo nur wirksam, wenn es komplexe N-Glykane mit einem hohen Anteil an Sialinsäuren trägt. Nichtglykosyliertes Erythropoetin hat in vitro zwar eine höhere Bindungsaffinität für den Erythropoetin-Rezeptor als das glykosylierte (Bild 5). In vivo weist es aber eine Halbwertszeit von weniger als zwei Minuten auf und ist somit unwirksam. Das vollständig glykosylierte EPO aus CHO-Zellen hingegen hat eine Halbwertszeit von vier bis fünf Stunden. Untersuchungen haben gezeigt, dass die Serum-Halbwertszeit direkt von der Zahl der Sialinsäuren abhängt. Die maximale Zahl von Sialinsäuren, die Erythropoetin tragen kann, ist 14, vier auf jedem der drei N-Glykane und zusätzliche zwei auf dem einen O-Glykan. Ein raffinierter Weg, die Halbwertszeit von Erythropoetin weiter zu verlängern, wurde mit NESP (novel erythropoesis stimulating protein, auch Aranesp oder darbepoetin genannt) eingeschlagen. Durch gezielte Veränderung der Aminosäuresequenz wurden nämlich zwei zusätzliche Consensus Sequenzen für N-Glykosylierung eingeführt (Bild 5), sodass NESP verglichen mit EPO zwei zusätzliche komplexe N-Glykane mit maximal acht zusätzlichen Sialinsäuren enthält. Seine Halbwertszeit beträgt 12 bis 15 Stunden. Die ursprüngliche Befürchtung, das Immunsystem könnte die veränderte Aminosäuresequenz als fremd erkennen, hat sich nicht bewahrheitet. Wahrscheinlich werden die Mutationen durch die in nächster Nähe angehefteten grossen N-Glykane abgeschirmt und bleiben somit unerkannt.

Nach WHO-Nomenklatur ist der generische Name des ersten rekombinanten Erythropoetins, das 1989 auf den Markt kam, Epoetin-alpha. Hierbei bezeichnet der Begriff Epoetin das rekombinante Protein, dessen Aminosäuresequenz mit der des natürlichen menschlichen Erythropoetins übereinstimmt. Alpha bezeichnet die Glykosylierung, definiert durch die Expression in CHO-Zellen und den Herstellungsprozess. Epoetin-beta, -gamma, -delta, -omega usw. bezeichnen demnach EPO-Zubereitungen mit identischer Aminosäuresequenz, aber abweichenden Herstellungsverfahren und somit Glykosylierungsmustern. Da in NESP fünf Aminosäuren verändert wurden, ist sein generischer Name nicht Epoetin, sondern Darbepoetin. Da es von der gleichen Firma nach dem gleichen Verfahren hergestellt wird wie Epoetin-alpha, ist sein voller generischer Name Darbepoetin-alpha.

Die ersten EPO-Biosimilars

Zu viel Kopfzerbrechen und hitzigen Diskussionen hat die Frage, welchen Anforderungen Nachfolgepräparate von Biopharmazeutika zu genügen haben, geführt. Die Regeln für die Registrierung von Generika waren nicht anwendbar, da

Bild 4: Erythropoetin

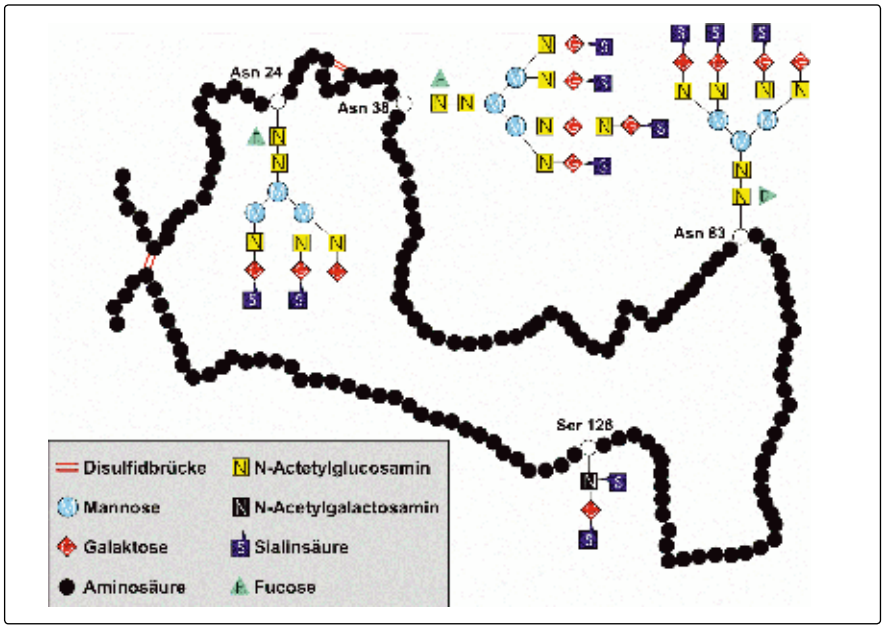
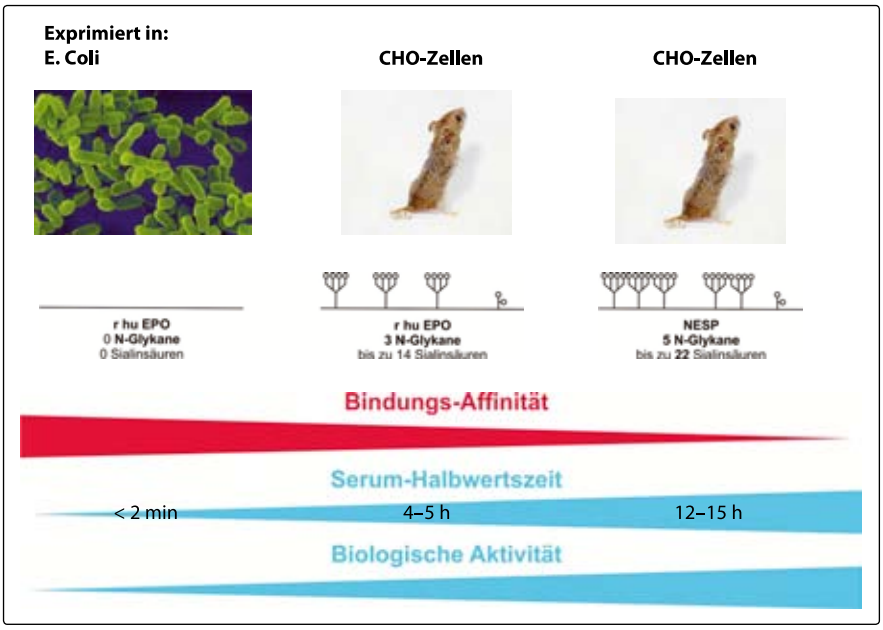


Bild 5: Glykosylierungs-Wirkungsbeziehungen von Erythropoetin



Biopharmazeutika mit ihrer Komplexität und inhärenten Variabilität als chemische Entitäten nicht klar definierbar sind. Da die Eigenschaften eines Produktes so massgeblich von der Zelllinie und dem Herstellungsprozess abhängen, sind bestehende Glykoprotein-Biopharmazeutika praktisch nicht kopierbar. Als Paradebeispiel für die verheerenden Folgen, die auch kleine Veränderungen in der Zubereitung von Biopharmazeutika haben können, gilt die Geschichte von Eprex. Eprex ist das Epoetin-alpha-haltige Präparat, das in Lizenz für den Europäischen und den Kanadischen Markt hergestellt wird. Die Europäische Registrierungsbehörde hatte 1998 gefordert, dass das in Eprex enthaltene humane Albumin durch einen anderen Stabilisator ersetzt werde, um das Risiko der Übertragung von menschlichen Viren und Prionen zu senken. Die Firma entschied sich für Tween 80. Gleichzeitig führte sie Fertig-Spritzen mit unbeschichteten Gummi-Stoppern für die Konfektion von Eprex ein. Kurz darauf wurde in Europa und in Kanada eine steile Zunahme der Erkrankungen an Pure Red Cell Aplasia (PRCA) verzeichnet, einer gravierenden Anämie, die auf der Bildung von Antikörpern gegen Erythropoetin beruht. Die Ursache für die gehäuften Krankheitsfälle wurde in der Verabreichung der neuen Eprex-Formulierung gefunden. Eine plausible Erklärung für diese schwerwiegenden und völlig unerwarteten Vorfälle ist, dass Tween 80 Substanzen aus den Gummi-Stoppern herausgelöst hatte, die als Adjuvantien die Bildung von gegen EPO gerichteten Antikörpern anregten [4]. Die alternative Erklärung ist, dass sich im Präparat Mizellen und Aggregate gebildet hatten, die die Antikörperbildung auslösten. Die Anwendung von Eprex wurde dann von subkutan auf intravenös umgestellt, die Gummi-Stopper wurden mit Teflon beschichtet und die Kühlkette (siehe auch pharmaJournal 18/9.2008, Transport, Lagerung, Zubereitung, Anwendung von Biopharmazeutika) wurde verbessert. Von dem Moment an sind die Fälle von PRCA schlagartig und drastisch zurückgegangen [4]. Dieses Beispiel zeigt, dass auch kleinste Änderungen in der Formulierung, der Anwendung, des Transports und der Lagerung von Biopharmazeutika schwerwiegende Konsequenzen für deren Wirksamkeit und Verträglichkeit haben können. Es zeigt auch, welch kleine Veränderungen zur Immunogenität eines Biopharmazeutikums führen können.

Kleinste Änderungen in der Glykosylierung können die Erkennbarkeit eines Glykoproteins durch seine Liganden verändern. Seien diese Liganden Adhäsionsmoleküle, Signal übertragende Rezeptoren, endozytotische Rezeptoren in der Leber oder die Erkennungsstrukturen des Immunsystems. Damit kann sich auch die Art und Dauer des Signals, das ein Glykoprotein an seine Zielzelle übermittelt, ändern. Dies macht Glykoproteine zu hochkomplexen, flexiblen Botenstoffen und Zielstrukturen in der Zell-Zell-Kommunikation höherer Organismen. Für die Entwicklung von Glykoproteinen als Therapeutika eine grosse Chance, aber auch eine grosse Herausforderung. ∎

Glossar

Glykoprotein	Protein mit einer oder mehreren kovalent gebundenen Zuckerketten
Glykosylierung	Enzymatische Reaktionen, bei denen Mono- oder Oligosaccharide an Proteine, Lipide usw. gebunden werden. Der Begriff wird auch für die Gesamtheit der an ein bestimmtes Protein gebundenen Zucker verwendet.
Glykan	Über glykosidische Bindungen verknüpfte Oligo- oder Polysaccharide
Monosaccharid	Einfachzucker
Glykosidasen	Enzyme, die glykosidische Bindungen spalten
Glykosyltransferasen	Enzyme, die aktivierte Zucker auf ihr Substrat übertragen

Zitierte Literatur

[1] Bishop, J. R. and P. Gagneux, Evolution of carbohydrate antigens-microbial forces shaping host glycomes? Glycobiology, 2007. 17(5): p. 23R–34R.

[2] Zhu, A. and R. Hurst, Anti-N-glycolylneuraminic acid antibodies identified in healthy human serum. Xenotransplantation, 2002. 9(6): p. 376–81.

[3] Deglon, N., et al., Presence of Gal-alpha1,3Gal epitope on xenogeneic lines: implications for cellular gene therapy based on the encapsulation technology. Xenotransplantation, 2003. 10(3): p. 204–13.

[4] Summers, S., S. Holdsworth, and E. Sharples, The (re)challenging question of erythropoiesis-stimulating agents inducing pure red cell aplasia. Nephrol Dial Transplant, 2008. 23(10): p. 3053-5.

Korrespondenzadresse

PD Dr. Vivianne Otto
ETH Zürich, Institut für Pharmazeutische Wissenschaften
vivianne.otto@pharma.ethz.ch

Pièges et séduction de la complexité

Vivianne Otto

Le nombre de médicaments à base de protéines mis sur le marché chaque année dépasse largement celui des autres catégories. Près de 70% des produits biopharmaceutiques sont des glycoprotéines – dont les produits-phares comme l'érythropoïétine et les anticorps monoclonaux. Si les protéines sont bien connues grâce à des méthodes d'analyse et de fabrication sophistiquées, on ne sait pas grand chose sur les glycoprotéines. Le présent article donne un aperçu du rôle-clé joué par la glycosylation des protéines – non seulement sur l'efficacité et l'action des produits biopharmaceutiques mais aussi sur le développement et la vie des organismes supérieurs.

Les organismes unicellulaires survivent très bien sans pouvoir glycosyler les protéines. Ceci n'est toutefois pas le cas des organismes pluricellulaires en raison du rôle déterminant que joue ce processus dans la communication entre les cellules, indispensable au bon fonctionnement et à la survie des organismes pluricellulaires complexes.

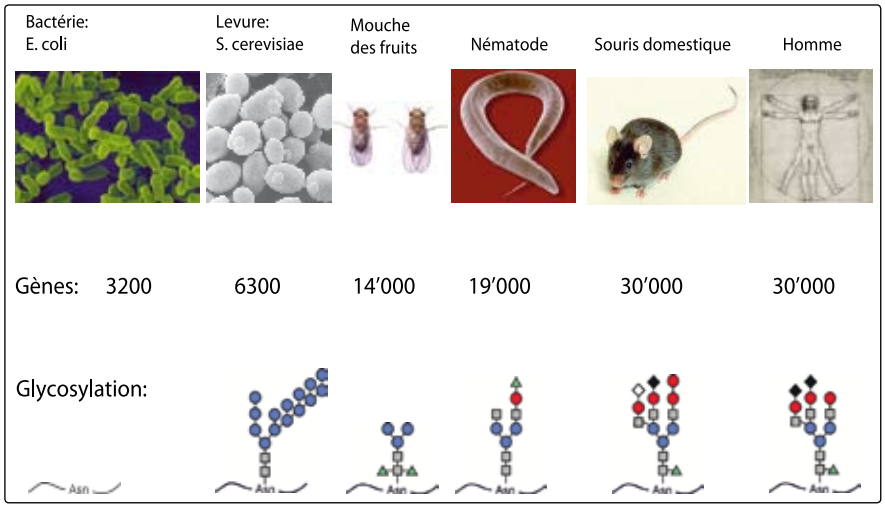
Depuis la bactérie jusqu'à l'homme, l'information génétique de tous les organismes vivants est inscrite dans l'acide ribonucléique, dont la composition est la même pour toutes les espèces. En revanche, les glycosylations de protéines diffèrent sensiblement d'une espèce à l'autre (Fig. 1A). Si la plupart des bactéries ne lient aucun oligosaccharide à leurs protéines, les levures produisent des glycanes d'une taille appréciable. Contrairement aux acides ribonucléiques et aux protéines linéaires, les glycanes sont des molécules à plusieurs arborisations. Plus le rang est élevé dans l'échelle des espèces, plus on trouve de monosaccharides dans les protéoglycosylations et plus ces oligosaccharides sont complexes. Chez l'homme, les gènes codant les protéines qui interviennent dans la fabrication des glycanes représentent 1% du génome.

Développement des glycanes complexes: une course entre agents pathogènes et hôte

Le développement de sucres complexes serait généré par la pression sélective exercée par des agents pathogènes [1]. Les bactéries et les virus utilisent des oligosaccharides spécifiques présents à la surface des cellules de l'hôte pour s'y accrocher et les infecter. Ce phénomène est illustré de manière exemplaire par le virus de la grippe qui infecte les cellules de la muqueuse bronchique et se lie à l'acide N-acétylneuraminique (sucre terminal des glycoprotéines humaines) (Fig. 1A, B). L'hôte peut se protéger contre l'infection en «désapprenant» à fabriquer l'oligosaccharide reconnu par l'agent pathogène et en adaptant son processus vital de manière à pouvoir se dérouler sans l'aide de cet oligosaccharide. Dans un tel cas, les mécanismes de défense de son système immunitaire contre le sucre, qui n'est plus endogène, seront développés. Ainsi, notre système immunitaire inné identifie très bien les peptidoglycanes et les lipopolysaccharides des bactéries ainsi que les mannanes des champignons. Dans notre sérum sanguin circulent des quantités importantes d'anticorps anti-galactose-alpha1,3-galactose (1% de l'ensemble des immunoglobulines G!). Ce disaccharide est présent à la surface des cellules de tous les mammifères, à l'exception des primates supérieurs, êtres humains inclus. Gal-alpha1,3-Gal est la structure identifiée lors des xénogreffes d'organes porcins par le système immunitaire des primates qui déclenche la réaction de rejet hyperaigu. Dans le sérum de 85% de la population, on trouve en outre des anticorps contre l'acide-N-glycolylneuraminique (NeuGc) [2], qui, comme l'acide-N-acétylneuraminique, appartient à la famille des acides sialiques, dont il se distingue uniquement par un groupe hydroxyle additionnel (Fig. 1B). NeuGc est présent chez tous les animaux, sauf chez la poule et chez l'homme.

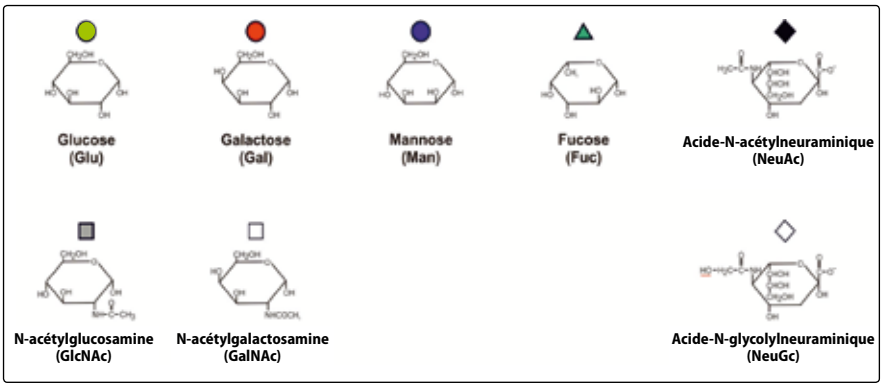
Grâce à la modification de la structure du sucre à la surface des cellules, un organisme-hôte peut se protéger contre des infections – jusqu'à ce que les propriétés en matière de liaison de l'agent pathogène se soient adaptées aux nouvelles circonstances. Il s'ensuit une véritable course entre les agents pathogènes et l'hôte qui expliquerait, d'une part, la grande diversité de glycanes dans les organismes supérieurs et, d'autre part, la

Fig. 1A: Évolution de la glycosylation



Un document a déjà été publié sur ce thème. Dans le présent article, nous publions les résultats des connaissances de la Haute École.

Fig. 1B: Les principaux monosaccharides des glycanes des mammifères



capacité des systèmes immunitaires à identifier des sucres «étrangers».

Biosynthèse des N- et O-glycanes

On distingue deux types de glycosylation des protéines. Dans la N-glycosylation, l'oligosaccharide est lié au groupe amide de l'asparagine (Asn) (Fig. 2) et dans la O-glycosylation au groupe hydroxyle d'une sérine ou d'une thréonine (S/T) (Fig. 3). La N-glycosylation est la forme la plus courante. Elle se produit pendant la translation de la protéine dans le réticulum endoplasmatique rugueux (RE), c'est-à-dire avant que la protéine n'ait commencé sa pliure finale. Un oligosaccharide précurseur est alors lié à la protéine (Fig. 2). Les N-glycanes s'accrochent toujours à des asparagines, qui font partie du tripeptide Asn-Xxx-Ser/Thr. Dans la séquence consensus pour la N-glycosylation, à l'asparagine succède un acide aminé, qui peut être n'importe quel acide aminé sauf la proline (Xxx), qui sera suivi à son tour par une sérine ou une thréonine (Ser/Thr).

Dans le RE, le jeune N-glycane sera coupé par des glucosidases et des mannosidases. Il en résulte un N-glycane du type oligomannose constitué de deux N-acétylglucosamines (GlcNAc) et de huit mannoses. La jeune glycoprotéine migre dans l'appareil de Golgi, où les N-glycanes prendront leur forme définitive. Le détachement d'autres mannoses et la création de deux à quatre antennes peuvent donner naissance à des N-glycanes de type complexe. On appelle antenne les chaînes de glucides qui sont constituées dans le Golgi médian et trans par du GlcNAc, du galactose et de l'acide sialique. Tous les monosaccharides qui s'accrochent au cours de la synthèse des glycanes au glycane en formation proviennent de nucléotides de sucre. Ces derniers sont synthétisés dans le cytoplasme et introduits dans l'appareil de Golgi par des transporteurs spécifiques.

Contrairement aux N-glycanes, il n'y a pas de séquence consensus pour les O-glycanes. Le premier monosaccharide, généralement une N-acétylgalactosamine, s'accroche après la pliure des protéines dans le RE tardif ou le Golgi précoce à une sérine ou à une thréonine (Fig. 3). Les O-glycanes, qui sont construits monosaccharide après monosaccharide, sont souvent plus petits que les N-glycanes.

La synthèse des glycanes ne se déroule pas selon un plan comme la synthèse des protéines. Elle est déterminée par l'accessibilité du lieu de glycosylation ainsi que par la disponibilité des nucléotides de sucre. Ceci explique l'hétérogénéité fréquente de la glycosylation. Une grande variété de glycanes peut survenir sur une protéine et même sur un seul lieu de glycolysation d'une protéine. La glycosylation est plus flexible et réglable plus finement que la synthèse des protéines. Elle peut donc conférer à une protéine des propriétés adaptées à la situation métabolique et aux besoins de l'organisme à un moment donné.

Fabrication de glycoprotéines recombinantes

Les propriétés qui sont largement influencées par la glycosylation des glycoprotéines sont la dissolubilité, la pliure des protéines, la structure tertiaire, l'affinité de liaison vis-à-vis des ligands et des récepteurs, la stabilité ainsi que la demi-vie biologique. D'où l'importance de connaître le rapport efficacité-glycosylation des glycoprotéines qui seront utilisées à des fins thérapeutiques. Il faut également fabriquer des glycoprotéines avec une glycosylation optimale à qualité constante et contrôlée.

La plupart des glycoprotéines biopharmaceutiques, pour l'efficacité desquelles une glycosylation complète est nécessaire, sont aujourd'hui exprimées dans des lignes cellulaires de mammifères, et en particulier dans les cellules de Chinese Hamster Ovary (CHO). Les cellules de CHO confèrent aux protéines une glycosylation proche de celle des humains. Bien que variable, la teneur des glycanes en acide sialique est exceptionnellement élevée. En plus de l'acide N-acétylneuraminique, les cellules de CHO synthétisent de faibles quantités d'acide N-glycolylneuraminique, un immunogène potentiel (voir ci-dessus). Elles ne produisent cependant pas de Gal-alpha1,3-Gal-disaccharide [3].

Étant donné que la glycosylation des protéines recombinantes dépend pour une grande part des conditions de culture cellulaire et du processus de purification, un procédé de fabrication très élaboré et suivi fidèlement s'impose, comme l'illustre la devise «the process is the product». Et comme les variations fines de la glycosylation d'une glycoprotéine ne sont accessibles que par des méthodes analytiques dispendieuses et impossibles à

Fig. 2: Biosynthèse des N-glycanes

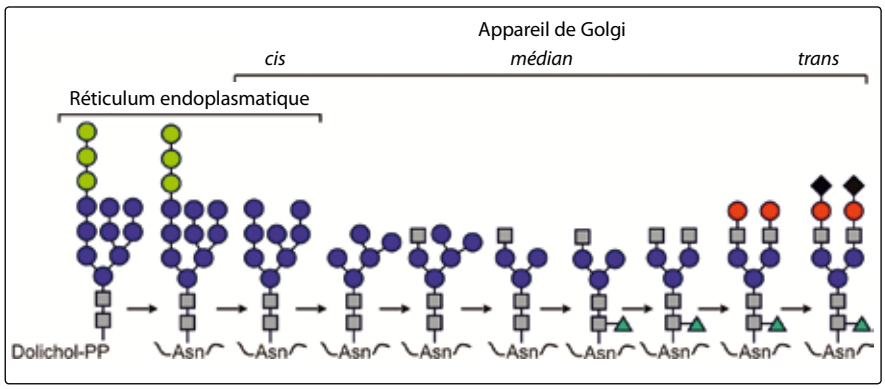
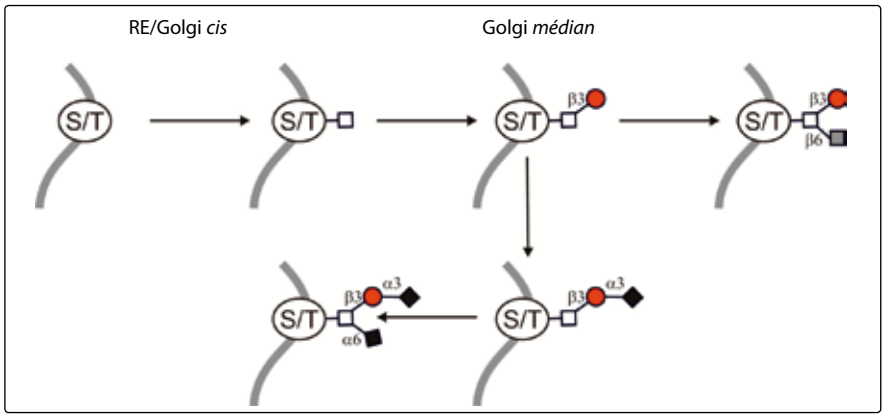


Fig. 3: Biosynthèse des O-glycanes (core 1 et core 2)



contrôler complètement lors de la fabrication, l'industrie et les autorités de contrôle des médicaments s'appuient sur le procédé de fabrication pour définir une glycoprotéine biopharmaceutique. Elles admettent une certaine fourchette de variations structurelles qui sont inévitables avec les procédés de fabrication agréés de nos jours.

L'érythropoïétine – le médicament glycoprotéinique le plus vendu

L'érythropoïétine (EPO) est l'un des premiers médicaments glycoprotinéiques. C'est à ce jour le produit biopharmaceutique le plus vendu avec un chiffre d'affaires annuel de plusieurs milliards de dollars. L'EPO est composée de 165 acides aminés, contient deux ponts disulfure et est N-glycosylée sur les sites Asn 24, Asn 38 et Asn 83 et O-glycosylée sur le site Ser 126 (Fig. 4). L'érythropoïétine n'est active in vivo que si elle est porteuse de N-glycanes complexes avec une part élevée d'acide sialique. L'érythropoïétine non-glycosylée a toutefois une plus forte affinité de liaison in vitro aux récepteurs de l'érythropoïétine que la forme glycosylée (Fig. 5). In vivo elle a une demi-vie inférieure à deux minutes et est donc inactive. L'EPO glycosylée de cellules de CHO a quant à elle une demi-vie de quatre à cinq heures. Des études ont montré que la demi-vie sérique dépendait directement du nombre d'acides sialiques. Le nombre maximal d'acides sialiques que l'érythropoïétine peut porter est de 14, quatre sur chacun des trois N-glycanes plus deux sur l'O-glycane. Un moyen sophistiqué de prolonger la demi-vie de l'érythropoïétine a été trouvé pour la NESP («novel erythropoesis stimulating protein», également appelée Aranesp ou darbépoïétine). Deux séquences consensus additionnelles pour la N-glycosylation ont été introduites par la modification ciblée de la séquence d'acides aminés (Fig. 5), si bien que par rapport à l'EPO, la NESP contient deux N-glycanes complexes additionnels avec au maximum huit acides sialiques additionnels. Sa demi-vie est de 12 à 15 heures. La crainte initiale que le système immunitaire identifie la séquence d'acides aminés modifiée comme étrangère n'était pas fondée. Il est possible que les mutations soient protégées par les gros N-glycanes accrochés à proximité et passent de ce fait inaperçues.

D'après la nomenclature de l'OMS, le nom générique de la première érythropoïétine recombinante qui a été mise sur le marché en 1989 est époïétine-alpha. Le terme époïétine désigne la protéine recombinante qui a la même séquence d'acides aminés que l'érythropoïétine naturelle humaine. Alpha désigne la glycosylation, qui est définie par l'expression dans des cellules de CHO et le procédé de fabrication. L'époïétine-bêta, gamma, delta, oméga, etc. désigne des préparations d'EPO avec une séquence d'acides aminés identique mais un procédé de fabrication et donc un type de glycosylation différents. Cinq acides aminés ayant été modifiés dans la NESP, son nom générique n'est pas époïétine mais darbépoïétine. Et comme elle est fabriquée par la même firme et par le même procédé que l'époïétine-alpha, son nom générique est darbépoïétine-alpha.

Les premiers EPO-biosimilaires

La question des exigences auxquelles les préparations qui remplacent les produits biopharmaceutiques originaux doivent satisfaire a été longuement et ardemment débattue. Les règles pour l'homologation des génériques ne sont pas applicables aux produits biopharmaceutiques qui ne peuvent être clairement définis comme des entités chimiques du fait de leur complexité et de leur variabilité inhérente. Les propriétés d'un produit dépendant principalement des lignes cellulaires et du procédé de fabrication, il est pratiquement impossible de copier les glycoprotéines biopharmaceutiques existantes. Les conséquences dévastatrices que peuvent avoir les modifications mêmes les plus infimes dans la préparation de pro-

Fig. 4: L'érythropoïétine

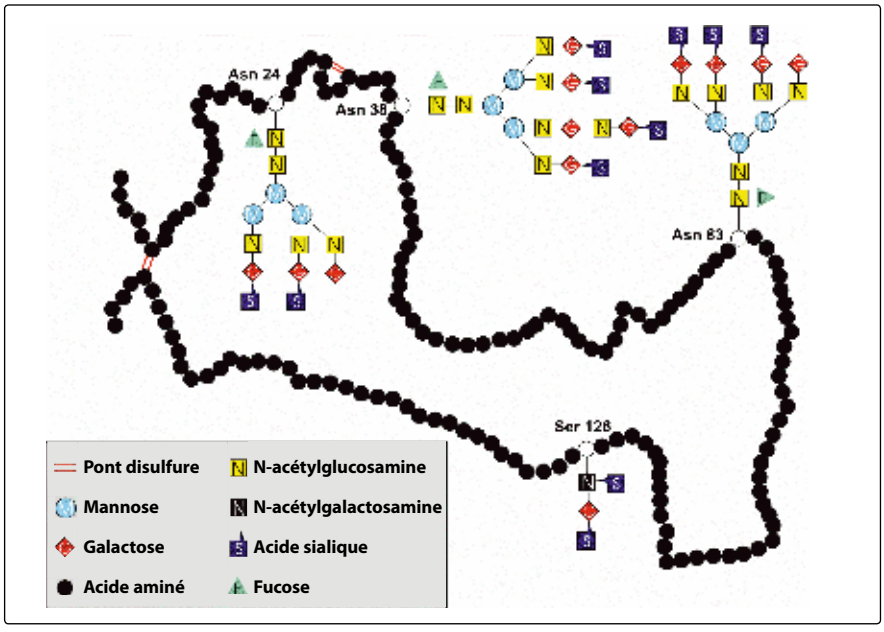
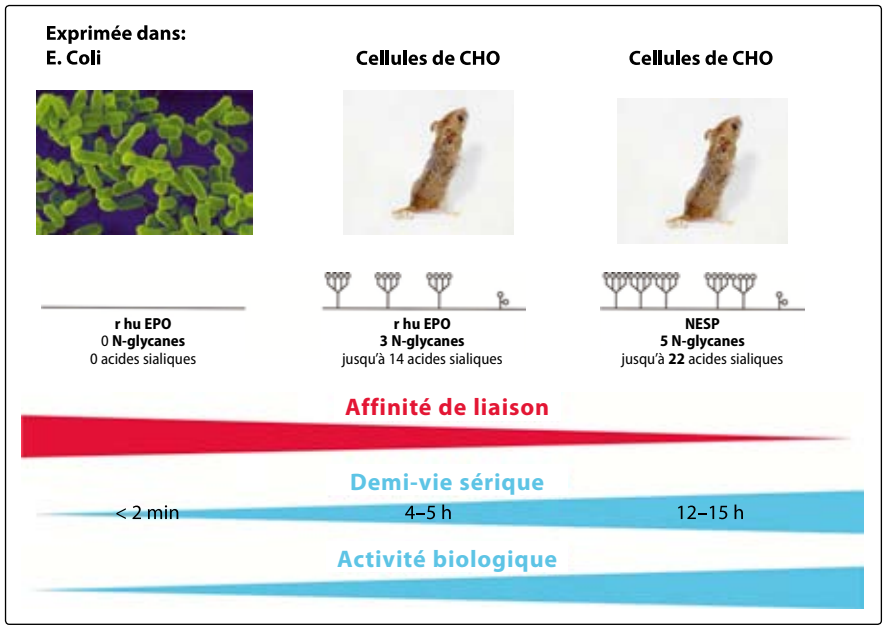


Fig. 5: Interactions de l'érythropoïétine avec la glycosylation



duits biopharmaceutiques sont montrées par l'histoire de l'Eprex. Eprex est la préparation à base d'époïétine-alpha fabriquée sous licence pour le marché européen et canadien. En 1998, l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments avait exigé que l'albumine humaine contenue dans Eprex soit remplacée par un autre agent stabilisateur afin de réduire le risque de transmission de virus et de prions humains. La firme opta pour le Tween 80. Parallèlement, elle lança sur le marché des seringues prêtes à l'emploi avec des bouchons de caoutchouc non recouvert pour confectionner l'Eprex. On observa peu après en Europe et au Canada une augmentation significative des cas de Pure Red Cell Aplasia (PRCA), une anémie gravissime qui est provoquée par la formation d'anticorps contre l'érythropoïétine. On imputa ce phénomène à l'administration de la nouvelle formule de l'Eprex. Une explication plausible de ces incidents graves et totalement inattendus est que Tween 80 avait libéré du bouchon de caoutchouc des substances qui en tant qu'adjuvants stimulaient la formation d'anticorps anti-EPO [4]. Une autre explication possible est la formation dans la préparation de micelles et d'agrégats qui ont provoqué la formation d'anticorps. De sous-cutanée la voie d'administration d'Eprex fut donc changée en intraveineuse, le bouchon fut recouvert de téflon et la chaîne du froid (voir pharmaJournal 19/9.2008 «Les biopharmaceutiques et les biosimilaires: transport, stockage, préparation et utilisation») améliorée. A partir de ce moment-là, le nombre de cas de PRCA diminua sensiblement [4]. Cet exemple montre que les plus petits changements dans la formule, l'utilisation, le transport et le stockage de produits biopharmaceutiques peuvent avoir des conséquences énormes sur leur efficacité et leur tolérance. Il montre aussi les petits changements qui peuvent conduire à l'immunogénité d'un tel produit.

Des changements minimes dans la glycosylation peuvent modifier l'identificabilité d'une glycoprotéine par ses ligands. Qu'il s'agisse de molécules d'adhésion, de récepteurs transmetteurs de signaux, de récepteurs endocytotiques dans le foie ou des structures de reconnaissance du système immunitaire. Le type et la durée du signal qu'une glycoprotéine transmet à sa cellule-cible peuvent aussi être modifiés. Cela fait des glycoprotéines des messagers et des structures-cibles flexibles et hautement complexes dans la communication de cellule à cellule des organismes supérieurs, une formidable chance pour le développement des glycoprotéines en tant que traitement, mais aussi un formidable défi. ▮

Glossaire

Glycoprotéine	Protéine avec une ou plusieurs chaînes de sucre qui s'y greffent par des liaisons covalentes.
Glycosylation	Réactions enzymatiques au cours desquelles des mono- et oligosaccharides sont liés à des protéines, des lipides, etc. Ce terme est aussi utilisé pour la totalité du sucre lié à une protéine déterminée.
Glycane	Polymère composé de mono- et polysaccharides reliés entre eux par une liaison glycosidique.
Monosaccharide	Sucre simple.
Glycosidases	Enzymes qui clivent les liaisons glycosidiques.
Glycosyl-transférases	Enzymes qui transfèrent le sucre activé sur son substrat.

Littérature

[1] Bishop, J. R. and P. Gagneux, Evolution of carbohydrate antigens-microbial forces shaping host glycomes? Glycobiology, 2007. 17(5): p. 23R–34R.
[2] Zhu, A. and R. Hurst, Anti-N-glycolylneuraminic acid antibodies identified in healthy human serum. Xenotransplantation, 2002. 9(6): p. 376–81.
[3] Deglon, N., et al., Presence of Gal-alpha1,3Gal epitope on xenogeneic lines: implications for cellular gene therapy based on the encapsulation technology. Xenotransplantation, 2003. 10(3): p. 204–13.
[4] Summers, S., S. Holdsworth, and E. Sharples, The (re)challenging question of erythropoiesis-stimulating agents inducing pure red cell aplasia. Nephrol Dial Transplant, 2008. 23(10): p. 3053-5.

Adresse de correspondance:

Dr Vivianne Otto, privat-docente
ETH Zurich, Institut de sciences pharmaceutiques
vivianne.otto@pharma.ethz.ch

Neue Gesundheitsdeterminanten

Christa Rüedi

Kürzlich hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) seinen Gesundheitsbericht für das Jahr 2008 publiziert. Neu und wichtig ist, dass weitere Gesundheitsdeterminanten miteinbezogen werden, d. h. der Einfluss von Status, Bildung, sozialen Ressourcen, des familiären und sozialen Umfelds auf die Gesundheit. Weiterhin nicht berücksichtigt ist die Rolle der Apotheker, obwohl sie bei zahlreichen gesundheitlichen Problemen erste und kostengünstige Anlaufstelle sind.

Ziel des Gesundheitsberichts ist es, eine Basis zu schaffen für Verbesserungen in Prävention und Gesundheitsversorgung, aber auch, um neue Probleme rechtzeitig zu erkennen und entsprechende Massnahmen einzuleiten.

Äussere Einflüsse müssen berücksichtigt werden

Neuere Forschungsergebnisse zeigen, dass viele chronische Erkrankungen nicht nur durch individuelles Verhalten ausgelöst und damit verhindert werden können, sondern dass der Gesundheitszustand des Einzelnen auch durch äussere Einflüsse bestimmt wird. Eine der wichtigsten der sozioökonomischen Determinanten ist die Bildung und damit verbunden das Einkommen. Personen mit geringerer Schulbildung und finanziellen Möglichkeiten, oft auch mit Migrationshintergrund, haben eine ungünstigere Gesundheits- und Lebenserwartung als gut Ausgebildete in gesicherten wirtschaftlichen Verhältnissen.

Deshalb ist neben der Verhaltens-Prävention auch die Verhältnis-Prävention zu berücksichtigen, d. h. Lebens- und Arbeitsbedingungen müssen miteinbezogen werden.

Prävention vor allem

Die Erkenntnis ist nicht neu: Gesundheitsförderung besteht zu einem grossen Teil in stetiger Prävention, die bereits in der Schwangerschaft und der frühen Kindheit beginnen und bei den Jugendlichen fortgesetzt werden sollte.

Dies ist umso wichtiger, als die Leute immer älter werden – Obsan rechnet damit, dass bis ins Jahr 2020 ein Drittel der Erwerbstätigen mindestens 50 Jahre als sein wird – und darüber diskutiert wird, die Lebensarbeitszeit auszudehnen. Das wiederum ist nur möglich, wenn die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit der Erwerbstätigen früh genug gestärkt wird.

Gesunde Senioren wiederum nutzen ihre Gesundheit als Lebensressource, wahren ihre Unabhängigkeit und nehmen solange als möglich am sozialen Leben teil.

Weil die Menschen aber immer älter werden, steigt auch das Risiko, ernsthaft zu erkranken bzw. pflegebedürftig zu werden. Gemäss Berechnungen von Obsan werden sich die Langzeitpflegekosten bis ins Jahr 2030 verdoppeln.

Mit entsprechender Prävention kann dem mindestens teilweise entgegengewirkt werden; vor allem Herz-Kreislaufkrankheiten, bestimmte Krebsformen und Lungenkrankheiten können günstig beeinflusst werden. Positiv wirken sich z. B. Verzicht auf Zigarettenrauchen, richtiges Ernährungsverhalten und genügend Bewegung aus.

Als zentral in der Gesundheitsförderung erkannt ist auch die psychische Gesundheit.

Fazit

Durch den Einbezug weiterer Gesundheitsdeterminanten gemäss Obsan hat sich die Gesundheitsförderung auf eine Ebene verlagert, auf der die Apotheken eine Menge zu bieten haben: Sie sind leicht zugänglich, auch und gerade für Personen, die sich eine Behandlung beim Arzt nicht leisten können. Mit 300 000 Kundenkontakten täglich, der Kompetenz des Apothekers als Medizinalperson und einer hervorragenden Infrastruktur tragen die Apotheken jeden Tag beträchtlich zur Gesundheitsversorgung bei. Ihre Risikochecks helfen, verschiedene schwere Krankheiten frühzeitig zu erkennen. Trotzdem heisst es im Bericht: «Die meisten medizinischen Leistungen im ambulanten Bereich werden von Ärzten erbracht.» pharmaSuisse fordert daher, dass die Obsan-Verantwortlichen sich vermehrt an der Realität orientieren und den Beitrag der Apotheken zur Gesundheitsversorgung, den diese täglich leisten, zur Kenntnis nimmt. ▮

Korrespondenzadresse
Christa Rüedi, Chefredaktorin pharmaJournal
E-Mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Nouveaux déterminants de la santé

Christa Rüedi

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a récemment publié son rapport national sur la santé 2008. La principale nouveauté réside dans la prise en compte de déterminants de la santé supplémentaires. L'influence sur la santé du statut social, du niveau de formation, des ressources financières, ainsi que de l'environnement social et familial est ainsi examinée. Par contre, le rôle des pharmacies n'est toujours pas reconnu bien qu'elles représentent un point de contact avantageux pour de nombreux problèmes de santé.

Le rapport sur la santé poursuit les objectifs suivants: créer une base permettant d'améliorer la prévention et les soins médicaux, mais aussi déceler de nouveaux problèmes suffisamment tôt pour prendre les mesures adéquates.

Tenir compte des influences extérieures

Les tout derniers résultats d'études montrent que de nombreuses maladies chroniques ne sont pas seulement le résultat d'un comportement individuel susceptible d'être modifié. L'état de santé de chacun est aussi déterminé par des influences extérieures. L'un des déterminants socio-économiques les plus importants est certainement le niveau de formation et le revenu qui y est associé. Les personnes à revenu modeste, bénéficiant d'une formation inférieure et souvent issues de l'immigration, présentent une santé plus fragile et une espérance de vie moins longue que les personnes bien formées vivant dans des conditions économiques stables.

La prévention ne doit donc pas se limiter au comportement, mais aussi aux circonstances et tenir compte des conditions de vie et de travail.

Prévention avant toute chose

Cette observation n'est pas nouvelle: la prévention occupe une place prépondérante dans la promotion de la santé. Elle commence dès la grossesse et la petite enfance, puis devrait se poursuivre à l'adolescence.

Ceci est d'autant plus important que les gens deviennent de plus en plus âgés – Obsan estime que d'ici 2020, un tiers de la population active sera âgée d'au moins 50 ans – et que l'allongement de la vie active est actuellement débattu. Cependant, une telle mesure est uniquement envisageable si la capacité de rendement et de travail est renforcée suffisamment tôt.

Les seniors en bonne santé se servent de leur santé comme d'une ressource vitale, maintiennent leur indépendance et participent à la vie sociale aussi longtemps que possible.

Le risque d'avoir une grave maladie et de devenir dépendant augmente avec l'âge. D'après les calculs d'Obsan, les coûts des soins de longue durée doubleront d'ici 2030.

Avec des mesures de prévention adéquates, ils devraient cependant pouvoir être maîtrisés, au moins en partie; les maladies cardiovasculaires, certains types de cancer et les maladies du poumon peuvent être influencés favorablement à travers l'arrêt du tabagisme, une alimentation saine et suffisamment d'exercice physique.

La santé psychique est aussi reconnue comme un élément central dans la promotion de la santé.

Conclusion

L'intégration par Obsan d'autres déterminants de la santé a permis de transposer la promotion de la santé à un niveau où les pharmacies ont beaucoup à offrir: elles sont en effet faciles d'accès, y compris pour les personnes qui ne peuvent pas se payer de traitement chez le médecin. Avec leurs 300 000 contacts quotidiens, la compétence du pharmacien comme membre d'une profession médicale et leur infrastructure exceptionnelle, les pharmacies proposent tous les jours des soins considérables. Leurs tests permettent par exemple de détecter précocement plusieurs maladies graves. Pourtant, le rapport mentionne ce qui suit: «La plupart des soins médicaux ambulatoires sont fournis par les médecins». pharmaSuisse souhaite donc que les responsables Obsan tiennent davantage compte de la réalité et reconnaissent la contribution des pharmacies dans le domaine des soins de santé. ▮

Adresse de correspondance
Christa Rüedi, rédactrice en chef du pharmaJournal
E-mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

News-Service

Ménopause: traitement hormonal substitutif et cancers du sein

Suite à une diminution des hormonothérapies substitutives, on observe une baisse du nombre de cancers du sein.

Chez les femmes ménopausées, diverses associations hormonales ont été utilisées contre des troubles tels que les bouffées de chaleur, des troubles urogénitaux, etc. Un soulagement de ces troubles ainsi qu'un bénéfice sur la prévention des fractures ostéoporotiques est parfois obtenu à court terme, mais de nombreux effets indésirables parfois graves ont été observés: risques cardiovasculaires, en particulier thromboemboliques, et augmentation de la fréquence de certains cancers, notamment du sein.

En 2002, la publication d'un essai de bonne qualité et de grande envergure (essai WHI) a montré qu'une hormonothérapie substitutive (associant estrogène et progestérone) entraîne un excès de cancers du sein de l'ordre de 8 cas par an pour 10 000 femmes ménopausées traitées, en relation avec la durée d'exposition.

Aux États-Unis, où l'utilisation de l'hormonothérapie substitutive a décliné en 2002 puis davantage en 2003, on constate une diminution des cancers du sein de 8,6%, plus marquée chez les femmes entre 50 ans et 69 ans. Cette diminution a également été constatée en France, en Allemagne et au Canada.

Cet exemple rappelle qu'il faut évaluer en profondeur les médicaments avant de les utiliser pour éviter les effets indésirables graves, au lieu de les comptabiliser a posteriori. Sinon, ce sont les patients qui paient les pots cassés.

Obésité: suspension enfin du rimonabant (Acomplia®)

L'Agence européenne du médicament recommande enfin la suspension de l'autorisation de mise sur le marché du rimonabant (Acomplia®), dont la balance bénéfices-risques défavorable est connue depuis plusieurs années.

Dans son numéro de décembre, Prescrire déplore la lenteur des autorités de santé européennes et françaises qui, après avoir autorisé le rimonabant (Acomplia®) en dépit d'une balance bénéfices-risques défavorable, recommandent enfin de ne plus utiliser ce médicament coupe-faim.

En 2006, une autorisation de mise sur le marché européenne avait été accordée en Europe au rimonabant, alors que son efficacité démontrée était très modeste (quelques kilos en moins) et que des effets indésirables neuropsychiques étaient mis en évidence dans les essais cliniques (dépressions, risques suicidaires). L'agence du médicament des États-Unis d'Amérique a refusé la commercialisation du rimonabant.

Face aux effets indésirables graves et aux décès rapportés après la commercialisation, les actions des agences du médicament se sont d'abord limitées à l'ajout de contre-indications ou de recommandations, et à la mise en place d'un «plan de gestion des risques», laissant des milliers de patients exposés à des risques graves. À la demande expresse de Prescrire, les Agences européenne (EMEA) et française du médicament ont donné accès aux bilans des effets indésirables du rimonabant, montrant la survenue de centaines d'effets indésirables alarmants, notamment des troubles neuropsychiques, des idées suicidaires fréquentes, et même quelques décès par suicide.

En octobre 2008, l'EMEA a enfin demandé la suspension du rimonabant, soit deux longues années pour se ressaisir.

Recherche de nouveaux médicaments: imaginer de meilleurs modes d'incitation

Le système d'incitation à la recherche de nouveaux médicaments, basé sur le marché et les brevets, montre ses limites, notamment pour les besoins des plus pauvres. D'autres systèmes sont possibles.

Le système de financement de la recherche biomédicale par la vente de produits protégés par des brevets est inadapté à de nombreux besoins, notamment ceux des pays démunis. Des recherches nécessaires n'ont pas lieu par manque de demande solvable, et des produits de santé sont mis sur le marché à un prix inabordable pour de très nombreux patients.

Les États membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont réagi en mai 2008 en adoptant une «stratégie et un plan d'action mondiaux pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle». Il s'agit d'identifier les besoins et les priorités de santé des personnes vivant dans les pays démunis, de renforcer les capacités de recherche au Nord comme au Sud, d'améliorer la diffusion et l'accessibilité de l'innovation, de mobiliser des financements supplémentaires, etc.

La résolution est caractérisée par une grande ouverture à de nouveaux mécanismes d'incitation à la recherche, déconnectés du marché: accès facilité à des bases de données sur les brevets et les substances, mise en commun de brevets, investigation de nouveaux mécanismes de financement, Traité international sur la recherche en santé, etc.

Le Nord, comme le Sud, ont besoin de nouveaux systèmes d'incitation à la recherche en santé. Qui partent des besoins, et non du marché, et permettent à tous les malades d'avoir accès sans délai aux progrès thérapeutiques réels. ▮

Source: www.prescrire.org

Schwerpunkt Prävention

Jeannette Dommer Schwaller

Die 17. Auflage des pharManuel oder Apotheken-Handbuchs der Schweiz bietet eine breit gestreute Palette an neuen Beiträgen: von Impfungen im Kindesalter und in der Reisemedizin, über Medikamente am Steuer und Glutenintoleranz bis hin zur Konservierung von Magistralrezepturen.



Prävention: auf Auslandreisen, beim Nachwuchs und am Steuer ein Thema

Die 17. Auflage des pharManuel steht ganz im Zeichen der Prävention: So gibt der erste Beitrag einen Überblick über die Dienstleistungen der Apotheken im Bereich der Früherkennung und der Vorsorge. Ein Paradebeispiel für medizinische Präventionsmassnahmen sind Impfungen. Sie zählen zu den wirksamsten und kostengünstigsten Instrumenten in diesem Gebiet und werden deshalb gleich doppelt thematisiert: In der Pädiatrie finden Sie die Grundlagen über die Basisimpfungen und in der Reiseberatung alle wichtigen Impfungen für Auslandreisen. Praktische Merkblätter vermitteln das A und O von Masern, Gelbfieber und Typhusimpfstoff. Übrigens: Die Reiseimpfungen werden nicht isoliert behandelt. Nachdem Sie zwei Jahre darauf verzichten mussten, wurde die begehrte Reiseberatung völlig neu konzipiert. Neben den Impfungen zeigt sie die Risiken von Auslandreisen, erörtert die Fragen, die reisefreudigen Kunden gestellt werden sollten und gibt Tipps für eine Reiseapotheke, die nichts Unnötiges, aber alles Grundlegende enthält.

Ein anderer wichtiger Bereich, in dem wir Apothekerinnen und Apotheker Präventionsarbeit leisten können, sind Medikamente am Steuer. Erkundigen Sie sich beim Heuschnupfenpatienten, ob er Auto fährt oder gefährliche Maschinen bedient, damit Sie ihm das richtige Mittel empfehlen können. Auch bei der Abgabe von Benzodiazepinen ist die Frage nach dem Autofahren wesentlich, werden diese Medikamente doch mit einem bis zu zehnfach erhöhten Unfallrisiko assoziiert.

Zöliakie und Glutengehalt von Arzneimitteln

Haben Sie Kunden mit einer Zöliakie? Wissen Sie, welche Präparate garantiert glutenfrei sind? Statistisch gesehen sind in jeder Apotheke Betroffene mit einer Glutenintoleranz anzutreffen. Man rechnet mit einer Prävalenz von 1:100 bis 1:250. Schätzungen gehen von zwei bis sechs Personen mit unerkannter Zöliakie auf eine diagnostizierte Person aus. Werden Sie deshalb hellhörig, wenn ein Kunde regelmässig Durchfallmittel bezieht. Durch eine strikt glutenfreie Ernährung können Patienten in der Regel nämlich ein beschwerdefreies Leben führen und Folgeschäden erfolgreich vermeiden. Auch gehört es zu Ihren Aufgaben als Arzneimittel-Fachperson, den Glutengehalt von Medikamenten abzuklären und den Patienten glutenfreie Alternativen anzubieten. Das pharManuel liefert die nötigen Informationen dazu.



Von E 200, NSAR, ZOK und Co.

E 200 oder Sorbinsäure ist ein äusserst beliebtes Konservierungsmittel von peroralen Flüssigarzneien und Dermatika. Welche anderen antimikrobiell wirksamen Hilfsstoffe zur Konservierung der Rezepturen eingesetzt werden können, und ob solche überhaupt erforderlich sind, erfahren Sie im Kapitel «Galenik: Konservierung von Magistralrezepturen».

NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika) und Analgetika: Welche werden vor und welche während oder nach dem Essen eingenommen? Die theoretischen Grundlagen finden Sie in der Buchausgabe, die Tabelle mit dem Einnahmezeitpunkt aller Handelspräparate im Internet.

Wofür stehen CR, N, ZOK und Co.? – Das Kapitel «Abkürzungen bei Handelspräparaten» verrät es Ihnen. Der Beitrag wurde übrigens auf eine anlässlich einer früheren Umfrage geäusserten Forderung hin redigiert. Damit wir auch Ihre Anliegen berücksichtigen können, teilen Sie uns diese mit!

Internetbeiträge weiter ausgebaut

Zahlreiche zusätzliche Artikel und Tabellen können im Mitgliederbereich unserer Homepage abgerufen und heruntergeladen werden unter www.pharmasuisse.org → Apothekenmitglieder → Wissenschaft, Bildung & Qualität → pharManuel/Apotheken-Handbuch. Hier finden Sie eine

Tabelle mit dem Gluten- und Lactosegehalt von Arzneimitteln, eine Sammlung mit wichtigen Internetadressen, Merkblätter über Kinderkrankheiten, eine Liste mit der Einnahmezeit von NSAR und Analgetika, eine Zusammenstellung von Tränenersatzflüssigkeiten usw.

Bezug von Zusatzexemplaren

Alle Mitglieder von pharmaSuisse (Ausnahme Industrieapotheker/innen und Pensionierte) erhalten unaufgefordert und unentgeltlich ein pharManuel 2009. Zusatzexemplare sind bei pharmaSuisse zum Preis von Fr. 70.– für Mitglieder (maximale Bestellmenge: drei Handbücher) und Fr. 200.– für Nichtmitglieder erhältlich.

Sie sehen: Auch diese Ausgabe des pharManuel bietet eine Fülle an Informationen. Blättern Sie es durch und geben Sie es Ihren Studierenden im Assistenzjahr, Ihren Pharma-Assistentinnen und Lehrlingen zum Studium. Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre und einen kurzweiligen Berufsalltag! ▮

Korrespondenzadresse
Dr. Jeannette Dommer Schwaller, Apothekerin pharmaSuisse
E-Mail: jeannette.dommer@pharmasuisse.org.

Beiträge aus dem pharManuel 2008 zum Archivieren:

→ pharmaSuisse-Apotheken setzten neues Zeichen (S. 7–8)
→ Pharmazeutische Beratung: notwendige Fragen:
– Einführung in die pharmazeutische Beratung (S. 13–22)
– Harnwegsinfektionen: Farbveränderungen des Urins (S. 89–93)
→ Pädiatrie: Dosierungsempfehlungen (S. 166–176)
→ Antiinfektiöse Medikamente: Einfluss der Nahrung (S. 180–182)
→ Ernährungsberatung: gesunde und ausgewogene Ernährung (S. 183–194)
→ Teilbarkeit und Sondengängigkeit von Arzneimitteln (S. 195–212)
→ Ektoparasiten beim Menschen (S. 214–238)

Nouvelle parution:

pharManuel/Manuel pratique du pharmacien suisse 2009

Jeannette Dommer Schwaller

Des vaccinations chez l'enfant et le voyageur à la conservation de préparations magistrales en passant par les médicaments au volant et l'intolérance au gluten: la 17e édition du pharManuel ou Manuel pratique du pharmacien suisse propose une gamme variée de nouveaux sujets.



Prévention: en voyage à l'étranger, chez les enfants et au volant

La 17e édition du pharManuel est entièrement placée sous le signe de la prévention: le premier chapitre offre p.ex. un aperçu des prestations d'une pharmacie dans la détection précoce et la prévention. Les vaccinations représentent une mesure de prévention typique. Elles comptent parmi les instruments les plus efficaces et les plus avantageux dans ce domaine. Nous avons donc décidé de lui consacrer pas moins de deux chapitres: dans la pédiatrie, vous trouverez ainsi des informations sur les vaccinations de base et dans les conseils sur les voyages, une liste de toutes les vaccinations importantes pour les voyages à l'étranger. Des aide-mémoires pratiques vous fournissent toutes les informations essentielles sur la rougeole, la fièvre jaune et le typhus. La question des vaccinations en cas de voyage n'est pas traitée de façon isolée. Après deux ans d'absence, le chapitre très apprécié consacré aux conseils sur les voyages a en effet été entièrement remanié. Il donne un aperçu sur les diverses vaccinations, mais présente aussi les risques liés aux voyages à l'étranger, présente les questions que vous devriez poser à vos clients sur le point de partir en vacances et vous fournit des conseils sur la composition d'une pharmacie de voyage. Cette dernière doit en effet contenir l'essentiel, sans aucun superflu.

Les médicaments au volant représentent un autre domaine important dans lequel les pharmaciens peuvent effectuer un travail de prévention. Demandez donc à votre patient souffrant de rhume des foins s'il conduit un véhicule ou s'il utilise des machines dangereuses afin que vous puissiez lui recommander le produit adéquat. Ce genre de questions doit égale-

ment être posé lors de la remise de benzodiazépine. En effet, ces médicaments sont associés à un risque dix fois supérieur d'accidents de la circulation.

Cœliaquie et teneur en gluten des médicaments

Avez-vous des clients souffrant de cœliaquie? Savez-vous quelles préparations ne contiennent aucune trace de gluten? Statistiquement, chaque pharmacie a parmi ses clients des gens souffrant d'intolérance au gluten. La prévalence est estimée entre 1:100 et 1:250. On estime qu'il y a deux à six personnes souffrant de maladie cœliaque non reconnue pour une



personne chez laquelle le diagnostic a été posé. Soyez donc intrigué si un client achète régulièrement des antidiarrhéiques chez vous. Généralement, une alimentation sans gluten permet en effet à ces patients de mener une vie sans troubles et de prévenir efficacement les conséquences néfastes de la maladie. Il est également de votre devoir en tant que spécialiste des médicaments de vous renseigner sur la teneur en gluten des médicaments et de proposer des alternatives. Le pharManuel vous fournit les informations nécessaires à cet effet.

E 200, AINS, ZOK et Co-

L'acide sorbique E 200 est un agent très apprécié pour la conservation de médicaments liquides peroraux et de préparations dermatologiques. Le chapitre «Galénique: conservation des préparations magistrales» révèle quels autres excipients exerçant une action antimicrobienne suffisante vous pouvez utiliser pour la conservation de vos préparations magistrales. Il précise en outre si cela est vraiment nécessaire.

Quels AINS (anti-inflammatoires non-stéroïdiens) et analgésiques faut-il prendre avant, pendant ou après le repas? Les fondements théoriques peuvent être consultés dans le manuel. Le tableau avec le moment de prise de toutes les préparations commerciales se trouve sur internet.

Que signifient donc les abréviations CR, N, ZOK et Co-? Le chapitre «Abréviations courantes utilisées pour les préparations commerciales» vous fournit l'explication. Ce dernier est d'ailleurs le résultat d'un souhait formulé lors d'une précédente enquête. Faites-nous donc parvenir vos suggestions afin que nous puissions en tenir compte également!

Documents toujours plus nombreux sur internet

De nombreux articles et tableaux supplémentaires peuvent être téléchargés depuis le domaine protégé de notre site internet, sur www.pharmasuisse.org → Membres actifs → Science, Formation & Qualité → pharManuel/Le manuel pratique du pharmacien. Vous y trouverez notamment un tableau avec la teneur en gluten et en lactose des médicaments, un recueil d'adresses internet importantes, des aide-mémoires sur les maladies infantiles, une liste sur le moment de prise des AINS et des analgésiques, un tableau des larmes artificielles, etc.

Commande d'exemplaires supplémentaires

Tous les membres de pharmaSuisse (à l'exception des pharmaciens de l'industrie et des retraités) reçoivent automatiquement et gratuitement un pharManuel 2009. Des exemplaires supplémentaires peuvent être commandés auprès de pharmaSuisse au prix de Fr. 70.– pour les membres (trois manuels au maximum) et de Fr. 200.– pour les non-membres.

Vous le voyez: cette édition du pharManuel offre une fois de plus une pléthore d'informations. Consultez-le et remettez-le aux étudiants qui effectuent leur année d'assistanat, mais aussi aux assistantes en pharmacie et aux apprentis pour qu'ils puissent l'étudier. Nous vous souhaitons une agréable lecture et un quotidien captivant! ▮

Adresse de correspondence
Dr Jeannette Dommer Schwaller,
pharmacienne de pharmaSuisse
E-mail: jeannette.dommer@pharmasuisse.org.

Articles du pharManuel 2008 à archiver:

→ Les pharmacies de pharmaSuisse passent à l'offensive (p. 7–8)
→ Conseil pharmaceutique: les bonnes questions à poser: introduction au conseil pharmaceutique (p. 12–22)
→ Infections urinaires: changements de coloration de l'urine (p. 88–94)
→ Pédiatrie: recommandations posologiques (p. 169–178)
→ Médicaments anti-infectieux: influence de l'alimentation (p. 182–185)
→ Conseil en alimentation: pour une alimentation saine et équilibrée (p. 186–195)
→ Sécabilité des médicaments et possibilité d'administration par sonde entérale (p. 199–216)
→ Ectoparasites de l'être humain (p. 218–243)

02 | 1.2008

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 22.1.2009, 147. Jahrgang

Nr. | No
02



Ans Herz gelegt

pharmActuel-Symposium S. 5

Prendre les choses à cœur

Symposium pharmActuel p. 11

→ Wissenschaft · Science

Das Symposium mit Herz

Le symposium du cœur

Medikation: Fehlermanagement

Médication: gestion des erreurs

Wenn die Haut brennt

Quand la peau brûle

→ Politik · Politique

Zulassungsstopp am Ende

Fin programmée du gel des admissions

→ Markt · Economie

Gesundheit: Kosten und Finanzierung

Santé: coût et financement

Teilen von Tabletten: Eine Leichtigkeit?

Monika Lutters, Peter Wiedemeier

Patienten, die eine Behandlung im Spital benötigen, werden von verschiedenen Fachpersonen medikamentös betreut. Arzneimittel werden sowohl vom Hausarzt als auch vom Spitalarzt verordnet, abgegeben werden sie von der Offizin und der Spitalapotheke, verabreicht von Pflegepersonen. Dabei ergeben sich zahlreiche Schnittstellen, die Ursache vielfältiger Fehler sein können.

Der Vorfall [1]

Eine 76-jährige Patientin wurde wegen einer Epistaxis (Nasenbluten) ins Spital eingewiesen. Der INR-Test beim Hausarzt betrug 12 (Zielwerte je nach Indikation: 2,0 bis 3,5). Sie hatte beim letzten Spitalaufenthalt wegen einer Arterienbypassoperation eine halbe Tablette Marcoumar® (Phenprocoumon) verordnet bekommen. Die empfohlenen hausärztlichen Kontrollen hat sie nie durchführen lassen.

Im Spital wurde eine demenzielle Komponente diagnostiziert. Es stellte sich schliesslich heraus, dass die Patientin eine ganze statt einer halben Tablette eingenommen hatte, weil das Teilen der Tabletten zu schwierig gewesen sei.

Kommentar

Ältere Patienten sind oft polymorbid und erhalten eine Vielzahl an Medikamenten. Die vielen Medikamente an sich führen bereits zu einer mangelhaften Compliance. Wenn dann noch Schwierigkeiten bei der Handhabung wie das Teilen von Tabletten hinzukommen, sind Komplikationen wie oben beschrieben vorprogrammiert.

In einer Studie wurde gezeigt, dass 71 Prozent der hochbetagten Patienten eines Spitals Tabletten nicht teilen konnten. [2] Gründe sind eingeschränktes Sehvermögen, verminderte kognitive Fähigkeiten oder manuelle Probleme wegen Arthrosen oder Tremor.

Das Spital steht in der Pflicht, Patienten bei Austritt ausreichend über ihre Medikamente aufzuklären: über Indikation und Nebenwirkungen, nötige Kontrollen und Hinweise zur richtigen Handhabung. Bei vielen, zum Teil sehr kurzfristigen Entlassungen fehlt dazu die Zeit. Deshalb ist es umso wichtiger, dass Offizinapotheker solche Patienten gut beraten. Bei älteren Patienten sollten auch die Angehörigen miteinbezogen werden. Wenn keine Angehörigen, Nachbarn oder Freunde zur Verfügung stehen, kann die Apotheke Hilfe beim Bereitstellen der Medikamente anbieten.

Halbe oder sogar geviertelte Tabletten werden oft verordnet, um Kosten zu sparen. Die erzielte Einsparung wiegt jedoch bei weitem nicht die Zusatzkosten auf, die aufgrund mangelhafter Compliance oder durch Komplikationen entstehen können.

Es kommt auch vor, dass vom Spitalarzt halbe Tabletten verschrieben werden, weil das Spital nicht alle Dosierungen im Sortiment hat. Deshalb sollten – wenn immer möglich – ganze Tabletten abgegeben werden.

Wenn Teildosierungen unumgänglich sind (gerade ältere Patienten brauchen oft sehr niedrige Dosierungen), sollte neben der Beratung des Patienten die Teilbarkeit abgeklärt werden. Ärzte sind sich oft nicht darüber im Klaren, dass viele Retard- und Filmtabletten nicht geteilt werden dürfen. Auf den Internetseiten etlicher Spitalapotheken finden sich Listen mit Informationen zur Teilbarkeit vieler Präparate.

Wenn mehrere Generikapräparate zur Verfügung stehen, sollte die Auswahl auf einfach zu teilende Tabletten fallen. So sind grosse Tabletten mit einer ovalen oder länglichen Form und tiefer Bruchrille besonders einfach zu brechen. Tabletten mit Snap-Tab-Form sind nicht nur leicht zu teilen, sondern weisen eine hohe Dosierungsgenauigkeit der Teilstücke auf.

Wenn trotzdem schwer zu teilende Tabletten (zum Beispiel ohne Bruchrille) abgegeben werden müssen, kann ein Tablettenteiler empfohlen werden.

Vielfach ist es schwierig zu beurteilen, wie gut ein Patient die Empfehlungen und Anweisungen der Apotheke verstanden hat bzw. wie gut seine manuelle Geschicklichkeit ist. Dann sollte man dem Patienten einfach eine Tablette oder die Tropfflasche in die Hand drücken und beobachten, wie er mit dem Teilen bzw. dem Öffnen der Flasche zurechtkommt. Nach einem solchen (oft vergeblichen) Versuch nimmt jeder Patient gerne Hilfe an. ▮

Korrespondenzadresse
Dr. Monika Lutters
Kantonsspital Baden
Spitalapotheke
5404 Baden

[1] Der vorgestellte Fall stammt aus der «Komplikationenliste» der Chefärztevereinigung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin, die seit 1998 Zwischenfälle in mehreren Schweizer Spitälern anonym erfasst.

[2] Atkin PA, Finnegan TP, Ogle SJ, Shenfield GM. Functional ability of patients to manage medication packaging: a survey of geriatric inpatients. Age Ageing 1994; 23: 113–6.

Difficultés dans le partage de comprimés

Monika Lutters, Peter Wiedemeier

Les patients qui suivent un traitement à l'hôpital reçoivent des médicaments de divers professionnels. Des médicaments sont prescrits par le médecin de famille et le médecin d'hôpital, puis remis par la pharmacie d'officine et d'hôpital ou administrés par le personnel soignant. Ceci entraîne donc de nombreuses interfaces à l'origine de multiples erreurs.

Incident [1]

Une patiente de 76 ans a été hospitalisée pour un saignement du nez (épistaxis). Son médecin de famille a relevé des valeurs d'INR de 12 (valeur-cible selon l'indication: 2,0 à 3,5). Lors de sa dernière hospitalisation, elle s'était vu prescrire un demi-comprimé de Marcoumar® (phenprocoumone) suite à un bypass. Elle n'a jamais suivi les contrôles recommandés auprès de son médecin généraliste.

L'hôpital a diagnostiqué une démence. Il s'est finalement avéré que la patiente avait pris un comprimé entier tout simplement parce qu'elle n'était pas parvenue à le fractionner.

Commentaire

Les patients âgés sont souvent polymorbides et reçoivent de très nombreux médicaments. Ceci favorise donc le manque de compliance. Lorsque des difficultés dans le partage de comprimés viennent s'ajouter, des complications telles que celles décrites ci-dessus sont inévitables.

Une étude a montré que 71% des patients âgés d'un hôpital ne parvenaient pas à diviser les comprimés [2] pour les raisons suivantes: vision restreinte, capacités cognitives amoindries ou problèmes manuels liés à l'arthrose ou à des tremblements.

L'hôpital est contraint d'informer le patient sur les indications et les effets indésirables de ses médicaments, de même que sur les contrôles à effectuer. Il doit également fournir des explications sur le maniement correct. De nombreuses sorties d'hôpital sont effectuées à très brève échéance. Faute de temps, aucune précision n'est donc fournie.

Il est d'autant plus important que les pharmaciens d'officine fournissent des conseils de qualité à ces patients. Ils devraient également associer les proches des personnes âgées. Lorsqu'aucun proche, voisin ou ami n'est disponible, le pharmacien peut proposer de préparer les médicaments.

Des comprimés divisés en deux ou quatre sont souvent prescrits pour réduire les coûts. Les économies réalisées ne compensent cependant pas les coûts supplémentaires engendrés par un manque de compliance ou des complications.

Il arrive aussi que le médecin d'hôpital prescrive des demi-comprimés simplement parce que l'hôpital ne dispose pas de toutes les posologies en stock. C'est pourquoi il faudrait - à chaque fois que possible - remettre des comprimés entiers.

Lorsque des dosages partiels sont inévitables (les patients âgés ont souvent besoin de posologies très faibles), il faudrait s'informer sur la sécabilité des comprimés. Les médecins ne sont pas toujours conscients que de nombreux comprimés retard et comprimés pelliculés ne peuvent pas être divisés. Les sites internet de nombreuses pharmacies d'hôpital contiennent des listes sur la sécabilité de nombreuses préparations.

Lorsque plusieurs génériques sont disponibles, il faut porter son choix sur des comprimés facilement sécables. Les grands comprimés de forme ovale ou allongée disposant d'une rainure profonde sont particulièrement faciles à fractionner. Les comprimés «Snap-Tab» sont faciles à diviser et permettent de disposer d'un dosage très précis dans les différents morceaux.

S'il n'y a pas d'autre choix que de remettre des comprimés difficilement sécables (p.ex. sans rainure), un partage-comprimés peut être proposé.

Il est souvent difficile d'évaluer si un patient a vraiment compris les recommandations et les instructions du pharmacien, voire d'apprécier son habileté manuelle. Dans ce cas, il faudrait donner au patient un comprimé ou le flacon compte-gouttes, puis observer comment il se débrouille. Après un tel essai (souvent infructueux), le patient accepte généralement volontiers de l'aide. ▮

Adresse de correspondance
Dr Monika Lutters
Kantonsspital Baden
Spitalapotheke
5404 Baden

[1] Le cas présenté provient de la «Liste des complications» de la Chefärztevereinigung de la Société Suisse de Médecine Interne. Cette dernière recense anonymement, depuis 1998, les incidents survenus dans plusieurs hôpitaux suisses.

[2] Atkin PA, Finnegan TP, Ogle SJ, Shenfield GM. Functional ability of patients to manage medication packaging: a survey of geriatric inpatients. Age Ageing 1994; 23: 113–6.



Apothekenwesen in der EU in Bewegung

Mitte Dezember 2008 hat der EU-Generalanwalt in seinem mit Spannung erwarteten Antrag vor dem Europäischen Gerichtshof EuGH das Fremdbesitzverbot für Apotheken in Deutschland und Italien zwar als Beschränkung der Niederlassungsfreiheit, jedoch als gerechtfertigt bezeichnet. Über die Vorgeschichte und die Hintergründe dieser Angelegenheit hat Markus Kamber bereits im pharmaJournal 21/08 berichtet. Weil die Richter dem Antrag des Generalanwalts sehr oft folgen, sind die Chancen intakt, dass die italienischen und die deutschen Apotheker weiterhin auf staatlichen Schutz zählen können. Das ändert aber nichts daran, dass sich die Apotheker in der EU früher oder später dem Wettbewerb werden stellen müssen. Die Unruhe unter den Pharmazeuten ist deshalb gross und es wird intensiv darüber diskutiert, in welcher Form neue Dienstleistungen angeboten werden können, um die zu erwartenden Einkommensausfälle zu kompensieren – wie zum Beispiel in England, wo Pharmazeuten mit entsprechender Weiterbildung Impfungen anbieten.
In seinem Bericht hat Markus Kamber letzten Herbst festgehalten, die Schweizer Apotheker seien besser gerüstet für den Wettbewerb als ihre europäischen Kollegen, weil sie bereits gelernt hätten, damit umzugehen. Inzwischen hat sich die Situation u.a. durch die Abstimmung in Zürich aber weiter verschärft. Das heisst, dass sich auch unsere Mitglieder auf veränderte Bedingungen einstellen bzw. auf neue Dienstleistungen setzen müssen, wollen sie im immer härteren Wettbewerb weiterbestehen. Der pharmaSuisse-Delegierte Michel Buchmann hat es kürzlich auf den Punkt gebracht: Entweder begreifen die Apotheker den Ernst der Lage und bereiten sich aktiv auf das Morgen vor, oder sie werden Mühe haben, als Partner ernst genommen zu werden.

Christa Rüedi

Pharmaciens de l'UE en plein mouvement

Mi-décembre 2008, l'avocat général de l'UE a déposé sa requête fébrilement attendue devant le Cour de justice européenne (CJCE). Il y qualifie de justifiée l'interdiction pour les non-pharmaciens de posséder une pharmacie en Allemagne et en Italie, même si elle constitue une restriction de la liberté d'établissement. Markus Kamber a déjà présenté l'historique, ainsi que tous les tenants et aboutissants de cette affaire dans le pharmaJournal 21/08. Étant donné que les juges suivent très souvent les recommandations de l'avocat général, les pharmaciens italiens et allemands ont de grandes chances de voir leur protection étatique maintenue. Tôt ou tard, les pharmaciens de l'UE savent cependant qu'ils devront s'ouvrir à la concurrence. Leur inquiétude est donc d'autant plus grande et le débat s'intensifie sur les nouveaux types de prestations qu'ils pourraient offrir pour compenser les pertes escomptées de revenu.
En Angleterre, les pharmaciens ayant suivi une formation continue spécifique proposent par exemple des vaccinations. Dans son article publié l'automne passé, Markus Kamber a estimé que les pharmaciens suisses étaient mieux armés que leurs confrères européens pour affronter la concurrence, vu leur expérience dans le domaine. Dans l'intervalle, la votation de Zurich a cependant aggravé la situation. Nos membres devront donc se préparer à affronter des conditions modifiées et offrir de nouveaux services s'ils veulent subsister dans un environnement de plus en plus concurrentiel. Michel Buchmann, délégué de pharmaSuisse, a très bien résumé la situation récemment: soit les pharmaciens comprennent la gravité de la situation et se préparent activement à relever les défis de demain, soit ils auront de la peine à être considérés comme des partenaires de qualité.

Christa Rüedi

Kosten sind langsamer gewachsen

Christa Rüedi

Das Bundesamt für Statistik BSF hat kürzlich seine Synthesestatistik über Kosten und Finanzierung des Gesamtsystems des Gesundheitswesens für das Jahr 2006 publiziert, die gemäss OECD-Methodik aus dem Blickwinkel von Leistungserbringern (Produktion), Leistungen (Konsum) und Finanzierung erstellt wird.

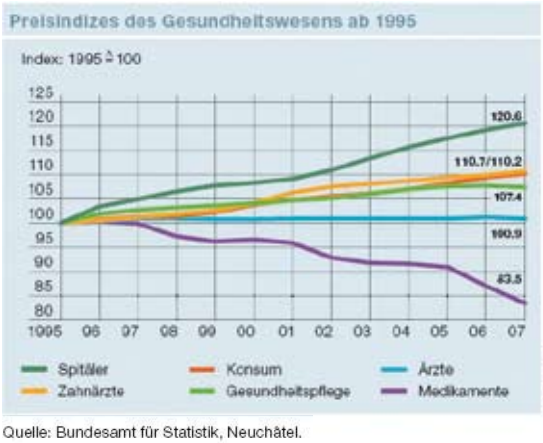
Die Zahlen zeigen, dass die Kosten im Gesundheitswesen 2006 gegenüber dem Vorjahr weiter gestiegen sind, dass sich das Kostenwachstum aber bereits zum dritten Mal in Folge verlangsamt hat. Mit ihren Ausgaben für das Gesundheitswesen steht die Schweiz innerhalb der OECD weiterhin an dritter Stelle, nur die USA und Frankreich wenden mehr Ressourcen auf. Diesem Aufwand steht ein zwar gut zugängliches, qualitativ hochstehendes und leistungsstarkes Gesundheitssystem gegenüber; andere OECD-Länder erbringen gleichwertige Leistungen allerdings mit einem geringeren Aufwand.

Erfreulich ist, dass die Ausgaben der ambulanten Versorger mit plus 2.1 Prozent gegenüber dem Vorjahr das geringste Wachstum seit 2001 aufweisen. Positiv vermerkt wird auch, dass die Ausgaben für Medikamente im Vergleich zum Vorjahr sogar leicht gesunken sind. Dies wird zurückgeführt auf verstärkte Preisüberprüfungen von bereits in die Spezialitätenliste SL aufgenommenen Medikamenten sowie Änderungen der Preisfestsetzungsregelung für Generika und den differenzierten Selbstbehalt. Anzumerken wäre hier, dass die Preise an sich noch stärker gesunken sind, dass aber gleichzeitig eine Mengenausweitung stattgefunden hat. Überproportional gestiegen sind dagegen die Kosten bei den Spitälern und den sozialmedizinischen Institutionen; als kostentreibender Hauptfaktor wird hier der demografische Wandel angeführt.

In seinen Schlussfolgerungen hält das BSF fest, dass seit 2004 eine Verlangsamung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen festzustellen ist, und führt dies zurück auf Änderungen im KVG wie mögliche Erhöhung der Jahresfranchise in der obligatorischen Krankenversicherung, monetäre Anreize zur Generikasubstitution, Einführung von TARMED, Absprachen des Bundes mit der Pharmaindustrie über neue Preisfestsetzungen von Originalpräparaten und Generika, Zulassungsstopp bei Arztpraxen und Einfrieren der Pflegetarife. Nicht erwähnt wird der Kostenstabilisierungsbeitrag (Rabatt) der Apotheker auf Arzneimitteln der Listen A und B der SL. Statistisch nicht erfassbar und daher ebenfalls nicht erwähnt ist, dass die Apotheker auch mit dem Wechsel vom System der preisabhängigen Margenordnung zur leistungsorientierten Abgeltung LOA zu weiteren Einsparungen beigetragen haben. ▮

Preisindizes des Gesundheitswesens ab 1995

In der Preisstatistik des BSF für die Jahre 1995–2007 sind die rund 200 Medikamente in den zehn umsatzstärksten Behandlungskategorien erfasst. Die Grafik zeigt den Preisverlauf, nicht aber die Entwicklung des tatsächlich bezogenen Leistungsvolumens auf. Die stark rückläufige Indexentwicklung für Medikamente bedeutet ausserdem, dass der preisabhängige Verdienst der Apotheker bei gleichbleibendem Volumen sinkt.



Quelle: Bundesamt für Statistik, Neuchâtel.

Korrespondenzadresse
Christa Rüedi, Chefredaktorin pharmaJournal
E-Mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Der Bericht kann heruntergeladen werden unter: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/22/publ.Document.113776.pdf

Progression inférieure des coûts

Christa Rüedi

L'Office fédéral de la statistique (OFS) a récemment publié sa statistique de synthèse sur le coût et le financement du système de santé en 2006. Selon la méthodologie de l'OCDE, ils sont considérés dans l'optique des fournisseurs de biens et services (production), des prestations (consommation) et du financement.

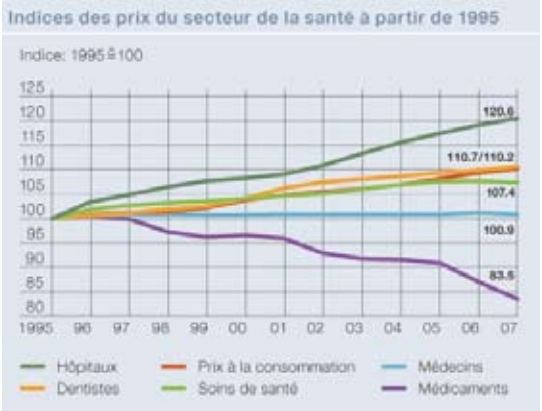
Les chiffres montrent qu'en 2006, les coûts du système de santé ont continué à augmenter par rapport à l'année précédente. La hausse des coûts a cependant ralenti pour la troisième fois d'affilée. Au sein de l'OCDE, la Suisse maintient sa troisième position en matière de dépenses de santé, juste derrière les États-Unis et la France. Elle dispose certes d'un système de santé bien accessible, de très haute qualité et performant; d'autres pays de l'OCDE fournissent toutefois des prestations équivalentes à moindres frais.

Il est réjouissant de constater que les dépenses des services ambulatoires n'ont augmenté que de 2,1% en 2006 par rapport à l'année précédente; il s'agit de la croissance la plus faible depuis 2001. Autre point positif: les dépenses consacrées aux médicaments ont légèrement diminué par rapport à 2005. Ceci est attribué au renforcement du contrôle des prix des médicaments figurant déjà dans la liste des spécialités (LS), aux modifications des règles de fixation des prix des génériques et à la quote-part différenciée. En réalité, les prix ont diminué encore plus fortement, mais une augmentation de volume a été enregistrée en même temps. Les coûts des hôpitaux et des institutions socio-médicales ont pour leur part augmenté de façon disproportionnée; l'évolution démographique est citée comme principal facteur.

Dans ses conclusions, l'OFS constate un ralentissement de la hausse des coûts dans le système de santé depuis 2004. Il l'attribue notamment aux modifications suivantes apportées à la LAMal: augmentation possible de la franchise annuelle dans l'assurance maladie de base, incitations financières pour promouvoir le recours aux médicaments génériques, introduction du TARMED, conventions entre la Confédération et l'industrie pharmaceutique concernant les nouvelles règles de fixations des prix des médicaments d'origine et des génériques, frein mis à l'ouverture de cabinets médicaux et gel des tarifs des soins. Le montant de stabilisation des coûts (rabais) des pharmaciens sur les médicaments des listes A et B de la LS n'est pas mentionné. Le fait que les pharmaciens aient contribué à réaliser d'autres économies en passant du système de marge sur le prix au système RBP (rémunération basée sur les prestations) ne peut pas être statistiquement recensé. Ceci n'est donc pas non plus évoqué. ▮

Indice des prix du secteur de la santé à partir de 1995

La statistique des prix de l'OFS pour les années 1995 à 2007 recense les 200 médicaments faisant partir des classes thérapeutiques représentant les plus gros chiffres d'affaires. Le graphique montre l'évolution de leurs prix, mais ne renseigne pas sur l'évolution du volume de prestations effectivement réalisé. Le fort recul de l'indice des prix des médicaments signifie en outre que le revenu des pharmaciens en fonction des prix baisse à volume égal.



Source: Office fédéral de la statistique, Neuchâtel

Adresse de correspondance
Christa Rüedi, rédactrice en chef du pharmaJournal
E-mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Le rapport peut être téléchargé depuis le site suivant: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/22/publ.Document.113776.pdf

→ Impressum

pharmaSuisse

Herausgeber/Redaktion/Abonnemente
Editeur/Rédaction/Abonnements
Schweizerischer Apothekerverband
Société Suisse des Pharmaciens
Società Svizzera dei Farmacisti
Stationsstrasse 12, Postfach, 3097 Liebefeld
Tel. 031 978 58 58, Fax 031 978 58 59
E-Mail: info@pharmasuisse.org
Internet: http://www.pharmasuisse.org

Abonnementspreise · Prix des abonnements (unverbindliche Preisempfehlung · recommandations de prix sans engagement)
Schweiz/Suisse + MWSt./TVA
3 Monate/mois Fr. 66.–
6 Monate/mois Fr. 125.–
12 Monate/mois Fr. 228.–

Ausland/Etranger + MWSt./TVA
3 Monate/mois Fr. 73.–
6 Monate/mois Fr. 138.–
12 Monate/mois Fr. 252.–

pharmaSuisse Schweizerischer Apothekerverband
Stationsstrasse 12, Postfach, 3097 Liebefeld
Tel. 031 978 58 58, Fax 031 978 58 59
E-Mail: info@pharmasuisse.org

Redaktion · Rédaction
→ Christa Rüedi, Chefredaktorin, E-Mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org
→ Christina Haas, Mitarbeit Produktion und Redaktion, E-Mail: christina.haas@pharmasuisse.org

Übersetzungen · Traductions
→ Nadège Claude

Erscheinungsweise · Parution
Erscheint alle 14 Tage/Paraît tous les 15 jours

Auflage · Tirage
Druckauflage/Tirage d'impression: 6100 Exemplare/exemplaires
Total verkaufte Auflage/Total tirage vendu: 5734 Exemplare/exemplaires
Gratisauflage/Tirage gratuit: 4 Exemplare/exemplaires
(WEMF/SW-Beglaubigung 2008)

Verlag/Anzeigen/Stellenmarkt · Edition/Annonces
Verlag Hans Huber, Hogrefe AG
Länggass-Strasse 76, Postfach, 3000 Bern 9
Tel. 031 300 45 50, Fax 031 300 45 91
E-Mail: inserate@HansHuber.com
Internet: http://www.Verlag-HansHuber.com

Satz, Bildbearbeitung und Druck · Mise en page/Traitement d'images/Impression
→ Stämpfli Publikationen AG, Dienstleistungen und Produktion, Postfach 8326, 3001 Bern

Titelbild · Photo couverture
→ Iris Krebs, Bern

Anregungen · Suggestions
→ pharmajournal@pharmasuisse.org

© 2009 pharmaSuisse

Publikation
ISSN 1661-8785

→ Werbung · Publicité

Chères pharmaciennes, chers pharmaciens,

NOUVEAU

… c'est le moment d'entreposer des framboises et des oranges!

ADMIS PAR LES CAISSES MALADIE





Préparez vous à une demande très élevée! SOLMAG 300 – bonne solubilité, prise agréable, goût délicieux. Indiqué en cas de besoin accru en magnésium. L'apport journalier recommandé en magnésium dans un seul comprimé. Deux arômes différents. Admis par les caisses maladie.

TRAITER LES CRAMPES AVEC BON GOÛT. SOLMAG 300

SCHWEIZERMEISTER

nutrimed

Extrait de l'information professionnelle. Magnésium 300 mg (12,4 mol) ut magnesium oxidum leve = apport journalier recommandé par l'OMS. **Indications:** Carence en magnésium, troubles du rythme cardiaque tachycardiques, pour couvrir un besoin accru lors du sport de compétition et pendant la grossesse, disposition à des crampes des jambes et à des tressaillements musculaires. **Posologie/Mode d'emploi:** Adultes et enfants à partir de 12 ans: 1 × 1 comprimé effervescent par jour, dissous dans un verre d'eau. **Contre-indications:** Insuffisance rénale, bloc A.V., exsiccose, disposition à des calculs de phosphate de calcium, de phosphate de magnésium ou d'ammonium-phosphate. **Interactions:** tétracyclines, préparations à base de fer. **Effets indésirables:** Occasionnellement diarrhées. **Catégorie de vente:** D, admis par les caisses maladie. **Titulaire de l'AMM:** Nutrimed AG, 4051 Basel. **Informations détaillées:** Compendium Suisse des médicaments.

Abschied nach turbulenten Jahren

Sie hat es bereits letztes Frühjahr angekündigt: nach sieben Jahren ist Dr. Valeria Dora als Präsidentin des Apothekerverbandes des Kantons Zürich AVKZ zurückgetreten. Im Interview lassen wir diese ereignisreichen Jahre noch einmal Revue passieren.

Frau Dora, nach jahrelangem Tauziehen ist es jetzt definitiv: Die Ärzte in den Städten werden Medikamente verkaufen dürfen. Sie haben sich sicher einen Rücktritt unter positiveren Vorzeichen gewünscht. Sind Sie enttäuscht?

Natürlich habe ich mir den Abgang anders vorgestellt und die Enttäuschung war gross. Bereits am Abend der Niederlage aber ist der Kampfeswille zurückgekehrt. Den Landärzten ist es gelungen, in Zürich und Winterthur die Mauer der Gewaltentrennung niederzureissen. Wir werden zunächst versuchen, diese Gewaltentrennung via Rechtsweg wieder einzufordern. Die Apotheker sind im Medizinalberufegesetz als Medizinalpersonen aufgeführt – das verpflichtet. Wenn dies nicht gelingt, werden die Stadtärzte in der Tat in den Aufgabenbereich der Apotheker vordringen. Doch ebenso werden die Apotheker in das Territorium der Ärzte vorstossen. Wenn Fernoperationen durchgeführt werden, wieso dann keine Fernbetreuung von Patienten? Damit erübrigt sich das kostenpflichtige Händeschütteln beim Hausarzt. Ob die Ärzteschaft ihre Initiative in allen Punkten ganz zu Ende gedacht hat, wage ich zu bezweifeln.

Das Abstimmungergebnis zeigt einen relativ tiefen Graben zwischen der Stadt- und der Landbevölkerung. Gibt es einen derartigen Graben im AVKZ auch?

Das reine Rezeptur- und das reine Selbstdispensationsebiet sind in der Tat zwei völlig verschiedene Versorgungsmodelle und zwei völlig verschiedene Welten. Allerdings ist der Übergang fliessend. Im AVKZ versuchen wir, die verschiedenen Strömungen, die auch im Vorstand vertreten sind, unter einen Hut zu bringen. Die Rezeptur wurde in Zürich und Winterthur um 1950 eingeführt, und zwar auf Vorschlag der Ärztegesellschaft. Davon profitiert haben neben den Stadtapotheken auch die Apotheken ausserhalb der beiden Städte. Die Stadtrezepte ermöglichen den Landapotheken, ein vernünftiges Medikamentensortiment vorrätig halten zu können. Allerdings kann eine Apothekerin ihr Wissen nur einsetzen, wenn es auch verlangt wird. Ein Chirurg, der pro Jahr eine Operation durchführt, ist auch kein Chirurg mehr.



Valeria Dora und ihre Stellvertreterin Caroline Erni

Die SD ist Gift für das Berufsverständnis der Apotheker. Allerdings bin ich davon überzeugt, dass die SD langfristig dem Image des Arztes schaden wird.

Vor lauter Abstimmung wird oft vergessen, dass der AVKZ in den letzten Jahren unter Ihrer Führung verschiedene Neuerungen eingeführt hat, die einmalig waren in der Schweiz. Wie zum Beispiel der Stillkleber und die Stillzone in Apotheken. Ist das Echo darauf immer noch so positiv wie am Anfang? Haben Sie Kenntnis von «Nachahmern»?

Der Stillkleber war ein schöner Farbtupfer. Mit einer attraktiven Dienstleistung konnten wir ein grosses Medienecho erreichen. Daraufhin haben sich auch aus anderen Kantonen und Branchen Interessierte gemeldet. Apotheken müssen auch in Boulevard-Medien mit interessanten Themen präsent sein. Wichtig ist, die lokale Presse zu beobachten und sich sofort zu Wort zu melden, wenn wir als Apothekerinnen etwas zu sagen haben. Ein weiteres Thema ist die Diskretion. Sie ist in erster Line eine Teameinstellung. Es gilt herauszufinden, wann und wie viel Diskretion es braucht. In meiner eigenen Apotheke habe ich dieses Thema im Zusammenhang mit QMS bearbeitet. QMS in der Apotheke bedeutet, mit Kundinnen und Patienten bewusster umgehen, aus der Interaktion lernen und sich ständig verbessern.

Eine andere Neuerung ist das PharmaTaxi, das seit fünf Jahren in Betrieb ist. Wird sich an dieser Dienstleistung nach der verlorenen Abstimmung von letztem November etwas ändern?

Der Versorgungsauftrag besteht weiterhin, auch wenn er in Zukunft schwieriger zu erfüllen sein könnte. PharmaTaxi ist Teil des Notfallversorgungskonzeptes der Apotheken im Kanton Zürich. Das System funktioniert gut, deckt den ganzen Kanton ab. Natürlich hat die SD eine unmittelbare Auswirkung auf das Medikamentensortiment der öffentlichen Apotheke. Sie führt zu einer massiven Verkleinerung des öffentlich verfügbaren Arzneimittelsortiments und gefährdet langfristig die Notfallversorgung. Was nicht mehr gebraucht wird, kann langfristig der Öffentlichkeit nicht mehr zur Verfügung stehen. Leider wird dies die Bevölkerung und die Behörden erst interessieren, wenn es zu ernsthaften Engpässen kommt. Eine Apothekerin ohne vernünftiges Sortiment ist wie ein Feuerwehrmann ohne Wasser.

Letzten Frühling hat der AVKZ unter Ihrer Leitung als Reaktion auf gewisse Medienberichte Leitlinien zum rezeptfreien Umgang mit dem Wirkstoff Dextromethorphan erlassen. Sie sind damit bei den Fachleuten auf grosses Interesse gestossen. Wie haben eigentlich die Medien und die Behörden reagiert?

Sowohl Behörden als auch Medien haben sehr positiv reagiert. Wenn ein Problem in unser Fachgebiet fällt, müssen wir uns aktiv zu Wort melden. So können wir Profil zeigen und werden als Fachleute wahrgenommen. Ich habe Anfragen von Medien stets sehr ernst genommen und stand immer für Stellungnahmen zur Verfügung. Wir müssen es schaffen, die Themen so zu bringen, dass sie jeder verstehen kann. Dank unserer naturwissenschaftlichen Ausbildung gelingt immer ein kompetenter Auftritt. Die Medien wünschen einen Apotheker als Identifikationsfigur, so wie Nationalrat Giezendanner die Autobranche und Ständerätin Sommaruga die Konsumenten und Prämienzahler vertritt.

Seit Ihrem Amtsantritt im AVKZ sind einige Jahre vergangen. Wo sehen Sie die grössten Veränderungen für die Apotheken im Vergleich zu damals?

Apothekenketten sind in den letzten Jahren wichtige Player geworden. Als Inhaberin und Leiterin tut es mir weh, wenn kaum mehr Apotheken an unabhängige Kollegen verkauft werden. Eine selbständig tätige Apothekerin bezieht zwei Löhne, einen als Apothekerin und einen als Unternehmerin. Es ist zwar schön, dass es so viele angestellte Apotheker gibt, die aktiv im Berufsverband mitmachen. Aber es ist schade, dass diese nicht mehr Unternehmer sein wollen und können. Etwas mehr Mut und Selbstvertrauen ist gefragt. Selbständig tätige Apotheker werden von den anderen Berufen als KMUs wahrgenommen und geschätzt. Dies ist für den Umgang mit Gewerbe und Politik von unschätzbarem Wert. Gefragt sind Apotheker und keine Funktionäre. Die Apothekenketten müssen das Engagement ihrer angestellten Apotheker in der Politik und im Gewerbe stärker unterstützen und honorieren. Wenn Apotheker nur noch «gehalten» werden, dann schadet das der ganzen Apothekenbranche.

Als letztes erlauben wir uns eine persönliche Frage: Sie sind Besitzerin einer eigenen Apotheke und Familienfrau; gleichzeitig haben Sie in den letzten Jahren im AVKZ viel bewegt. Wie haben Sie das alles unter einen Hut gebracht?

Ich kann in meiner Apotheke auf ein absolut zuverlässiges Team an Apothekerinnen zählen. Dank langjähriger Umsetzung von QMS, guter Organisation, dem Dream-Team meiner mitarbeitenden Apothekerinnen Caroline Erni, Ursula Enz, Maria Hitziger und Martine Fetz und dem Mittragen des gesamten Teams war es mir möglich, das riesige und vielfältige Pensum unter einen Hut zu bringen. Das Feu sacré für den Beruf brennt in mir und hat es möglich gemacht, dass ich sieben Jahre lang viel Zeit und Herzblut im Dienste der Öffentlichkeit investiert habe. Dabei habe ich punkto Umgang in Politik, Gesellschaft und Medien viel gelernt. Es ist mir klar, dass man kein Dankeschön erwarten kann und, einmal abgetreten, sehr schnell in Vergessenheit gerät. Jetzt freue ich mich darauf, brachliegendes Potenzial zu nutzen, täglich das Beste geben erhält Geist und Körper jung. Ich gehe nicht in Pension, sondern orientiere mich neu und stehe der Apothekerschaft in beratender Funktion weiterhin zur Verfügung. ▮

Interview: Christa Rüedi, Chefredaktorin pharmaJournal

Der Vorstand des AVKZ möchte sich an dieser Stelle bei allen Spendern schweizweit für die grosse Unterstützung und Solidarität des Zürcher Abstimmungskampfes bedanken. Es gibt Auftrieb und Energie, wenn die Basis an einem Strang zieht.
Gleichzeitig danken wir unserer Alt-Präsidentin Valeria Dora für ihre ausdauernde Kraft und ihren stetigen Einsatz für die Apothekerschaft des Kantons, ihre Loyalität, ihre optimistische Ausstrahlung und die gute Zusammenarbeit. Privat wünschen wir ihr alles Gute und viel Erfolg für neue Projekte in der eigenen Apotheke. *Maria Hitziger*

Le comité de l'AVKZ remercie chaleureusement tous les donateurs de Suisse pour leur énorme soutien et solidarité durant la campagne de votation zurichoise. Il est particulièrement encourageant de voir tout le monde tirer à la même corde.
Par la même occasion, nous remercions notre ancienne présidente, Valeria Dora, pour son inlassable énergie, son engagement indéfectible en faveur des pharmaciens du canton, sa loyauté, son optimisme et son excellente collaboration. Nous lui présentons tous nos vœux de bonheur sur le plan privé et lui souhaitons beaucoup de succès dans l'accomplissement de ses nouveaux projets au sein de sa propre pharmacie.
Maria Hitziger

Wenn die Haut brennt

Claudia Reinke

Die Neurodermitis, auch als atopisches Ekzem bezeichnet, ist eine ausserordentlich häufige Hauterkrankung mit zunehmender Prävalenz – allein in der Schweiz sind heute 10 bis 15 Prozent der Kinder und etwa 5 Prozent der Erwachsenen betroffen. In einer von der Schweizerischen Neurodermitis Stiftung (www.sns.ch) organisierten hochkarätigen Fortbildungsveranstaltung vom 17. Oktober 2008 in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang hatten Betroffene und Angehörige die Gelegenheit, sich über den Stand der medizinischen Erkenntnisse und die derzeit verfügbaren therapeutischen Möglichkeiten zu informieren.

Neurodermitis kann in jedem Lebensalter auftreten, am häufigsten tritt sie jedoch bereits im ersten Lebensjahr auf. Entstehung und Verlauf der Erkrankung sind von verschiedenen Faktoren abhängig, wobei die genetische Disposition sicher eine der wichtigsten Ursachen ist. Bei entsprechender Veranlagung besteht eine gestörte Schutz- und Abwehrfunktion der Haut, die zudem mit besonderen immunologischen Eigenschaften verbunden sein kann. Wie Brunello Wüthrich, Professor emeritus der Universität Zürich, berichtete, lassen sich demnach zwei verschiedene Neurodermitis-Formen unterscheiden: die extrinsische oder IgE-assoziierte Form, die mit IgE-vermittelten Sensibilisierungen gegen Inhalations- und Nahrungsmittelallergene einhergeht. Die nicht-IgE-assoziierte oder intrinsische Form weist dagegen keine solchen allergen-spezifischen Sensibilisierungen auf. Das klinische Bild mit den typischen ekzematösen Hautveränderungen und starkem Juckreiz kann durch viele Umweltfaktoren sowie psychosoziale Einflüsse ausgelöst werden.

Neue Erkenntnisse der letzten Jahre haben ergeben, dass die sehr empfindliche, überwiegend trockene Haut bei Neurodermitikern in 70 Prozent der Fälle auf eine genetisch bedingte fehlende beziehungsweise verminderte Bildung des Filaggrins zurückzuführen ist. Dieses Strukturprotein ist für die Funktionsfähigkeit der Hautbarriere unverzichtbar. Träger dieser Genmutation leiden oft unter schwereren Formen und besitzen zudem ein deutlich höheres Allergierisiko.

Präventionsmassnahmen

In seinen Ausführungen stellte Professor Johannes Ring, beratender ärztlicher Direktor der Klinik für Dermatologie und Allergologie der Hochgebirgsklinik Davos, geeignete Massnahmen zur Primär- und Sekundärprävention der Neurodermitis vor. So gehört der Verzicht auf mütterliches (elterliches) Rauchen (nicht nur in der Schwangerschaft, sondern auch später) sowie der Schutz vor Passivrauchen neben dem Stillen des Kindes (über vier bis sechs Monate) oder dem Einsatz hypoallergener Säuglingsnahrung zu den effizientesten Schutzmassnahmen. Der Einsatz von Probiotika – z.B. die Gabe entsprechender Probiotika an betroffene Säuglinge und Kleinkinder – scheint den Schweregrad der atopischen Dermatitis vermindern zu können. Insgesamt kann dieses Vorgehen jedoch nicht empfohlen werden, da die vorhandene Datenlage nicht ausreicht und zudem die Vergleichbarkeit der verschiedenen eingesetzten probiotischen Bakterienstämme nicht gegeben ist.

Dass eine vollwertige abwechslungsreiche, vorwiegend mediterrane Ernährung mit viel Obst, Gemüse, Olivenöl, Milchprodukten, Hülsenfrüchten und Fisch sowie – bei allergischen Reaktionen – eine entsprechende Diät helfen können, erklärte Daniel Gianelli, Leiter Ernährungsberatung der Hochgebirgsklinik Davos. Jedoch bedarf es dazu immer einer seriösen Abklärung, um keinen unnötigen Stress zu verursachen. Im Bedarfsfall ist eine individuelle Ernährungsberatung sinnvoll.

Hochgebirgsklima reguliert das Immunsystem

Für Neurodermitis-Patienten besonders günstig sind Aufenthalte in geschützten Hochgebirgslagen. Wie Dr. med. Claudia Steiner, Chefärztin der Dermatologie und Allergologie in der Davoser Hochgebirgsklinik, erklärte, stellt das dort herrschende Reizklima mit überwiegend trockener, schad- und sauerstoffarmer Luft, der Sonneneinstrahlung und dem Höhenklima eine natürliches Therapeutikum dar: Es aktiviert Herz- und Kreislauf, regt Atmung und Hautdurchblutung an. Das Höhenklima bewirkt darüber hinaus eine vermehrte Ausschüttung des körpereigenen Kortisols und führt zu einer signifikanten Verminderung der IgE-Antikörper. Nach einer vier- bis sechswöchigen Kur in Davos kommt es bei den Betroffenen zu einer deutlichen Besserung der Krankheitssymptomatik mit einer Abnahme der ekzematösen Hautveränderungen und deutlicher Besserung Allergie-bedingter Überempfindlichkeiten, wie in eindrucksvollen Studien nachgewiesen werden konnte. ▮

Korrespondenzadresse
Dr. Claudia Reinke
Schützenmattstrasse 1
4051 Basel

Quelle
Informationsveranstaltung der Schweizerischen Neurodermitis Stiftung (www.sns.ch), Freitag, 17. Oktober 2008, Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang.

Pflege und Therapie

Eine trockene und juckende Haut ist das vorherrschende klinische Erscheinungsbild der Neurodermitis. Die trockene Haut sowie Kratzen führt – je nach individueller Sensibilität – sehr rasch zu entzündlich-ekzematösen Hautveränderungen. Eine regelmässige wirkstofffreie Basispflege ist für Neurodermitiker daher entscheidend. Trotz guter Basistherapie kommt es jedoch immer wieder zu juckenden Ekzemen, die kurzfristig effizient behandelt werden müssen. Wir befragten den Leiter der Allergiestation der Dermatologischen Universitätsklinik Zürich, PD Dr. Peter Schmid Grendelmeier, zu den heute für die Neurodermitisbehandlung verfügbaren therapeutischen Möglichkeiten.



Dr. Peter Schmid Grendelmeier

Herr Dr. Schmid Grendelmeier, Sie haben in Ihrem Vortrag betont, wie wichtig eine gute, regelmässige Basistherapie für Neurodermitispatienten ist, um die Haut durch rückfettende und feuchtigkeitsspendende Massnahmen in gutem Zustand zu erhalten und so möglichen Krankheitsschüben vorzubeugen. 70 Prozent der Neurodermitiker leiden jedoch an einem genetisch bedingten Filaggrin-Mangel. Ist eine Prävention von Neurodermitis-Schüben unter solchen Umständen überhaupt möglich?

Diese Patienten haben es sicherlich weniger einfach, aber mit einer guten Hautpflege lässt sich dieses Problem tatsächlich einigermassen kompensieren. Ziel der Basistherapie ist es, der Haut durch konsequente Anwendung rückfettender Wasser in Öl-Produkte wieder genügend Fett und Feuchtigkeit zuzuführen, damit sie geschmeidiger wird und weniger juckt. Derzeit versucht man im Übrigen, das fehlende Filaggrin in topische Darreichungsformen einzuarbeiten, um die Barrierefunktion der Haut bei Neurodermitispatienten zu verbessern und sie so besser zu schützen. Die Entwicklung ist bisher allerdings noch nicht so weit, dass diese Produkte schon bei Patienten klinisch eingesetzt werden können.

Wie kommt es trotz konsequenter Basispflege dennoch immer wieder zu Entzündungsreaktionen und Ekzemen?

Das ist durch verschiedene Ursachen – sogenannt multifaktoriell – bedingt. Auslöser können Allergene sein wie Milben oder Nahrungsmittel, aber auch ein plötzlicher Temperaturwechsel, der den Juckreiz begünstigt, psychischer Stress durch Schule, Beruf oder Beziehungsprobleme bedingt, Hautreizungen durch intensives Waschen oder Umweltgifte, die die typischen Entzündungsreaktionen wie Rötungen, Bläschen, Juckreiz und die daraus entstehenden ekzematösen Veränderungen triggern. Dann ist die Anwendung entzündungshemmender Substanzen erforderlich wie Kortisone oder Immunmodulatoren.

Gegenüber Kortisonpräparaten haben viele Patienten ja enorme Vorbehalte. Die heute verfügbaren Substanzen zeichnen sich doch sicher durch eine sehr viel bessere Verträglichkeit aus?

Eindeutig! Wir können heute auf neue Produkte zurückgreifen, die wesentlich weniger Nebenwirkungen aufweisen. So ist die gefürchtete Hautatrophie mit Teleangiektasien heute viel seltener geworden. Wirkstoffe wie Mometason oder Prednicarbatum sind auch für kleinere Kinder geeignet. Gleichzeitig sind es sehr potente Wirkstoffe, die nur noch einmal täglich angewendet werden müssen. Wenn die akute Phase abgeklungen ist, genügt es z.B. vielfach, wenn die Applikation nur an zwei bis drei Tagen pro Woche – also beispielsweise am Wochenende – erfolgt.
Alternativ lassen sich die topischen Immunmodulatoren (Calcineurininhibitoren wie Pimecrolimus oder Tacrolimus) einsetzen. Diese Wirkstoffe unterdrücken die humorale und zelluläre Immunreaktion. Leichte bis mittelschwere Schübe lassen sich mit diesen Substanzen relativ nebenwirkungsarm behandeln. Wichtig ist, dass man sie einige Tage – am besten über den Schub hinaus – appliziert. Auch Kinder ab einem Alter von zwei Jahren können mit diesen Immunsuppressiva bereits behandelt werden.

Es gab Berichte, dass die Anwendung solcher Substanzen die Krebsentstehung fördern solle. Welche Erfahrungen haben Sie hier gemacht?

Im Gegensatz zur systemischen Applikation solcher Immunsuppressiva führt die lokale (topische) Applikation nach den bisherigen (zehnjährigen) Untersuchungen nicht zu solchen Nebenwirkungen. Die therapeutische Dosis – und damit die systemische Exposition – ist hier auch wesentlich niedriger als nach systemischer Gabe. Sicherheitshalber sollte allerdings auf eine übertriebene UV-Bestrahlung während der Anwendung solcher Substanzen verzichtet werden.

Was lässt sich denn zusätzlich gegen den quälenden Juckreiz unternehmen, dem diese Patienten während ihrer Schübe ausgesetzt sind?

Zusätzlich zur topischen Therapie können auch Anthistaminika eingesetzt werden, um den Juckreiz zu lindern. Darüber hinaus helfen manchmal auch psychologische Massnahmen wie Autogenes Training, um den subjektiv empfundenen Juckreiz zu dämpfen. Eine weitere nützliche Massnahme kann das Tragen speziell beschichteter Unterwäsche sein, die die empfindliche Haut vor äusseren Einflüssen schützt und so sekundär zu einem besseren Hautbild und zu einer Abnahme des Juckreizes führt. So zeigt etwa die Verwendung von antibakteriell beschichteter Seidenunterwäsche günstige Effekte auf Juckreiz und Hautentzündung. Im Übrigen wird derzeit die ideale Auswahl von Patienten für den Einsatz von Nachtkerzenöl in Kapselform im Rahmen einer Studie am KS Aarau und am USZ untersucht.

Wesentliche weiterführende Informationen gerade auch für Patienten sind unter der Internet-Seite von aha! (www.ahaswiss.ch) sowie der Schweizerischen Neurodermitis-Stiftung (www.sns.ch) abrufbar.

Interview: Dr. Claudia Reinke
E-Mail: claudia.reinke@medsciences.ch

Quand la peau brûle

Claudia Reinke

La neurodermite, également appelée eczéma atopique, est une affection cutanée particulièrement fréquente dont la prévalence ne cesse d'augmenter. En Suisse, 10 à 15% des enfants et près de 5% des adultes sont aujourd'hui touchés. Lors de l'excellente formation continue organisée par la Fondation suisse pour la neurodermite (www.sns.ch) le 17 octobre 2008 à la Clinique de haute montagne Davos-Wolfgang, les personnes concernées et leurs proches ont pu s'informer sur les dernières avancées médicales et sur les traitements disponibles.

Une neurodermite peut survenir à tout âge. Elle apparaît toutefois le plus souvent au cours de la première année de vie. La survenue et l'évolution de la maladie dépendent de nombreux facteurs, dont l'un des plus importants est sans aucun doute l'hérédité. En cas de prédisposition génétique, il y a un dysfonctionnement du système de protection et de défense naturelle de la peau, qui peut être associé à des caractéristiques immunologiques. Comme l'a indiqué Brunello Wüthrich, professeur émérite de l'Université de Zurich, on distingue deux formes de neurodermite: la forme extrinsèque ou IgE-dépendante imputable à des sensibilisations induites par les IgE contre des allergènes inhalés ou ingérés par l'alimentation et la forme intrinsèque ou non IgE-dépendante sans sensibilisations à des allergènes spécifiques. Un grand nombre de facteurs environnementaux et psychosociaux peuvent être à l'origine d'un tableau clinique caractérisé par des lésions eczémateuses typiques et un prurit sévère.

Ces dernières années, il a été démontré que la neurodermite des peaux hypersensibles et majoritairement sèches était provoquée dans 70% des cas par une réduction ou une absence génétique de filaggrine. Cette protéine structurelle est indispensable au bon fonctionnement de la barrière cutanée. Les porteurs de cette mutation génétique souffrent souvent de formes aiguës et ont un risque d'allergie accru.

Mesures préventives

Dans son exposé, le Prof. Johannes Ring, directeur médical de la clinique de dermatologie et d'allergologie de la Clinique de haute montagne de Davos, a présenté les mesures de prévention primaire et secondaire de la neurodermite. Parmi les plus efficaces, on peut citer l'arrêt du tabac de la mère (des parents) pendant et après la grossesse, la protection contre la fumée passive, mais aussi l'allaitement de l'enfant (pendant quatre à six mois) ou l'utilisation de laits hypoallergéniques pour nourrisson. L'administration de probiotiques appropriés au nourrisson ou au jeune enfant semble diminuer le degré de sévérité de la dermatite atopique. Cette mesure n'est toutefois pas recommandée en raison de l'insuffisance de données et de l'impossibilité de comparer les différentes souches bactériennes probiotiques utilisées.

Selon Daniel Gianelli, responsable de la consultation diététique à la Clinique de haute montagne de Davos, une alimentation méditerranéenne diversifiée, riche en fruits, en légumes, en huile d'olive, en produits laitiers, en légumineuses et en poisson – voire un régime adapté en cas de réactions allergiques – peuvent se révéler utiles. A condition de fournir les explications nécessaires afin d'éviter au patient tout stress inutile. Au besoin, des conseils nutritionnels individuels peuvent s'avérer judicieux.

Le climat de haute montagne régule le système immunitaire

Les séjours dans des zones protégées en haute montagne sont particulièrement bénéfiques aux patients atteints de neurodermite. Comme l'a expliqué le Dr Claudia Steiner, médecin-chef de dermatologie et d'allergologie à la Clinique de haute montagne de Davos, le climat stimulant qui y règne, avec un air sec, pauvre en oxygène et en polluants, l'ensoleillement et l'altitude constituent un traitement naturel: ils activent le système cardiovasculaire tout en stimulant la respiration et l'irrigation sanguine. De plus, le climat de haute montagne augmente la production de cortisol endogène et diminue sensiblement les anticorps IgE. Après quatre à six semaines de cure à Davos, les patients voient leurs symptômes s'améliorer significativement avec une réduction des lésions cutanées eczémateuses et une nette amélioration des hypersensibilités d'origine allergique. Plusieurs études-clés l'ont démontré. ▮

Adresse de correspondance
Dr Claudia Reinke
Schützenmattstrasse 1
4051 Bâle

Source
Séance d'information de la Fondation suisse pour la neurodermite (www.sns.ch), le vendredi 17 octobre 2008 à la Clinique de haute montagne Davos-Wolfgang.

Soins et traitement

La principale manifestation clinique de la neurodermite est une peau sèche et prurigineuse. En fonction de la sensibilité individuelle, cette sécheresse cutanée et ce prurit entraînent très rapidement des lésions cutanées eczémateuses inflammatoires. Des soins de base réguliers, sans substance active, sont donc déterminants pour les personnes atteintes de neurodermite. En dépit d'un bon traitement de base, les eczémas prurigineux sont souvent récurrents et doivent être traités de manière efficace et précoce. Nous avons interrogé le Dr Peter Schmid Grendelmeier, responsable du service d'allergologie de la clinique dermatologique de l'Hôpital universitaire de Zurich, sur les possibilités thérapeutiques existantes pour traiter la neurodermite.



Dr Peter Schmid Grendelmeier

Dr Schmid Grendelmeier, dans votre exposé vous avez souligné l'importance d'un traitement de base régulier pour les patients atteints de neurodermite afin de préserver la peau en l'humidifiant et en la relipidant et de prévenir ainsi les poussées. Or, 70% des personnes atteintes de neurodermite souffrent d'une carence de filaggrine d'origine génétique. Dans ces conditions, comment peut-on prévenir les poussées de la maladie?

Ces patients n'ont certes pas la vie facile mais avec de bons soins cutanés, on peut compenser partiellement ce problème. Le but du traitement de base est de restaurer la teneur en graisse et en eau de la peau par une utilisation systématique de produits relipidants eau dans l'huile pour la rendre plus souple et moins prurigineuse. On essaie également de développer une forme locale de filaggrine en vue d'améliorer la fonction de barrière de la peau et mieux la protéger chez les patients atteints de neurodermite. Mais nous n'en sommes pas encore au stade des essais cliniques de tels produits.

Comment se fait-il qu'il y ait toujours autant de réactions inflammatoires et d'eczémas en dépit de soins de base systématiques?

Il y a différentes raisons à cela. Les déclencheurs peuvent être des allergènes, comme les acariens ou les denrées alimentaires, mais aussi un changement brutal de température qui favorise le prurit, le stress mental à l'école, dans le travail ou suite à des problèmes relationnels, les irritations de la peau dues à un lavage trop intensif ou à des polluants qui provoquent les réactions inflammatoires typiques de cette maladie (p. ex. rougeurs, vésicules, prurit et lésions eczémateuses). Dans ce cas, le recours à des substances anti-inflammatoires comme la cortisone ou les immunomodulateurs s'impose.

Beaucoup de patients sont réticents à utiliser des préparations à base de cortisone. Les substances actuellement disponibles sur le marché sont pourtant beaucoup plus sûres grâce à leur meilleure tolérance?

Effectivement. Nous disposons aujourd'hui de produits qui provoquent beaucoup moins d'effets indésirables. L'atrophie cutanée tant redoutée avec des télangiectasies est beaucoup plus rare de nos jours. Les principes actifs comme la mométasone ou le prednicarbate sont même indiqués chez le jeune enfant. Dans le même temps, ce sont des principes actifs extrêmement puissants, limités à une application par jour. Quand la phase aiguë est passée, une application deux à trois jours par semaine suffit généralement – par exemple, le week-end.

Les immunomodulateurs topiques (les inhibiteurs de la calcineurine, comme le pimécrolinus ou le tacrolinus) sont une alternative. Ces principes actifs inhibent la réaction immunitaire humorale et cellulaire. Les poussées légères à modérées répondent bien à ces substances, avec relativement peu d'effets indésirables. Il est important toutefois de les appliquer plusieurs jours – de préférence au-delà de la poussée. On peut également traiter les enfants à partir de deux ans par ces immunosuppresseurs.

Il a été dit que ces substances favorisaient l'apparition du cancer. Quelles expériences avez-vous faites dans ce domaine?

Contrairement à l'administration systémique de ces immunosuppresseurs, l'application locale (topique) n'entraîne pas de tels effets indésirables d'après des études menées sur une période de dix ans. La dose thérapeutique – et donc l'exposition systémique – est beaucoup plus faible que lors de l'administration systémique. Par mesure de sécurité, il faudrait toutefois renoncer à une surexposition aux rayons UV en cours de traitement.

Que peut-on faire pour soulager les démangeaisons insoutenables chez ces patients pendant les poussées?

En plus d'un traitement topique, on peut prescrire des anti-histaminiques pour soulager le prurit. Des mesures psychologiques, comme le training autogène, sont également efficaces pour diminuer le ressenti de ces démangeaisons. Une autre mesure utile consiste à porter des sous-vêtements avec un revêtement spécial qui protège la peau sensible contre les agressions extérieures et se traduit donc indirectement par une amélioration de l'état de la peau et par une diminution du prurit. Les sous-vêtements en soie avec un revêtement antibactérien ont une action bénéfique sur le prurit et l'inflammation cutanée. De plus, une étude est en cours à l'hôpital cantonal d'Aarau et à l'hôpital universitaire de Zurich pour évaluer la solution idéale pour le patient qu'est la prise de capsules d'huile d'onagre.

Pour des informations plus détaillées, également accessibles aux patients, voir le site aha! (www.ahaswiss.ch) ou le site de la Fondation suisse pour la neurodermite (www.sns.ch).

Interview: Dr Claudia Reinke
E-mail: claudia.reinke@medsciences.ch

Das Symposium mit Herz

Barbara Lardi

Jährlich erleiden in der Schweiz 30 000 Menschen ein akutes koronares Ereignis, 12 500 einen zerebralen Insult, 8000 einen Herz-Kreislaufstillstand und 150 000 Menschen sind von einer Herzinsuffizienz betroffen. Diese Erkrankungen stellen nach wie vor die Todesursache Nummer 1 dar – oft vergessen werden dabei die alltäglichen Beeinträchtigungen und der Verlust an Lebensqualität all jener, die mit diesen Erkrankungen leben. Umso wichtiger ist es, dass die Risiken früh erkannt und behandelt werden. Hier können die Apotheken als niederschwellige Anlaufstellen einen entscheidenden Beitrag in der Primärprävention leisten.

Um dazu gerüstet zu sein, trafen sich trotz Wintereinbruch über 500 interessierte Pharmazeutinnen und Pharmazeuten im Kultur-Casino Bern zum diesjährigen pharmActuel-Symposium.

Spannende Hypertonie: Epidemiologie; Diagnostik und Pathophysiologie des arteriellen Bluthochdrucks

Prof. Dr. med. Dieter Conen

Der Blutdruck unterliegt täglichen Schwankungen und wird neuronal durch den Sympathikus und humoral durch das Renin-Angiotensin-Aldosteron-System (RAAS) reguliert, welche gegenseitig interagieren (siehe Abb. 1) – ein hochkomplexes System, das vielseitig medikamentös beeinflusst werden kann.

Während sich der diastolische Blutdruck im Alter eher stabilisiert, steigt der systolische durch die Abnahme der Windkesselfunktion des Aortenbogens deutlich stärker an. Die Bedeutung dieser isolierten systolischen Hypertonie wurde lange Zeit unterschätzt. Heute weiss man, dass ein erhöhter Pulsdruck (Differenz zwischen maximalem systolischem und minimalem diastolischem Blutdruck) einen frühzeitigen Risikoindikator für eine koronare Herzkrankheit mit daraus resultierender Herzinsuffizienz darstellt. In vielen Fällen gesellen sich weitere Risikofaktoren wie erhöhtes Cholesterin, Diabetes mellitus, Nikotinabusus usw. zur Hypertonie – oftmals kommt bei Hypertonikern ein regelrechtes Bündel von Risikofaktoren zusammen!

Das Risiko für einen zerebralen Insult oder eine koronare Herzkrankheit verdoppelt sich unabhängig von anderen kardiovaskulären Risikofaktoren für jeden Anstieg des systolischen Blutdrucks um 20 mmHg.

Aufgrund der vielen Folgekrankheiten und Endorganschäden, welche durch die Hypertonie verursacht werden, ist eine konsequente Therapie essenziell. Trotzdem herrscht immer noch ein grosses Therapie-Defizit: Rund 25 Prozent der Hypertonikerinnen und 35 Prozent der Hypertoniker werden nicht, von den Behandelten wiederum werden nur etwa die Hälfte richtig behandelt. Dabei steht uns eine breite Palette an Antihypertonika zur Verfügung.



Dieter Conen



Martine Ruggli

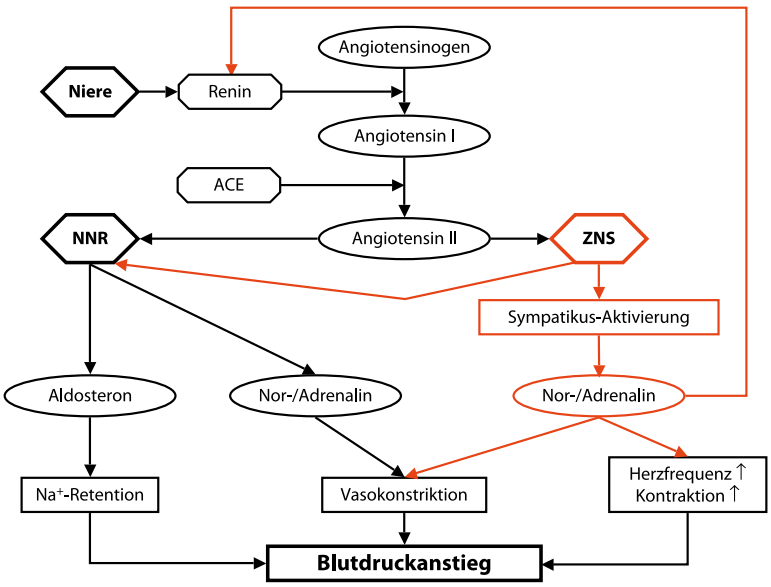
Druck wegnehmen – dank Antihypertonika: Richtlinien und Goldstandards der antihypertensiven Therapie

Martine Ruggli, Offizinapothekerin FPH

Die Wahl des richtigen Antihypertonikums hängt von den Blutdruckwerten und den individuellen Risikofaktoren der Patienten ab. Interessanterweise weichen die internationalen Empfehlungen teilweise recht stark voneinander ab – ebenso die Meinungen der Symposiums-Teilnehmer, welche sich während des Referates für ihre Therapie der Wahl entscheiden mussten … Welche Therapie(n) hätten Sie gewählt?

In den USA werden Diuretika als Medikamente der Wahl eingesetzt, während in Europa keine Präferenz für die initiale Therapie besteht und in der Schweiz die Diuretika gar erst als Medikamente der zweiten Wahl gelten.

Abb. 1: Neuronale (rot) und humorale (schwarz) Blutdruckregulation





Hugo Figueiredo



Pierre-Alain Buchs

Empfehlungen in der Schweiz bei unkomplizierter Hypertonie (2008)

1. Wahl: ACE-Hemmer, Angiotensin-II-Antagonisten oder Calcium-Antagonisten
2. Wahl: Diuretika, bei jungen Patienten β-Blocker
3. Wahl: andere Antihypertonika

Meist wird mit einer Monotherapie begonnen, in schweren Fällen oder bei weiteren Risikofaktoren kann jedoch auch direkt mit einer Kombinationstherapie gestartet werden. Dabei müssen insbesondere auch das Alter und Komorbiditäten berücksichtigt werden. Bei älteren Menschen werden in der Schweiz häufig auch Thiazide verordnet. Bei β-Blockern ist bekannt, dass sie im Alter einen weniger guten Schutz bieten, während sich bei jungen Menschen der Stress abbauende Effekt positiv auswirkt.

Richtige Blutdruckmessung (am Oberarm):

→ 5 Minuten Ruhe vor der Messung
→ Patient sitzt bequem, den Unterarm auf einem Tisch aufgelegt
→ passende Manschette auf Herzhöhe anziehen (Faustregel: Manschettenbreite = ca. 1/3 des Armumfangs)
→ Manschette mindestens 30 mmHg über den erwarteten systolischen Blutruck hinaus aufpumpen
→ während der Messung soll der Kunde sich nicht bewegen und nicht sprechen
→ 3 Messungen im Abstand von je 1 bis 2 Minuten vornehmen (wiederholen, falls Unterschied mehr als 5 mmHg)
→ bei älteren Personen auch im Stehen messen (Erkennen einer orthostatischen Hypotonie)
→ Werte in Blutdruck-Pass oder Patientendossier eintragen (nicht runden, wenn möglich bei Langzeit-Patienten grafisch darstellen)

Therapie ans Herz gelegt, damit das Herz nicht bricht: «suivi thérapeutique» der Hypertonie in der Offizin

Hugo Figueiredo und Dr. pharm. Pierre-Alain Buchs, Offizinapotheker

Um die Sicherheit und den Erfolg einer antihypertensiven Therapie zu gewährleisten, ist eine gute pharmazeutische Begleitung der Patienten unabdingbar. Dabei soll nicht nur die Kontrollfunktion des Apothekers zum Zuge kommen (Interaktionen, UAW usw.), vielmehr sollen die Apotheker als Partner im Netzwerk (Hausarzt/Spezialist/Spital/Spitex/Patient usw.) agieren und ihre Beobachtungen aktiv weiter kommunizieren. Beispielsweise können in Zusammenarbeit mit dem Arzt regelmässige Blutdruck-, Blutzucker- und Cholesterin-Messungen vorgenommen werden, die dem Patienten helfen, den Erfolg seiner Therapie zu erkennen, und den Arzt bei der Optimierung der Therapie unterstützen.

Studien zufolge haben nach einem Jahr bis zu 40 Prozent der Hypertoniker ihre Medikamente wieder abgesetzt. Gerade bei lange Zeit symptomlosen Erkrankungen wie der Hypertonie kann der Apotheker also durch Förderung der Compliance einen wichtigen Beitrag in der Prävention von kardiovaskulären Ereignissen leisten. Dabei können auch moderne Technologien zum Einsatz kommen, wie z.B. MEMS (medication event monitoring systems), bei welchen die Entnahme der Tabletten elektronisch gespeichert wird. Durch ein so erfasstes Einnahme-Profil kann eruiert werden, wo Probleme in der Therapie-Adhärenz liegen (z.B. immer abends oder jeweils am Wochenende usw.) und mit dem Patienten eine individuelle, praktikable Lösung erarbeitet werden.

Was das Herz begehrt? Evidenzbasierte diätetische Therapieoptionen bei Hypertonie

Brigitte Christen-Hess, dipl. Ernährungsberaterin FH

Mit Lebensstil-Veränderungen wie Ernährungsumstellung, eingeschränktem Alkoholkonsum, Nikotinverzicht und körperlichem Training kann man insgesamt den Blutdruck um mehr als 20 mmHg senken (siehe Tabelle 1), also gleich stark wie mit einer medikamentösen Monotherapie. Die Gewichtsreduktion steht an erster Stelle, gefolgt von einer reduzierten

Tabelle 1: Lifestyle-Interventionen zur Reduktion des Blutdrucks (Referat von B. Christen-Hess und D. Conen)

Intervention	Blutdruckeffekt		Evidenzstufen
	Systol. BD	Diastol. BD	
Ausdauertraining (>30 min >3×/Woche)	5–10 mmHg		A
Gewichtsreduktion um 1 kg	1–2 mmHg		A
Kochsalzreduktion auf 5–6 g (= ca. 1 Teelöffel)	5 mmHg	3 mmHg	A
Anstieg von 2 auf 7 Portionen Obst oder Gemüse	7 mmHg	3 mmHg	A-B
zusätzlich zu erhöhtem Obst-, Gemüsekonsum fettbewusste Auswahl an Milchprodukten (DASH Diät)	11 mmHg	6 mmHg	A-B
Reduktion der Alkoholzufuhr	1 mmHg		A
Nikotinverzicht	—		B
Stressabbau	—		C
Vermeiden von NSAR, Steroiden, hormoneller Antikonzeption, Lakritze usw.	—		—

Kochsalz-Zufuhr. Dabei gilt es zu beachten, dass nicht alle Patienten auf die Salzreduktion ansprechen. Es lohnt sich aber auf jeden Fall, die Kunden zu ermutigen, wenigstens eine bis zwei Wochen lang eine salzarme Diät zu testen. Ein vergleichbarer Effekt zeigt die Erhöhung des Obst- und Gemüsekonsums auf sieben Portionen pro Tag, insbesondere in Kombination mit fettarmen Milchprodukten (positiver Effekt durch bioaktive Peptide in Sauermilchprodukten) und optimierter Zufuhr von Omega-3-Fettsäuren.

Wer diese Ratschläge befolgt, darf auch bei hohem Blutdruck weiterhin beherzt und mit Freude essen.

Herzhaft und ohne Druck triagieren: Was tun in Notfallsituationen? Was fragen? Was messen? Wie reagieren?

PD Dr. med. Rubino Mordasini

Auch heute noch sterben 40 Prozent der Patienten mit einem akuten Myokardinfarkt vor dem Eintritt in die Klinik an Rhythmusstörungen, Kammerflimmern oder plötzlichem Herztod. Die Apotheker können hier eine wichtige Rolle bei der Triage von Notfällen spielen (siehe Tabelle 2).

Notfall 1: Akutes Koronarsyndrom (Myokardinfarkt)

Kernsymptome des akuten Koronarsyndroms sind Atemnot verbunden mit Todesangst und ein klemmender Schmerz (unabhängig von Bewegung oder Atmung), der jedoch vor allem bei Frauen nicht dominierend auftreten muss. Die ersten Minuten und Stunden sind entscheidend für den weiteren Verlauf, denn nach 20 bis 30 Minuten myokardialer Ischämie beginnt die Gewebsnekrose, und die Gefahr eines Herzstillstandes durch Kammerflimmern ist in der ersten Stunde am grössten. Bei einem akuten Koronarsyndrom also unverzüglich den Rettungsdienst alarmieren und den Verdacht auf Myokardinfarkt melden. Dann bestehen gute Aussichten, den Gefässverschluss fast vollständig rückgängig zu machen.

Notfall 2: Zerebraler Insult (Hirnschlag) und transiente ischämische Attacke (TIA, «Streifung»)

Die Symptome eines zerebralen Insultes oder einer TIA können Patienten oft nicht einordnen, und nur sieben Prozent der Opfer erreichen das Spital innerhalb der notwendigen drei Stunden. Deshalb auch hier unverzüglich den Rettungsdienst alarmieren, den Patienten mit leicht angehobenem Oberkörper lagern und enge Kleider, Krawatte oder Büstenhalter öffnen.

Symptome eines zerebralen Insultes:

- → plötzliche Schwäche, motorische oder sensorische Störungen (meist nur auf einer Körperseite)
- → plötzliche Blindheit (oft nur auf einem Auge), Diplopie
- → plötzlicher Verlust der Sprechfähigkeit oder Schwierigkeiten, Gesprochenes zu verstehen
- → heftiger Drehschwindel verbunden mit Gehunfähigkeit
- → plötzlicher, ungewöhnlicher, heftiger Kopfschmerz

Notfall 3: Synkope

Der plötzlich einsetzende Bewusstseinsverlust, verbunden mit orthostatischem Kollaps und spontaner Erholung ist meist die Folge einer vorübergehenden, globalen, zerebralen Minderperfusion. Ungefähr ein Drittel der Menschen erleben einmal im Leben eine Synkope und bei ungefähr einem Drittel der Betroffenen findet sich keine eindeutige Ursache. Bei vermutetem kardialem Ursprung, schweren Verletzungen (z.B. aufgrund eines Sturzes) oder bei häufig auftretenden Symptomen soll der Patient hospitalisiert werden.

Notfall 4: Herz-Kreislauf-Stillstand (plötzlicher Herztod)

Atemstillstand, Puls- und Bewusstlosigkeit können respiratorische, weit häufiger aber kardiale Ursachen haben. Weniger als zehn Prozent der Menschen mit einem Herz-Kreislauf-Stillstand überleben dieses Ereignis ohne neurologische Spätfolgen. Nur ein



Brigitte Christen-Hess



Rubino Mordasini

Tabelle 2: Notfallversorgung in der Apotheke

Thorax-Schmerz (Myokard-infarkt)	bei Schmerz >15 Min anhaltend (nicht auf Nitroglycerin ansprechend)	notfallmässig ins Spital; Aspirin®-Gabe, evtl. Nitroglycerin-Spray
	bei neu aufgetretenen Episoden von Thoraxschmerz	sofort zum Arzt
Zerebraler Insult	bei Symptomen wie oben beschrieben	notfallmässig ins Spital
Synkope	falls nicht eindeutig harmlose Ursache, unregelmässiger Puls	notfallmässig ins Spital
Herz-Kreislauf-Stillstand	bei Bewusstlosigkeit, fehlendem Puls und fehlender Atmung	sofort Tel. 144 alarmieren Herz-Lungen-Wiederbelebung (CPR) und Defibrillation durchführen bis zum Eintreffen der Rettungskräfte
Herzinsuffizienz	bei Atemnot in Ruhe	ins Spital
	bei Verschlimmerung in jüngster Zeit	zum Arzt

möglichst früher Beginn der Reanimations-Massnahmen verbessert die Prognose, dabei könnten bei optimaler Rettungskette und Frühdefibrillation Überlebensraten von 70 bis 80 Prozent erzielt werden.

→ Beherrscht das Apotheken-Team die Basic Life Support Techniken und die Bedienung von automatischen externen Defibrillatoren (AED)?
→ Ist die Apotheke mit einem Defibrillator ausgerüstet?

Notfall 5: Akute Herzinsuffizienz

Obwohl die Herzinsuffizienz weltweit die am schnellsten zunehmende Herz-Kreislauf-Krankheit ist, kennen nur drei Prozent der Befragten in Europa die Symptome. Eine akute Herzinsuffizienz kann aufgrund einer dekompensierten chronischen Herzinsuffizienz oder als Folge eines akuten Koronarsyndroms auftreten und gilt unabhängig von ihrer Ursache immer als Notfall.

Alarmzeichen einer Herzinsuffizienz:

→ rapide Gewichtszunahme/-abnahme von 2 kg innerhalb von 1 bis 3 Tagen
→ Atemnot, Husten, Keuchen
→ rasche Müdigkeit
→ Schwindel- und Ohnmachtsanfälle
→ weniger Urin als normal
→ Wasseransammlung in den Beinen oder im Bauch
→ plötzliche Schmerzen im Brustbereich
→ beschleunigter oder unregelmässiger Puls

Als Apothekenteam liegt uns das Wohl unserer Kunden am Herzen. Setzen wir uns also herzhaft dafür ein, dass sie auf ihr Herz achten, ihre Therapie beherzigen und sich unsere Ratschläge zu Herzen nehmen! Und schliesslich noch ein herzliches Dankeschön an Corinne Grossenbacher, Kathrin Zybach und die ganze Arbeitsgruppe pharmActuel, welche mit so viel Herzblut dafür gesorgt haben, dass das ganze Symposium reibungslos über die Bühne gehen konnte, es uns an nichts fehlte und wir auch viel von Herzen lachen durften. ∎

Weiterführende Literatur und Links:

→ pharmActuel-Hefte: kardiovaskuläre Risikofaktoren 1 und 2 (Nr. 2 und Nr. 6, 2007), Hypertonie (Nr. 4, 2004), Herzinsuffizienz (Nr. 5, 2004)
→ Schweizerische Herzstiftung: www.swissheart.ch
→ www.swisshypertension.ch (Kommentare von Experten zur Therapie mit Antihypertensiva)

Korrespondenzadresse:
Dr. sc. nat. Barbara Lardi-Studler
Apothekerstr. 16
8610 Uster
E-Mail: barbara.lardi@gmail.com

Le symposium du cœur

Barbara Lardi

En Suisse, 30 000 personnes sont victimes chaque année d'un syndrome coronarien aigu, 12 500 d'un accident vasculaire cérébral, 8000 d'un arrêt cardiaque et 150 000 d'une insuffisance cardiaque. Ces affections constituent aujourd'hui encore la principale cause de décès et entraînent, chez les patients qui y ont survécu, des séquelles comme des limitations dans la vie quotidienne et une diminution de la qualité de vie. Ceci souligne l'importance d'identifier et de traiter les risques à un stade précoce. Dans ce domaine, les pharmacies peuvent jouer un rôle-clé grâce à leur facilité d'accès.

Pour s'y préparer, plus de 500 pharmaciens ont bravé le froid pour venir assister au symposium pharmActuel de cette année au Kultur-Casino de Berne.

L'hypertension, un sujet palpitant: épidémiologie, diagnostic et physiopathologie de l'hypertension artérielle

Prof. Dr méd. Dieter Conen

La pression artérielle varie au fil de la journée. Elle est soumise à une régulation neuronale par le système sympathique et à une régulation humorale par le système rénine-angiotensine-aldostérone (RAAS) en constante interaction (voir Fig. 1). Il s'agit d'un système hautement complexe qui peut être influencé par divers médicaments.

La pression artérielle diastolique tend à se stabiliser avec l'âge. En revanche, la pression systolique augmente fortement en raison de la diminution de l'effet Windkessel de l'aorte. L'importance de cette hypertension systolique isolée a longtemps été sous-estimée. Aujourd'hui, on sait qu'une hausse de la pression différentielle (différence entre la pression systolique maximale et la pression diastolique minimale) est un indicateur de risque avancé de maladie coronarienne et de l'insuffisance cardiaque qui en résulte. Dans de nombreux cas, d'autres facteurs de risque, comme une élévation du taux de cholestérol, un diabète sucré, un abus de nicotine, etc., s'associent pour produire une hypertension. Les hypertendus conjuguent souvent toute une série de facteurs de risque!

A chaque augmentation de 20 mmHg de la pression systolique, le risque d'accident vasculaire cérébral ou de maladie coronaire double, indépendamment des autres facteurs de risque cardiovasculaires.

Les nombreuses maladies et dommages organiques provoqués par l'hypertension nécessitent l'instauration d'un traitement systématique. Pourtant, le déficit thérapeutique reste important: 25% des femmes et 35% des hommes hypertendus ne sont pas traités et parmi les personnes traitées, seule la moitié l'est correctement. La gamme d'antihypertenseurs est pourtant vaste.

Diminuer la pression – grâce aux antihypertenseurs: directives et notions de base essentielles du traitement antihypertenseur

Martine Ruggli, pharmacienne d'officine FPH

Le choix de l'antihypertenseur dépend des valeurs de la pression artérielle et des facteurs de risque individuels du patient. Bizarrement, les recommandations internationales diffèrent beaucoup entre elles – tout comme d'ailleurs les avis des participants au symposium qui ont dû choisir un traitement adapté.

Aux États-Unis, les diurétiques sont les médicaments de premier choix. En Europe, il n'y a pas de préférence marquée en ce qui concerne le traitement initial. En Suisse, les diurétiques ne sont utilisés que comme médicaments de seconde intention.

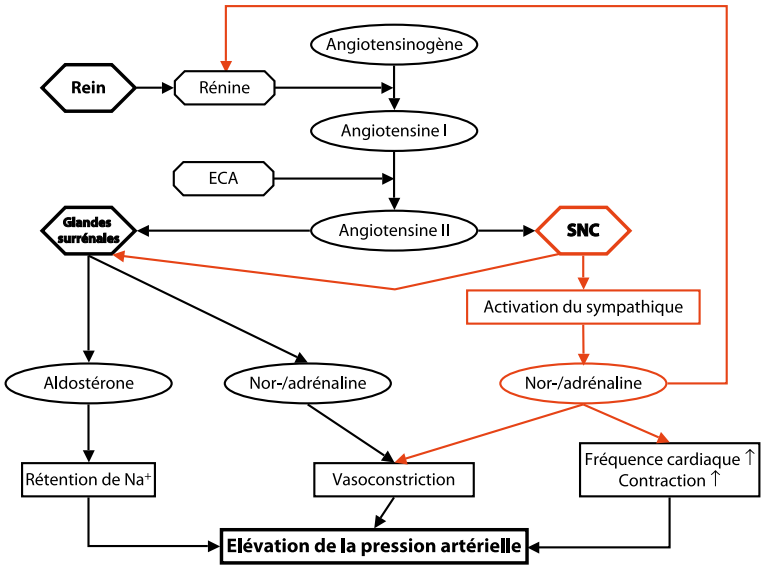


Dieter Conen



Martine Ruggli

Fig. 1: Régulation de la pression artérielle neuronale (en rouge) et humorale (en noir)





Hugo Figueiredo



Pierre-Alain Buchs

Recommandations en Suisse pour le traitement de l'hypertension sans complication (2008)

1er choix: IECA, antagonistes de l'angiotensine II ou antagonistes calciques

2e choix: Diurétiques, bêtabloquants chez les jeunes patients

3e choix: Autres antihypertenseurs

On commence généralement par une monothérapie. Dans les cas graves ou en présence de facteurs de risque concomitants, un traitement associé peut être initié dès le départ. Dans ce cas, il faut cependant tenir compte de l'âge du patient et des comorbidités. Le thiazide est souvent prescrit en Suisse chez les personnes âgées. Les bêtabloquants offrent une moins bonne protection avec l'âge, mais sont utiles chez les jeunes car ils diminuent le stress.

Prendre son traitement à cœur – suivi thérapeutique: rôle du pharmacien, adhésion thérapeutique, management de l'hypertension en officine

Hugo Figueiredo et Dr pharm. Pierre-Alain Buchs, pharmaciens d'officine

Un bon suivi pharmaceutique du patient est indispensable pour garantir la sécurité et le succès d'un traitement antihypertenseur. Pour ce faire, le pharmacien doit pouvoir exercer sa fonction de contrôle (interactions, effets indésirables, etc.), mais aussi intervenir en tant que partenaire dans le réseau constitué du médecin généraliste, du spécialiste, de l'hôpital, des soins à domicile, du patient, etc., puis transmettre ses observations. Par exemple, le pharmacien pourrait, en collaboration avec le médecin traitant, mesurer régulièrement la pression artérielle, la glycémie et la cholestérolémie. Ceci permettrait ensuite au patient d'évaluer la réussite de son traitement et au médecin de l'améliorer.

Selon certaines études, jusqu'à 40% des hypertendus arrêtent de prendre leurs médicaments après un an. Or, c'est dans les affections asymptomatiques de longue durée comme l'hypertension que le pharmacien peut jouer un rôle-clé en encourageant la compliance afin de prévenir les événements cardio-vasculaires. Il peut pour ce faire utiliser des technologies modernes comme les MEMS («medication event monitoring systems» ou systèmes micro-électro-mécaniques), qui enregistrent électroniquement chaque prélèvement de médicament. Ce profil permet ensuite de voir où se situent les problèmes d'adhésion (p.ex. systématiquement le soir ou plutôt le week-end, etc.) et de rechercher avec le patient une solution appropriée.

Comment mesurer la pression artérielle (au bras):

→ Laisser le patient se reposer cinq minutes avant de prendre sa tension.

→ Le patient est confortablement assis, l'avant-bras posé sur une table.

→ Placer le brassard approprié à la hauteur du cœur (règle d'or: largeur du brassard = env. 1/3 de la circonférence du bras).

→ Gonfler le brassard à 30 mmHg au-dessus de la pression systolique escomptée.

→ Pendant la mesure, le patient ne doit pas bouger ni parler.

→ Réaliser trois mesures à 1–2 minutes d'intervalle (répéter la mesure si la différence est supérieure à 5 mmHg).

→ Chez les patients âgés, mesurer la tension en position debout également (détection d'une hypotension orthostatique).

→ Inscrire les valeurs dans le passeport de tension artérielle ou le dossier du patient (ne pas arrondir, si possible effectuer une représentation graphique chez les patients de longue durée).

Laissez parler votre cœur! Traitement diététique basé sur l'évidence

Brigitte Christen-Hess, diététicienne diplômée FH

De simples changements du mode de vie, comme une alimentation saine et équilibrée, une réduction de la consommation d'alcool, un arrêt du tabagisme et de l'exercice physique, permettent d'abaisser la pression artérielle de plus de 20 mmHg (voir Tableau 1). Ce résultat est donc identique à celui d'une mono-

Tableau 1: Interventions sur le mode de vie pour faire baisser la pression artérielle (exposé de B. Christen-Hess et D. Conen)

Intervention	Effet sur la pression artérielle		Degré d'évidence
	systolique	diastolique	
Entraînement d'endurance (> 30 min. > 3 fois/semaine)	5–10 mmHg		A
Perte de poids de 1 kg	1–2 mmHg		A
Réduction du sel de cuisine à 5-6 g (= env. 1 cuillère à café)	5 mmHg	3 mmHg	A
Augmentation de 2 à 7 portions de fruits et légumes	7 mmHg	3 mmHg	A-B
Augmentation de la consommation de fruits et légumes en association avec des produits laitiers pauvres en graisse (régime DASH)	11 mmHg	6 mmHg	A-B
Réduction de la consommation d'alcool	1 mmHg		A
Sevrage tabagique	—		B
Diminution du stress	—		C
Renoncement aux AINS, stéroïdes, contraceptifs hormonaux, à la réglisse, etc.	—		—

thérapie médicamenteuse. La réduction de poids est la première priorité. Vient ensuite la diminution de la consommation de sel. Les patients ne réagissent cependant pas tous à cette mesure. Il faut néanmoins les encourager à manger moins salé, au moins pendant une à deux semaines. Un effet similaire est obtenu en augmentant la consommation de fruits et de légumes à sept portions par jour, en particulier en association avec des produits laitiers pauvres en graisse (effet positif grâce aux peptides bioactifs des produits à base de lait acidulé) et un apport optimal d'acides gras oméga-3.

En suivant ces recommandations, les hypertendus peuvent continuer à manger de bon cœur et avec plaisir.

Triage chaleureux et sans pression: que faire en cas d'urgence? Quelles questions poser? Que mesurer? Comment réagir?

PD Dr méd. Rubino Mordasini

De nos jours, 40% des patients atteints d'un infarctus du myocarde aigu décèdent encore avant leur hospitalisation de troubles du rythme, de fibrillations ventriculaires ou d'un arrêt cardiaque subit. Les pharmaciens peuvent jouer un rôle majeur lors du triage des urgences (voir Tableau 2).

Cas d'urgence no 1: Syndrome coronarien aigu (infarctus du myocarde)

Les principaux symptômes du syndrome coronarien aigu sont une dyspnée avec peur de la mort et une douleur térébrante (indépendante de la respiration et de tout mouvement). Elle n'est pas toujours présente, en particulier chez la femme. Les premières minutes et heures sont décisives puisque la nécrose tissulaire débute après 20 à 30 minutes d'ischémie myocardique et que le risque d'arrêt cardiaque est le plus élevé durant la première heure suite aux fibrillations ventriculaires. Lors d'un syndrome coronarien aigu, il faut donc alerter aussitôt le service d'urgence et signaler la présomption d'infarctus du myocarde. Les perspectives de restaurer le bon état des vaisseaux sont alors favorables.

Cas d'urgence no 2: Accident vasculaire cérébral (attaque cérébrale) et accident ischémique transitoire (AIT)

Le patient a souvent du mal à identifier les symptômes d'un accident vasculaire cérébral ou d'un AIT. Seules 7% des victimes arrivent à l'hôpital dans le délai vital de trois heures. Il faut donc, là aussi, alerter le service d'urgence, allonger le patient en surélevant légèrement le haut du corps et en desserrant les vêtements trop serrés, la cravate ou le soutien-gorge.

Symptômes d'un accident vasculaire cérébral:

- → Faiblesse soudaine, troubles moteurs ou sensoriels (le plus souvent d'un seul côté du corps)
- → Cécité soudaine (souvent d'un seul œil), diplopie
- → Perte soudaine de la capacité d'élocution ou difficultés à comprendre le langage parlé
- → Vertige rotatoire soudain associé à l'incapacité de marcher
- → Maux de tête violents et intenses, sans prodromes

Cas d'urgence no 3: Syncope

La perte de connaissance brutale, réversible, associée à un collapsus orthostatique est généralement induite par l'arrêt ou la réduction momentanée de la circulation cérébrale. Environ un tiers de la population fait une syncope au cours de sa vie, sans cause probante chez environ un tiers des personnes touchées. Le patient doit être hospitalisé en cas de suspicion d'origine cardiaque, de blessures graves (p.ex. lors d'une chute) ou de symptômes récurrents.

Cas d'urgence no 4: Arrêt cardio-circulatoire (mort subite)

Un arrêt respiratoire, une perte de pouls et de connaissance peuvent avoir des causes respiratoires mais le plus souvent cardiaques. Moins de 10% des personnes faisant un arrêt cardio-circulatoire survi-



Brigitte Christen-Hess



Rubino Mordasini

Tableau 2: Soins d'urgence en pharmacie

Douleur thoracique (infarctus du myocarde)	Douleur persistant > 15 min. (ne répondant pas à la nitroglycérine)	Hospitalisation d'urgence; Aspirine®, évent. spray de nitroglycérine
	Épisodes récurrents de douleur thoracique	Référer aussitôt à un médecin
Accident vasculaire cérébral	Symptômes comme ceux décrits ci-dessus	Hospitalisation d'urgence
Syncope	Cause bénigne écartée, pouls irrégulier	Hospitalisation d'urgence
Arrêt cardio-circulatoire	Perte de connaissance, absence de pouls et de respiration spontanée	Appeler immédiatement le 144. Réanimation cardio-pulmonaire (RCP) et défibrillation jusqu'à l'arrivée des secours
Insuffisance cardiaque	Dyspnée au repos	Hospitalisation
	Aggravation récente	Référer à un médecin

vent sans séquelles neurologiques. Ce pronostic n'est amélioré que par des mesures de réanimation immédiates. Ceci permet d'obtenir un taux de survie de 70 à 80% lorsque la chaîne de premiers secours et la défibrillation précoce sont optimales.

→ Est-ce que le personnel de la pharmacie maîtrise les techniques de premiers secours et le maniement de défibrillateurs externes automatiques (DEA)?
→ Est-ce que la pharmacie est équipée d'un défibrillateur?

Cas d'urgence nº 5: Insuffisance cardiaque aiguë

L'insuffisance cardiaque est la maladie cardiovasculaire qui progresse le plus rapidement dans le monde. Pourtant, seules 3% des personnes interrogées en connaissent les symptômes en Europe. Une insuffisance cardiaque aiguë peut être consécutive à une insuffisance cardiaque chronique décompensée ou à un syndrome coronarien aigu. Quelle qu'en soit la cause, elle doit toujours être considérée comme une urgence.

Signaux d'alarme d'une insuffisance cardiaque:

→ Prise ou perte rapide de 2 kg en l'espace de un à trois jours
→ Dyspnée, toux, halètement
→ Fatigabilité
→ Vertiges, pertes de connaissance
→ Baisse du volume urinaire
→ Rétention d'eau dans les jambes ou dans l'abdomen
→ Douleurs soudaines dans la poitrine
→ Pouls accéléré ou irrégulier

En tant que pharmaciens, le bien-être de nos clients nous tient à cœur. Engageons-nous de tout cœur… pour qu'ils se préoccupent de leur cœur, suivent leur traitement et écoutent nos conseils! Et pour finir, un grand merci à Corinne Grossenbacher, Kathrin Zybach et au groupe de travail pharmActuel qui ont mis tant de cœur à l'ouvrage pour que le symposium soit un succès, pour que tout se passe bien et pour nous donner aussi des occasions de rire de bon cœur. ∎

Littérature complémentaire et liens:

→ Cahiers pharmActuel: risques cardiovasculaires 1 et 2 (nos 2 et 6, 2007), Hypertension (nº 4, 2004), Insuffisance cardiaque (nº 5, 2004)
→ Fondation Suisse de Cardiologie: www.swissheart.ch
→ www.swisshypertension.ch (commentaires d'experts sur le traitement par antihypertenseurs)

Adresse de correspondance
Dr sc. nat. Barbara Lardi-Studler
Apothekerstr. 16
8610 Uster
E-mail: barbara.lardi@gmail.com

Vertragsfreiheit: zurück zum Start

Christa Rüedi

Kurz vor Weihnachten 2008 war es definitiv: Die Gesundheitskommission (SGK) des Ständerats konnte sich auf keines der vorgeschlagenen Modelle als Nachfolgeregelung des Zulassungsstopps für ambulante Leistungserbringer einigen, worauf der Ständerat die Vertragsfreiheit zu Grabe trug. Damit muss die Nachfolgeregelung des bis Ende 2009 befristeten Zulassungsstopps für Ärzte von Grund auf neu diskutiert werden, bzw. es wird innert kürzester Frist eine einfache Lösung ausgearbeitet werden müssen.

Mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), das am 1. Januar 1996 in Kraft trat, sollte einerseits der Krankheitsschutz der Versicherten verbessert und andererseits sollten Kostendämpfungsinstrumente eingeführt werden. Nachdem nur das erste Ziel, nicht aber die Kostendämpfung als erreicht gelten konnte und die 2. KVG-Revision abgelehnt worden war, hat der Bundesrat beschlossen, dass die 3. KVG-Revision in zwei Schritten und in zwei unterschiedlichen Gesetzgebungspaketen erfolgen soll: in einem ersten Schritt soll u.a. die Vertragsfreiheit geregelt werden, in einem zweiten Schritt sollen der Managed-Care-Bereich und die Spitalfinanzierung thematisiert werden.

Die Vertragsfreiheit

Im Rahmen der 1. KVG-Revision und im Hinblick auf das Inkrafttreten der bilateralen Verträge, vor allem des Abkommens zur Personen-Freizügigkeit mit den Mitgliedstaaten der europäischen Gemeinschaft, trat am 4. Juli 2002 die vom Bundesrat verordnete Beschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Kraft. Diese Verordnung war von Anfang an zeitlich beschränkt und sollte vor allem dazu dienen, dass ein realistisches Modell für die Aufhebung des im ambulanten Bereich geltenden Kontrahierungszwangs ausgearbeitet werden konnte. 2004 beschlossen beide Räte, diesen Zulassungsstopp um drei Jahre zu verlängern, weil die Aufhebung des Vertragszwangs noch nicht spruchreif sei. Nun ist mit dem Entscheid des Ständerats die ganze Vorlage gescheitert, vor allem auch das Modell der dualen Grundversicherung, wonach die Versicherten die Wahl gehabt hätten zwischen einer teureren Versicherung mit freier Arztwahl und einer günstigeren Variante, bei der die Versicherer die zur Verfügung stehenden Ärzte bestimmt hätten. Etliche Ständeräte sind alles andere als glücklich über die verfahrene Situation, und Bundesrat Pascal Couchepin malt immer wieder das Gespenst der Ärzteschwemme aus der EU und damit einer Kostenexplosion an die Wand. Eine praktikable Lösung muss nun dringend gefunden werden.

Managed Care

Eng mit dieser Vertragsfreiheit zusammen hängt die Regelung des Managed-Care-Bereichs, der in Kürze im Nationalrat behandelt werden soll. Aus der Erkenntnis, dass eine Behandlung, die von der Diagnose bis zur Therapie von einer einzigen Stelle gesteuert wird, aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen zu bevorzugen ist, wurden 1996 mit dem neuen KVG auch verschiedene besondere Versicherungsformen geschaffen, wie z.B. Hausarztmodelle. Der Spareffekt ist aber relativ gering, weil sich vorwiegend Gesunde für diese Modelle entscheiden. Der Bundesrat will deshalb die Rahmenbedingungen für derartige Managed-Care-Modelle verbessern und entsprechende Netzwerke unabhängig von der Frage der Vertragsfreiheit klar als besondere Versicherungsformen definieren und dabei den freien Wettbewerb spielen lassen.

Auch hier ist nicht auszuschliessen, dass sich weder für «Markt-» noch für «Staatsmedizin» eine Mehrheit wird finden lassen und deshalb ein Vakuum entstehen wird. ▮

Korrespondenzadresse
Christa Rüedi, Chefredaktorin pharmaJournal
E-Mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Liberté de contracter: retour à la case départ

Christa Rüedi

La nouvelle est tombée peu avant Noël 2008: aucun des modèles proposés pour la réglementation subséquente du gel des admissions limité à fin 2009 n'est parvenu à convaincre la Commission de la santé publique du Conseil des États (CSSS-E). Sur ce, le Conseil des États a décidé d'enterrer la question de la liberté de contracter. Les débats devront donc être repris dès le début et une solution simple devra être trouvée dans un délai très bref.

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) est entrée en vigueur le 1er janvier 1996. Elle devait permettre, d'une part, d'améliorer la protection des assurés contre le risque de maladie et, d'autre part, d'introduire des instruments de maîtrise des coûts. Le premier objectif a été atteint. Il en va autrement du deuxième. Après le refus de la deuxième révision LAMal, le Conseil fédéral a donc décidé de procéder à la troisième révision en deux étapes et de présenter deux différents paquets législatifs. Il était prévu, dans un premier temps, de régler la question de la liberté de contracter et, dans un deuxième temps, la question du Managed Care et du financement des hôpitaux.

Liberté de contracter

Dans le cadre de la première révision LAMal et en prévision de l'entrée en vigueur des contrats bilatéraux, et plus particulièrement celui de la libre circulation des personnes avec les États membres de l'UE, l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire est entrée en vigueur le 4 juillet 2002. Depuis le début, cette ordonnance était limitée dans le temps dans le but d'élaborer un modèle réaliste de suppression de l'obligation de contracter dans le domaine ambulatoire. En 2004, les deux Chambres ont décidé de prolonger ce gel des admissions de trois ans dans la mesure où la levée de l'obligation de contracter n'était pas encore au point. La décision du Conseil des États a maintenant fait échouer l'ensemble du projet. Ceci est notamment le cas du modèle de l'assurance de base duale qui aurait permis aux assurés de choisir entre une assurance onéreuse avec libre choix du médecin et une assurance avantageuse où les assurances auraient pu désigner les médecins. De nombreux conseillers aux États sont loin d'être ravis de cette situation inextricable. Pour sa part, le conseiller fédéral Pascal Couchepin brandit toujours la menace de l'afflux de médecins de l'UE et de l'explosion des coûts. Une solution praticable doit néanmoins être trouvée de toute urgence.

Managed Care

La réglementation du Managed Care, qui sera prochainement traitée au Conseil national, est étroitement liée à cette liberté de contracter. La gestion par un seul service de l'ensemble des thérapies, du diagnostic jusqu'au traitement, devrait être privilégiée pour des raisons à la fois qualitatives et économiques. A partir de ce constat, diverses formes particulières d'assurance ont été créées en 1996, en même temps que la nouvelle LAMal. Cependant, les économies susceptibles d'être réalisées par des modèles comme celui du médecin de famille sont relativement faibles dans la mesure où ils intéressent principalement les personnes en bonne santé. Le Conseil fédéral veut donc améliorer les conditions-cadres de tels modèles de Managed Care et définir les réseaux comme des formes particulières d'assurance. La question de la liberté de contracter serait alors mise de côté pour appliquer la libre concurrence.

Il n'est cependant pas exclu qu'un vide s'installe faute de majorité pour la médecine de «libre marché» ou encore la médecine «d'État». ▮

Adresse de correspondance
Christa Rüedi, rédactrice en chef du pharmaJournal
E-mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

03 | 2.2009

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 5.2.2009, 147. Jahrgang

Nr. | No
03



Hypertonie

Arzneimittel-Dosierung (Teil 1) S. 5

Hypertension

Dosage médicamenteux (1re partie) p. 8

→ Wissenschaft · Science

Antihypertensive Medikation

Traitement de l'hypertension

Homöopathie in der Schwangerschaft

Homéopathie pendant la grossesse

→ Politik · Politique

Organtransplantationen geregelt

Transplantation d'organes réglementée

Québec: continuité des soins

→ Markt · Economie

Parallelimporte

Importations parallèles

Arterielle Hypertonie (Teil 1)*

Martin Middeke

Einschleichen, Aufsättigen, Absetzen und Ausschleichen haben im Rahmen der antihypertensiven Medikation einen sehr unterschiedlichen Stellenwert. Unter klinisch-praktischen Gesichtspunkten hat bei der Anwendung der modernen Antihypertensiva (ACE-Hemmer, AT1-Blocker, Betablocker, Diuretika und Kalziumantagonisten) der Aspekt der einschleichenden Therapie bzw. Titration neben der Verwendung langwirksamer Substanzen, den höchsten Stellenwert. Eine Aufsättigung bis zur maximalen Dosis wird heute als nicht mehr zeitgemäss betrachtet: Die Dosis-Wirkungskurve verflacht in höherer Dosierung, die Nebenwirkungsrate steigt dagegen überproportional an. Bevorzugt wird daher niedriger dosiert zu kombinieren, bevorzugt in fixer Kombination. Das Absetzen kann bei den meisten Patienten mit modernen Substanzen problemlos erfolgen. Ein Ausschleichen ist dabei allenfalls bei Patienten mit KHK unter Betablockade in Abhängigkeit von der klinischen Situation zu berücksichtigen. Ein kontrollierter Auslassversuch unter ärztlicher Führung, ist heute mittels telemetrischer Blutdrucküberwachung sicher zu steuern.

Im vorliegenden Artikel wird auf die Auswahl des Antihypertensivums, die Therapieschemata, die Mono- und die Kombinationstherapie eingegangen. In einer der nächsten Ausgaben des pharmaJournals werden Einschleichen und Titrieren, Aufsättigen, Absetzen und Ausschleichen behandelt.

Die Hypertonie ist einer der wichtigsten und häufigsten vaskulären Risikofaktoren. Andererseits ist die Reduktion des Risikos durch eine medikamentöse antihypertensive Therapie eine der erfolgreichsten therapeutischen Massnahmen in der Medizin überhaupt. Dies gilt für alle Ebenen der Prävention und ist in grossen kontrollierten Interventionsstudien mit harten Endpunkten (Morbidität und Mortalität) in den letzten 50 Jahren sehr eindrucksvoll belegt. Je höher der Blutdruck und das Risiko durch Begleiterkrankungen und Organmanifestationen und je älter die Patienten umso grösser ist die absolute Risikoreduktion und umso weniger Patienten müssen behandelt werden, um ein schwerwiegendes Ereignis zu verhindern.

Die Entwicklung der Antihypertensiva in den letzten 50 Jahren hat von schlecht verträglichen Substanzen wie α-Methyl-Dopa, Dihydralazin und Clonidin zu neuen sehr gut verträglichen Stoffgruppen wie zum Beispiel ACE-Hemmern und Angiotensin1-Rezeptorblockern geführt. Der Fortschritt bei der Arzneimittelverträglichkeit und -sicherheit spiegelt sich in den Therapieempfehlungen wider und hat bei der Auswahl der Substanzen für den einzelnen Patienten einen hohen Stellenwert. Arzneimittel mit möglichst geringen unerwünschten Wirkungen fördern nicht nur die Compliance der Patienten und damit die Reduktion kardiovaskulärer Risiken, sondern schützen auch vor Therapiefehlern, wie z.B. abruptem Unterbrechen oder Absetzen einer Clonidin-Therapie mit nachfolgender akut-bedrohlicher Blutdruckentgleisung («Entzügelungshochdruck»).

> Arzneimittel mit möglichst geringen UAW fördern Compliance

Die Auswahl des Antihypertensivums

Derzeit werden von den europäischen Fachgesellschaften [1,2] fünf Hauptsubstanzklassen der modernen Antihypertensiva für den Beginn wie auch für die Dauertherapie empfohlen: ACE-Hemmer, AT1-Rezeptorenblocker, Betablocker, Diuretika und Kalziumantagonisten. In den Leitlinien und Empfehlungen nationaler und internationaler Fachgesellschaften werden insbesondere Begleiterkrankungen und Folgeschäden für die differenzialtherapeutische Auswahl der Antihypertensiva herausgestellt. Die aktuellen europäischen Leitlinien [1,2] stufen die fünf Hauptsubstanzklassen als gleichwertig ein. Postsynaptische Alpha-Blocker werden aufgrund der Daten aus der ALLHAT-Studie wegen der signifikant häufigeren Entwicklung einer Herzinsuffizienz unter Doxazosin im Vergleich zu Chlortalidon nicht mehr als Mittel der ersten Wahl für die Monotherapie der Hypertonie angesehen [3].

Auch wenn die Mehrzahl der Hypertoniker für eine dauerhafte effektive Blutdrucksenkung in den normotensiven Bereich ohnehin eine Kombinationstherapie benötigt, ist für die initiale Auswahl sowohl für die zu verwendende Monotherapie, als auch für eine Zweierkombination eine sorgfältige individuelle Auswahl notwendig. Initial sollte stets mit einer niedrigen Dosierung (entsprechend der Initialdosierung in der Fachinformation) einer langwirksamen Substanz bzw. Kombination begonnen werden, und die Dosis sollte langsam über Wochen gesteigert werden (Abb. 2).

Da alle modernen Antihypertensiva ihre volle Wirkstärke frühestens nach drei bis vier Wochen erreichen, sollte dieser Zeitraum für eine Dosissteigerung stets als Minimum beachtet werden. Geduld ist in der antihypertensiven Therapie ein sehr wichtiger Aspekt, ebenso wie die Maxime «So wenig wie möglich und soviel wie nötig», um den Zielblutdruck zu erreichen.

Therapieschemata

Lange Zeit wurde zur Einleitung der antihypertensiven Therapie die Monotherapie mit zunächst einer Substanz und sukzessiver Dosissteigerung empfohlen, um dann bei Ineffektivität diese Substanz durch eine andere zu ersetzen (sequenzielle Therapie) oder mit einer bzw. weiteren Substanzen zu kombinieren (Kombinationstherapie). Sequenzielle Mono-

* Zweitabdruck aus Therapeutische Umschau, 2008; 65: 577–584

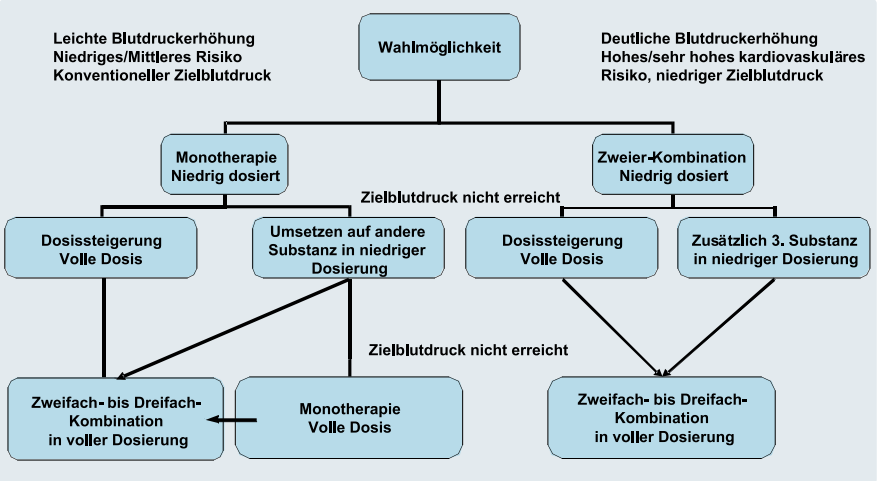
therapie bedeutet, das Antihypertensivum wird so lange gegen andere Substanzen in Monotherapie ausgetauscht, bis gegebenenfalls eine effektive Blutdrucksenkung (auf den in den Leitlinien empfohlenen Zielblutdruckwert) zustande kommt. Diese schematischen Empfehlungen sind inzwischen verlassen worden und die Kombination niedrig dosierter Arzneimittel aus den fünf Hauptgruppen wird inzwischen auch als eine wichtige Option für die initiale Therapie empfohlen (Abb. 1).

Die antihypertensive Therapie verfolgt unter anderem das Ziel, bei möglichst geringen unerwünschten Wirkungen das erhöhte kardiovaskuläre Risiko effektiv zu reduzieren. Da häufig kardiovaskuläre Begleiterkrankungen bzw. Endorganschäden vorliegen und in diesen Fällen die Zielblutdruckwerte zum Teil niedriger definiert werden als früher, ist für die Mehrzahl der Hypertoniker eine Kombinationstherapie erforderlich.

Eine Fixkombination hat den Vorteil einer höheren Patientencompliance und häufig auch geringerer Kosten, die freie Kombination erlaubt dagegen naturgemäss eine individuelle Dosisanpassung beider Komponenten.

Für die Auswahl der Therapiestrategie spielen Blutdruckhöhe, Begleiterkrankungen, Nebenwirkungen (unerwünschte Wirkungen) und Compliance eine wesentliche Rolle. Für eine primäre Kombinationstherapie (eventuell auch in einer «mittleren» Dosierung entsprechend der Fachinformation) sprechen ein weit über den Zielwerten liegender Blutdruck sowie Begleiterkrankungen, die ohnehin eine Kombinationstherapie wünschenswert erscheinen lassen (z.B. Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz).

Abbildung 1
Strategien für den Einsatz der Antihypertensiva: Mono- und Kombinationstherapie [1,2]



Zielblutdruck [1]
→ Generell < 140/90 mmHg
→ Diabetes, Niereninsuffizienz, KHK und Zerebrovaskuläre Erkrankungen < 130/80 mmHg

Monotherapie

Die Monotherapie stösst unabhängig von der eingesetzten Substanzgruppe insbesondere bei mittelschwerer und schwerer Hypertonie sehr schnell an die Effektivitätsgrenze. Selbst bei leichter bis mittelschwerer Hypertonie und selbst in den höchsten (zugelassenen und/oder in Endpunktstudien erprobten) Arzneimitteldosen erreichen sämtliche Substanzgruppen nur eine Blutdruck-Normalisierungsrate zwischen etwa 30 und 55%.

Auch in den grossen Interventionsstudien waren bei 30 bis 90% der Patienten antihypertensive Kombinationen notwendig, um den Zielblutdruck zu erreichen [4–6].

Bei Verordnung von halbmaximalen Tagesdosen wie in der LIFE-Studie [5], erreichen nur 9% bzw. 10% der Hypertoniker mit LVH (linksventrikulärer Hypertrophie) normale Blutdruckwerte unter der Monotherapie mit Atenolol bzw. Losartan.

Jede Monotherapie ist immer auch ein Kompromiss aus möglichst hoher Effektivität und möglichst geringer Nebenwirkungsrate. Bei einer notwendigen Dosissteigerung wegen unzureichender Blutdrucksenkung nehmen in den meisten Fällen auch die dosisabhängigen Nebenwirkungen zu (Abb. 2). Es ist daher auch nicht überraschend, dass 50 bis 60% der Patienten eine Monotherapie schon innerhalb von sechs Monaten wieder beenden [7].

Erst wenn die Mittel der ersten Wahl aufgrund von Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten nicht eingesetzt werden können, sind als Alternativen zur Monotherapie auch zentrale Antisympathikotonika und Alpha-1-Blocker indiziert, für die aber bisher in placebokont-

Abbildung 2
Dosis-Wirkungsbeziehung der erwünschten Wirkung (Blutdrucksenkung) und der Nebenwirkungen in unterschiedlicher Dosierung [10]



1/1 = volle Dosis: 100% Wirkung + 100% Nebenwirkung

rollierten Studien oder durch Vergleiche mit den im Therapieschema genannten fünf Substanzgruppen keine Senkung der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität nachgewiesen wurde. Zentrale Antisympathikotonika weisen bei höherer Dosierung eine erhebliche Nebenwirkungsrate auf und können zu massiven Entzugserscheinungen führen, wenn sie, insbesondere nach dem mehrwöchigen Einsatz höherer Dosen, abrupt abgesetzt werden. Weitere Reserve-Antihypertensiva sind direkte Vasodilatoren wie Dihydralazin oder Minoxidil.

Neuerdings sollte als bevorzugte Reservemedikation der erste direkte Renininhibitor (Aliskiren) eingesetzt werden: Die Blutdrucksenkung ist sehr effektiv und sicher, die Verträglichkeit ist sehr gut, und es gibt bereits Daten zur Organprotektion [8].

Kombinationstherapie

Die Kombinationstherapie hat in der Hypertoniebehandlung eine lange und erfolgreiche Tradition, insbesondere auch mit sinnvollen fixen Kombinationen. Früher wurde die Kombination insbesondere wegen mangelnder und begrenzter Wirksamkeit einer Monotherapie eingesetzt. Heute wird die Kombination auch bei der initialen Behandlung der Hypertonie als Alternative empfohlen [1,2]. Dies gilt sowohl für eine Kombinationstherapie in normalen (mittleren) Dosen (siehe oben), um bei einem hohen Ausgangsblutdruck (20/10 mmHg > Zielblutdruck) eine bessere Chance zur Erreichung des Zielblutdrucks zu haben, als auch für eine niedrig dosierte Kombination als initiale Therapie auch bei der leichten Hypertonie [1,9]. Ein rascherer Wirkungseintritt ist insbesondere mit der niedrig dosierten Kombination nicht unbedingt zu erwarten.

Bei der komplexen Ätiologie und Pathogenese der primären Hypertonie wird eine Kombinationstherapie am ehesten der multifaktoriellen Genese gerecht. Die zahlreichen Wechselwirkungen zwischen Salz- und Wasserhaushalt, dem Renin-Angiotensin-Aldosteron-System, dem sympathikoadrenergen System und der Gefässreagibilität sind mit einer Kombinationstherapie besser zu beeinflussen als mit einer Monotherapie. Dabei wirken verschiedene Antihypertensiva synergistisch auf den Blutdruck und neutralisierend auf die gegenregulatorischen Effekte, die durch eine einzelne Substanz induziert werden können. Der unterschiedliche Wirkmechanismus der verschiedenen Substanzen kann auch für eine Addition der organprotektiven Wirkung genutzt werden.

Von besonderer Bedeutung für die Compliance und langfristige Hypertoniebehandlung ist die Vermeidung unerwünschter Wirkungen. Sowohl die erwünschte Wirkung, nämlich die Blutdrucksenkung und die organprotektive Wirkung, als auch die unerwünschten Wirkungen sind dosisabhängig. Dabei ist die Beziehung nicht linear, sondern verläuft kurvenförmig: Die Nebenwirkungen nehmen mit steigender Dosierung überproportional zu. Umgekehrt verlaufen die Dosiswirkungskurven der erwünschten Wirkungen im unteren Dosisbereich steil, im oberen Bereich flach. Da sich in Kombinationen erwünschte und unerwünschte Wirkungen addieren [9, 10], gilt folgende Gesetzmässigkeit: je niedriger die Dosis der Kombinationspartner, umso überproportional höher sind die erwünschten und umso überproportional niedriger sind die unerwünschten Wirkungen der Kombinationspartner im Vergleich zu hoch dosierter Monotherapie [10]. Die Verwendung von fixen Kombination ist darüber hinaus sehr Compliance fördernd, denn die «Therapietreue» hängt ganz wesentlich von der Anzahl der verordneten bzw. einzunehmenden Medikamente ab. Daher hat die Verwendung von fixen Kombinationen in der Hypertoniebehandlung eine lange und erfolgreiche Tradition. Prinzipiell können alle Antihypertensiva der fünf Hauptsubstanzklassen miteinander kombiniert werden. Es gibt aber sinnvolle und weniger sinnvolle, erprobte und weniger erprobte Kombinationen. ▮

Die antihypertensive Kombinationsbehandlung hat folgende Vorteile:

Verbesserung der Blutdruckeinstellung und höhere Responderrate
→ durch additive Wirkungen,
→ durch Neutralisierung gegenregulatorischer Wirkungen;
synergistische organprotektive Wirkungen;

Reduktion unerwünschter Wirkungen
→ durch Neutralisierung unerwünschter Wirkungen,
→ durch geringeren Dosisbedarf;
Verbesserung der Compliance (bei fixen Kombination);

Reduktion der Kosten
→ niedrigere Arzneimittelkosten,
→ geringere Patientenzuzahlungen,
→ weniger Diagnostik und Kontrolle

Folgende fixe Kombinationen sind empfehlenswert:

→ Betablocker und Diuretikum,
→ ACE-Hemmer und Diuretikum,
→ AT1-Rezeptorblocker und Diuretikum,
→ Betablocker und Kalziumantagonist,
→ ACE-Hemmer und Kalziumantagonist,
→ Diuretikum und Kalziumantagonist.

Korrespondenzadresse
Prof. Dr. med. Martin Middeke
Hypertoniezentrum München
Dienerstrasse 12
DE-80331 München
info@blutdruckinstitut.de
www.hypertoniezentrum.de

Literatur

siehe www.pharmasuisse.org → Mitgliederbereich pharma-Journal.

Hypertension artérielle (1re partie)*

Martin Middeke

Instaurer un antihypertenseur à une dose initiale faible, augmenter peu à peu la dose jusqu'au taux plasmatique de saturation, diminuer progressivement le médicament puis l'arrêter sont des étapes dont l'importance varie grandement selon le type de principe actif. Vue sous l'angle de la pratique clinique, l'augmentation progressive d'une dose initialement faible est, avec le recours aux substances à longue durée d'action, l'aspect le plus important de l'utilisation des antihypertenseurs modernes (IEC, antagonistes AT1, bêta-bloquants, diurétiques et antagonistes du calcium). Une augmentation de la dose jusqu'à saturation plasmatique n'est plus considérée comme adéquate: à des doses élevées, la courbe dose-effet atteint un plateau, tandis que le taux d'effets indésirables augmente de manière disproportionnée. On préfère par conséquent une médication combinée à faibles doses en privilégiant les associations fixes. Avec les substances modernes, l'arrêt de la prise ne pose aucun problème chez la plupart des patients. En fonction de la situation clinique, on envisagera éventuellement une diminution progressive de la médication chez les patients coronariens sous bêta-bloquant. Un essai d'arrêt contrôlé sous supervision médicale peut être conduit aujourd'hui en toute sécurité grâce à la surveillance de la tension artérielle par télémétrie.

Le présent article traite du choix de l'antihypertenseur, des schémas de traitement, de la monothérapie et des associations médicamenteuses. L'instauration à faible dose, la titration et l'arrêt, y compris progressif, d'un médicament feront l'objet d'une prochaine édition du pharmaJournal.

L'hypertension est l'un des facteurs de risque vasculaires les plus importants et les plus fréquents. D'un autre côté, la réduction de ce risque par un traitement médicamenteux antihypertenseur est l'une des mesures thérapeutiques les plus efficaces que connaisse la médecine. Ce constat, qui vaut pour tous les niveaux de la prévention, a été démontré de manière très impressionnante par des grandes études d'intervention contrôlées, menées au cours des 50 dernières années avec des critères durs (morbidité et mortalité). Plus les patients sont âgés et plus la tension artérielle, ainsi que le risque de maladies associées et de manifestations organiques sont élevés, plus la réduction absolue du risque est grande et moins le nombre de patients à traiter est important pour prévenir un événement grave.

Durant les 50 dernières années, on est passé de substances mal tolérées comme l'α-méthyldopa, la dihydralazine et la clonidine à de nouveaux groupes de substances très bien tolérées comme les IEC et les antagonistes des récepteurs A1 de l'angiotensine II. Les progrès accomplis dans la tolérance et la sécurité médicamenteuse se reflètent dans les recommandations thérapeutiques et ont une signification énorme pour le choix des substances à prescrire au patient. Les médicaments qui n'ont qu'un minimum d'effets indésirables encouragent la compliance des patients et réduisent du même coup les risques cardiovasculaires. Cependant, ils protègent aussi le patient des erreurs thérapeutiques (p.ex. d'une interruption ou d'un arrêt brusques d'un traitement par la clonidine) qui peuvent être suivies d'une exacerbation aiguë dangereuse de la tension artérielle (hypertension neurogène).

Meilleur compliance avec des médicaments présentant un minimum d'EI

Choix de l'antihypertenseur

Les sociétés médicales européennes [1,2] recommandent actuellement cinq classes principales d'antihypertenseurs modernes pour l'instauration d'un traitement et sa poursuite à long terme: les IEC, les antagonistes des récepteurs AT1, les bêta-bloquants, des diurétiques et les antagonistes du calcium. Les lignes directrices et les recommandations des sociétés spécialisées nationales et internationales avancent en particulier les maladies associées et les séquelles pour défendre le choix thérapeutique différentiel des antihypertenseurs. Les recommandations européennes [1,2] concluent à l'équivalence des cinq principales classes de substances. D'après les données de l'étude ALLHAT, les alpha-bloquants postsynaptiques ne sont plus considérés en première intention pour la monothérapie de l'hypertension en raison du risque significativement plus élevé de développer une insuffisance cardiaque sous doxazosine par rapport à la chlortalidone [3].

Peu importe que la plupart des patients hypertendus aient besoin d'une association pour réduire efficacement et durablement leur tension artérielle à des valeurs normales. Le choix initial du traitement, qu'il s'agisse d'une monothérapie ou de l'association de deux médicaments, doit reposer sur une sélection soigneuse au cas par cas. On commencera toujours par une dose faible (correspondant à la posologie initiale dans l'information professionnelle) d'une substance ou association à longue durée d'action. La dose sera ensuite augmentée lentement et progressivement sur plusieurs semaines (fig. 2).

Comme tous les antihypertenseurs modernes mettent au moins trois à quatre semaines à atteindre leur pleine puissance, il faut considérer cet intervalle de temps comme un minimum avant toute augmentation de la dose. La patience pour atteindre la tension artérielle (TA) cible est un élément très important du traitement antihypertenseur. La devise à appliquer est la suivante: «aussi peu que possible, autant que nécessaire».

Schémas thérapeutiques

Pour l'instauration du traitement antihypertenseur, on a longtemps conseillé la monothérapie, c.-à-d. le traitement par

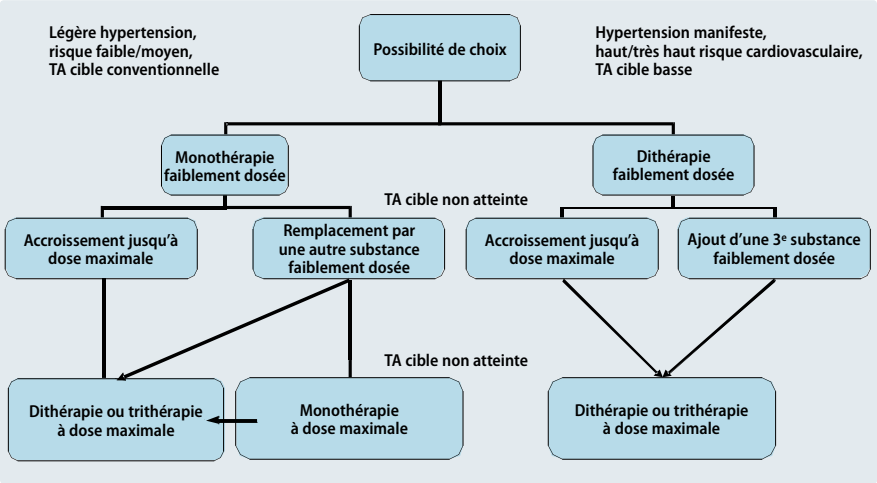
* Tiré à part de la Revue Thérapeutique, 2008; 65: 577–584

une seule substance dont on augmentait peu à peu la dose afin de pouvoir la remplacer par une autre substance (traitement séquentiel) ou l'associer à une ou plusieurs substances supplémentaires (traitement combiné) si elle s'avérait inefficace. On parle de monothérapie séquentielle quand l'antihypertenseur est remplacé par une nouvelle substance en monothérapie jusqu'à ce qu'apparaisse un effet antihypertenseur efficace (mesuré par l'atteinte d'une valeur cible conforme aux recommandations). Ces recommandations de schémas ont été abandonnées. Depuis, l'association de médicaments faiblement dosés, choisis parmi les cinq groupes principaux, est devenue une option importante, également recommandée pour le traitement initial (fig. 1).

Le traitement antihypertenseur poursuit entre autres l'objectif de réduire efficacement le risque cardiovasculaire accru tout en limitant les effets indésirables au strict minimum. Vu que les maladies cardiovasculaires ou lésions d'organes cibles sont fréquentes et que les valeurs cibles de tension artérielle sont alors parfois fixées à un niveau encore plus bas qu'auparavant, la plupart des patients hypertendus ont besoin d'un traitement combiné.

Une association fixe améliore la compliance des patients et présente souvent aussi un coût inférieur; en revanche, l'association libre permet d'ajuster les doses des deux composants à ses besoins personnels.

Figure 1 Stratégies d'utilisation des antihypertenseurs: monothérapie ou traitement combiné [1,2]



Les valeurs de tension artérielle, les maladies associées, les effets indésirables et la compliance jouent un rôle essentiel dans le choix de la stratégie de traitement. Un traitement combiné en première intention (y compris éventuellement à des doses «moyennes» selon l'information professionnelle) est destiné à des patients présentant une TA largement supérieure aux valeurs cibles et des maladies associées qui rendent préférable le choix d'un traitement combiné (p.ex. maladie coronarienne, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale).

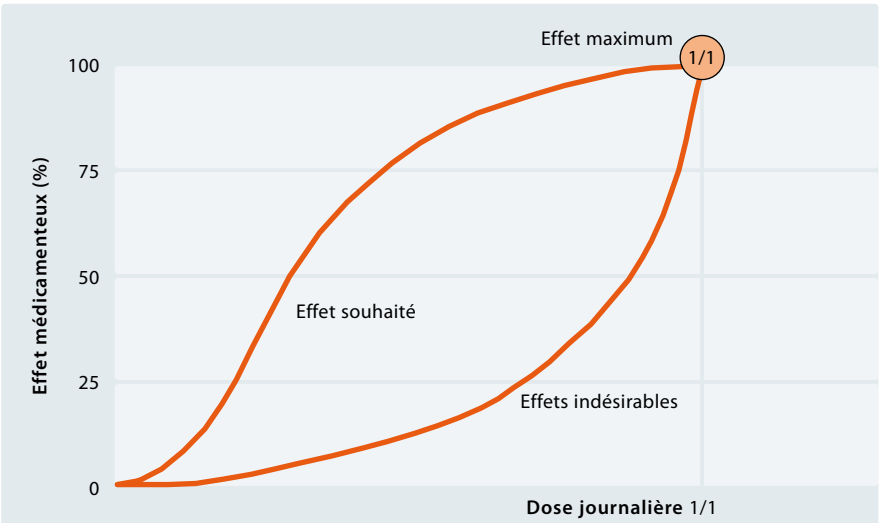
Valeur cible de la TA [1]

→ en général < 140/90 mm Hg

→ diabète, insuffisance rénale, MC et affections cérébrovasculaires < 130/80 mm Hg

Figure 2

Relation dose-effet pour l'effet souhaité (baisse de la TA) et les effets indésirables en fonction de la dose [10]



1/1 = dose maximale: 100% de l'effet + 100% des effets indésirables

Monothérapie

Une monothérapie, quel que soit le groupe de substances utilisé, se heurte très rapidement à la limite de son efficacité, surtout dans l'hypertension modérée à sévère. Même dans l'hypertension légère à modérée, même aux doses maximales (autorisées et/ou testées dans les études cliniques contrôlées), tous les groupes de substances ne normalisent la tension artérielle que chez 30 à 55% des patients.

Dans les grandes études d'intervention aussi, 30 à 90% des patients ont dû prendre un traitement antihypertenseur combiné pour atteindre les valeurs cibles de TA [4-6].

Quand les doses journalières prescrites correspondaient à la moitié de la dose maximale, comme dans l'étude LIFE [5], seuls 9% des patients hypertendus avec HVG (hypertrophie ventriculaire gauche) ont montré des valeurs lipidiques normales sous monothérapie par aténolol (vs 10% sous losartan).

Chaque monothérapie représente d'ailleurs toujours un compromis entre efficacité maximale et incidence minimale d'effets indésirables. Lorsque la dose doit être augmentée en raison d'un effet antihypertenseur insuffisant, les effets indésirables dose-dépendants augmentent aussi dans la plupart des cas (fig. 2). Il n'est donc pas surprenant que 50 à 60% des patients abandonnent une monothérapie dans les six premiers mois [7].

Il faut uniquement envisager d'autres options comme des anti-sympathicotoniques centraux et des bloquants des récepteurs alpha-1 lorsque les médicaments de première intention ne peuvent être utilisés en raison de contre-indications ou

d'intolérances. Toutefois, les études contrôlées par placebo menées jusqu'à présent avec ce type de substances ou leur comparaison avec les cinq autres groupes de substances susmentionnés n'ont pas mis en évidence un quelconque abaissement de la morbi-mortalité cardiovasculaire. Les antisympathicotoniques centraux à haute dose montrent un taux important d'effets indésirables et peuvent générer de gros symptômes de sevrage, surtout s'ils sont arrêtés brusquement après avoir été pris à des doses élevées pendant plusieurs semaines. D'autres antihypertenseurs de réserve sont des vasodilatateurs directs comme la dihydralazine ou le minoxidil.

L'aliskiren, premier inhibiteur direct de la rénine, devrait devenir un médicament de réserve privilégié: son effet antihypertenseur est très efficace et sûr, le médicament est très bien toléré et l'on dispose déjà de données sur l'organoprotection [8].

Traitement combiné

Le traitement de l'hypertension par des associations médicamenteuses a une longue tradition de succès, notamment avec des associations fixes judicieusement choisies. Autrefois, on recourait surtout aux associations dans les cas où l'efficacité d'une monothérapie était insuffisante ou limitée. Aujourd'hui, l'association est également recommandée dans le traitement initial de l'hypertension [1,2]. Ceci vaut pour le traitement combiné à des doses normales (c.-à-d. moyennes; voir ci-dessus) chez les patients dont la TA initiale est élevée (20/10 mm Hg > TA cible) pour leur donner une meilleure chance d'atteindre les valeurs cibles, mais aussi pour le traitement combiné faiblement dosé en traitement initial de l'hypertension légère [1,9]. Il ne faut pas nécessairement s'attendre à un début d'action plus rapide, notamment pour l'association faiblement dosée.

Vu la complexité de l'étiologie et de la pathogénèse de l'hypertension primaire, un traitement combiné est le mieux adapté au caractère multifactoriel de la maladie. Les nombreuses interactions entre le métabolisme hydro-électrolytique, le système rénine-angiotensine-aldostérone, le système sympathico-adrénergique et la réactivité vasculaire se laissent mieux moduler par un traitement combiné que par une monothérapie. Les différents antihypertenseurs agissent en synergie sur la tension artérielle et neutralisent les effets dérégulatoires susceptibles d'être induits par une substance seule. Les mécanismes d'action distincts des différentes substances peuvent aussi être exploités pour augmenter l'effet organoprotecteur.

La prévention des effets indésirables est particulièrement importante pour la compliance et le traitement antihypertenseur à long terme. Les effets souhaités (l'abaissement de la TA et l'effet organoprotecteur) et les effets indésirables sont, les uns et les autres, dose-dépendants. Or, cette relation n'est pas linéaire, mais dessine une courbe: ainsi, les effets indésirables augmentent de manière disproportionnée en fonction de la dose. A l'inverse, pour les effets souhaités, les courbes dose-effet montrent une forte pente aux doses faibles et s'aplatissent aux doses élevées. De l'addition des effets souhaités et indésirables dans les associations [9, 10], on déduit le principe suivant: plus la dose des membres d'une association est faible, plus leurs effets souhaités sont proportionnellement élevés et plus leurs effets indésirables sont proportionnellement bas par rapport à une monothérapie fortement dosée [10]. Par ailleurs, l'emploi d'une association fixe favorise la compliance qui dépend pour l'essentiel du nombre de médicaments prescrits ou à prendre. Les associations fixes dans le traitement de l'hypertension ont donc une longue tradition de succès. Tous les antihypertenseurs des cinq principales classes de principes actifs peuvent en principe être associés entre eux. Il y a cependant des associations plus ou moins judicieuses, ou plus ou moins documentées. ∎

Les associations fixes suivantes sont recommandées:

→ bêta-bloquant et diurétique,
→ IEC et diurétique,
→ antagoniste des récepteurs AT1 et diurétique,
→ bêta-bloquant et antagoniste du calcium,
→ IEC et antagoniste du calcium,
→ diurétique et antagoniste du calcium.

Le traitement antihypertenseur combiné présente les avantages suivants:

Meilleur contrôle de la tension artérielle et augmentation du taux de répondeurs
→ grâce aux effets additifs;
→ grâce à la neutralisation d'effets dérégulatoires

Effets organoprotecteurs synergiques
Diminution des effets indésirables par
→ neutralisation des EI;
→ diminution de la dose nécessaire
Amélioration de la compliance (pour les associations fixes)

Réduction des coûts par
→ diminution des frais de médicaments,
→ diminution des taxes patients,
→ diminution des actes de diagnostic et de contrôle.

Adresse de correspondance
Prof. Dr. med. Martin Middeke
Hypertoniezentrum München
Dienerstrasse 12
DE-80331 München
E-mail: info@blutdruckinstitut.de
www.hypertoniezentrum.de

Littérature
Disponible dans le domaine protégé du site www.pharmasuisse.org, sous pharmaJournal.

L'exemple de nos confrères québecois

La continuité des soins entre pharmacie hospitalière et officine

Bertrand Guignard, Jean-François Bussières

Comme exposé dans un récent numéro du pharmaJournal, les pharmaciens québécois pratiquent les soins pharmaceutiques («Pharmaceutical Care»), à l'hôpital comme en officine, grâce à leur formation universitaire axée patient et un cadre légal leur donnant une compétence et une autorité reconnues. Depuis qu'ils jouent un rôle actif dans la santé des patients, ces professionnels font face à un enjeu de taille: la continuité des soins entre les secteurs hospitalier et communautaire.

La continuité des soins pour tous les professionnels, y compris le pharmacien

Le concept du «Seamless Care» traduit par «continuité des soins» est défini comme étant «la continuité souhaitable des soins fournis à un patient au sein du système de santé par tous les soignants et leurs milieux respectifs» [1]. Ainsi, la continuité des soins devrait s'adresser à tous les professionnels de la santé quel que soit le lieu de pratique (médecin, infirmière, pharmacien, etc.). Ce transfert d'un professionnel à un autre peut s'appliquer à un patient qui entre à l'hôpital, un patient hospitalisé qui change de service ou un patient qui quitte un hôpital pour se rendre dans un EMS, un cabinet médical ou une officine de ville.

Compte tenu de l'utilisation croissante du médicament et de ses risques, le pharmacien a un rôle prépondérant à jouer dans la continuité. Ainsi, au sens de la pratique pharmaceutique canadienne, un pharmacien d'hôpital devient responsable des soins pharmaceutiques d'un patient qui se fait hospitaliser et cesse sa prise en charge à la sortie de ce patient quand un pharmacien d'officine prend la relève [2]. Comme le médecin hospitalier fait une anamnèse à l'admission et écrit une lettre de sortie pour son confrère de ville à la sortie de l'hôpital, le pharmacien clinicien hospitalier devrait établir une anamnèse médicamenteuse à l'entrée et rédiger à la sortie un plan de transfert pour son confrère d'officine (et également pour les autres soignants impliqués comme le médecin généraliste par exemple). Ce plan de transfert devrait comporter les informations suivantes:

→ problèmes médicaux durant l'hospitalisation,
→ changements dans la médication entre l'admission et la sortie,
→ raison de ces changements,
→ recommandations pour améliorer la gestion de la médication (p.ex. semainier).

S'il est complet, ce plan de transfert peut permettre d'éviter un certain nombre de problèmes qui pourraient se présenter après le retour à domicile, comme la poursuite de la prise de médicaments qui devaient être cessés après l'hospitalisation et qui sont restés inscrits comme renouvelables dans le dossier à l'officine.

Malgré ces arguments, la réalité canadienne montre qu'il reste encore du chemin à parcourir. Selon le «rapport canadien sur les pharmacies hospitalières 2005–2006», seules 37% des pharmacies d'hôpital ont indiqué avoir une politique sur la continuité des soins. La priorité est mise sur l'évaluation de la pharmacothérapie et les suivis de pharmacocinétique, alors qu'une importance moins grande est accordée aux anamnèses médicamenteuses et aux mécanismes structurés de continuité des soins.

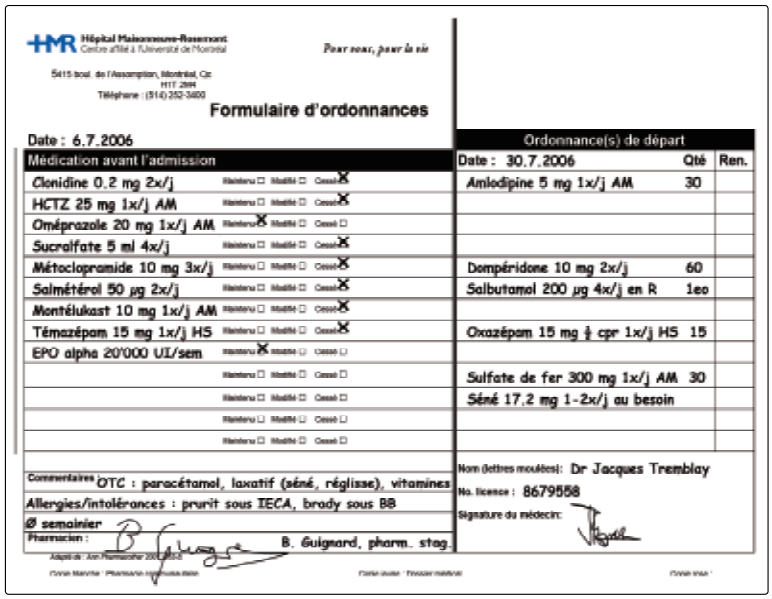
En outre, selon les pharmaciens d'officine québécois, les plans de transfert rédigés par les pharmaciens hospitaliers ne sont pas toujours utiles. Même si ces pharmaciens d'officine reconnaissent la qualité du document, les systèmes informatiques ne sont pas suffisamment développés actuellement pour accueillir ce type de données, et l'information communiquée n'est pas disponible au moment où ils en ont besoin. De plus, les plans de transfert sont complexes et ils ne se sentent pas en mesure, par manque de moyens, de mettre en œuvre un suivi, dans un contexte où le patient, même fidèle à une seule pharmacie, n'est vu que quelques minutes lors d'une dispensation.

Les stratégies pour améliorer la continuité de soins au Canada

Au Canada, les pharmaciens d'hôpital procèdent à des anamnèses médicamenteuses et donnent des conseils aux patients depuis au moins deux décennies. Au Québec en particulier, ils ont intégré le plan de soins pharmaceutiques comme outil de suivi des patients, d'enseignement et de communication avec les autres professionnels [3]. Ce plan de soins a parfois été utilisé également comme outil de transmission aux intervenants du milieu communautaire ainsi que comme document d'information au patient, ce dernier étant le seul acteur en contact avec tous les professionnels impliqués dans sa santé.

Plus récemment, on a introduit le concept de «bilan comparatif des médicaments» qui permet de confronter sur un même document les médicaments d'un patient entre son arrivée à l'hôpital et son départ [4]. Le pharmacien hospitalier qui effectue l'anamnèse médicamenteuse à l'admission inscrit la liste des médicaments chroniques du patient dans la première colonne d'un tableau, après avoir pris contact avec le pharmacien d'officine et en tenant compte de l'information transmise par le patient. Après l'hospitalisation, au moment du départ, le médecin peut prescrire dans une deuxième colonne, et ce pour chaque médicament, soit la poursuite du traitement à la même posologie, soit une modification de posologie, soit l'arrêt du médicament (exemple de bilan comparatif sur la figure 1). Cet outil permet non seulement d'informer les soignants à l'hôpital puisqu'une copie reste dans le dossier, mais aussi de transmettre l'information aux soignants suivants (pharmacien d'officine ou médecin généraliste) puisqu'il fait office d'ordonnance de sortie.

Figure 1



Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Centre affilié à l'Université de Montréal

Pour vous, pour la vie

5415 boul. de l'Assomption, Montréal, Qc H1T 2M4
Téléphone : (514) 252-3400

Formulaire d'ordonnances

Date : 6.7.2006

Médication avant l'admission	Ordonnance(s) de départ		
	Date : 30.7.2006	Qté	Ren.
Clonidine 0.2 mg 2x/j	Amlodipine 5 mg 1x/j AM	30	
HCTZ 25 mg 1x/j AM			
Oméprazole 20 mg 1x/j AM			
Sucralfate 5 ml 4x/j			
Métoclopramide 10 mg 3x/j	Dompéridone 10 mg 2x/j	60	
Salmétérol 50 µg 2x/j	Salbutamol 200 µg 4x/j en R	1eo	
Montélukast 10 mg 1x/j AM			
Témazépam 15 mg 1x/j HS	Oxazépam 15 mg ½ cpr 1x/j HS	15	
EPO alpha 20'000 UI/sem			
	Sulfate de fer 300 mg 1x/j AM	30	
	Séné 17.2 mg 1-2x/j au besoin		

Commentaires : OTC : paracétamol, laxatif (séné, réglisse), vitamines

Allergies/intolérances : prurit sous IECA, brady sous BB

Ø semainier

Pharmacien : B. Guignard, pharm. stag

Nom (lettres moulées) : Dr Jacques Tremblay

No. licence : 8679558

Signature du médecin :

La mise en place d'un dossier électronique partagé entre les différents intervenants du réseau de la santé est sans doute une étape incontournable pour atteindre de façon optimale les issues recherchées. Par exemple, Inforoute Santé du Canada Inc., a pour projet depuis 2001 de réutiliser des systèmes d'information du secteur de la santé et de les interconnecter. Au Québec, le Ministère de la santé s'est engagé en 2006 à mettre en place un dossier de santé électronique, le «Dossier de Santé du Québec», et à le rendre accessible pour chaque personne ayant donné son consentement [5]. Ce dossier sera accessible électroniquement aux professionnels de la santé habilités (médecin, infirmière, pharmacien), peu importe l'endroit et le moment. Le dossier comportera notamment un profil pharmacologique des médicaments délivrés au patient en ambulatoire et un outil permettant la prescription électronique.

L'exemple concret d'un hôpital québécois: le CHU Sainte-Justine

Le Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine est un centre mère-enfant de 500 lits, dont les pharmaciens prodiguent des soins pharmaceutiques de manière très active. Mais comme dans beaucoup d'autres hôpitaux québécois, en dépit d'une trentaine de pharmaciens, il est peu réaliste d'offrir un service structuré de continuité des soins (bilan comparatif, plan de transfert) à l'ensemble des patients, à cause du temps requis pour ces activités. De plus, il n'est même pas dit qu'un plan de transfert envoyé au pharmacien d'officine sera archivé et dans quelle mesure l'outil sera utilisé et aura un impact sur la qualité des soins. C'est pourquoi ces activités sont prodiguées en priorité à des patients nécessitant un suivi plus serré (mucoviscidose, hémato-oncologie).

Et en Suisse?

En Suisse, le pharmacien d'officine s'inscrit dans une démarche de conseil aux patients dans l'automédication et de validation pharmaceutique lors de la délivrance de médicaments sur ordonnance. Au niveau hospitalier, le pharmacien commence également à se profiler comme prestataire de soins, en plus de garantir des activités de fabrication et de contrôle de qualité. Divers projets sont actuellement en cours pour développer la collaboration des deux milieux et améliorer encore le suivi de la pharmacothérapie des patients en s'alignant au moins en partie sur le modèle nord-américain.

À titre d'exemple, le département de Pharmacie de l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV) remet des cartes posologiques à certains patients (polymédicamentés, âgés, de langue étrangère) à leur sortie de l'hôpital [6]. Ces cartes contribuent à renforcer l'autonomie du patient et peuvent être utilisées comme outils de continuité des soins.

Comme autre exemple, un projet de recherche mené par le service de Pharmacie de la Policlinique Médicale Universitaire (PMU) à Lausanne a permis de cartographier le réseau de l'information administrative et médicale partagée avec le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) [7]. Ces informations ont contribué à identifier deux outils faciles à implémenter en utilisant le réseau actuel et qui pourraient permettre d'améliorer la continuité des soins pour les patients suivis à la PMU et hospitalisés au CHUV. Le premier outil pourrait être une alarme informatique déclenchée à l'officine de la PMU et annonçant l'hospitalisation au CHUV de l'un de ses patients; ainsi mis au courant, le pharmacien d'officine pourrait spontanément fournir le profil pharmacologique du patient au médecin ou au pharmacien clinicien effectuant l'anamnèse médicamenteuse à l'étage. Le second outil pourrait être un accès à la lettre de sortie rédigée par le médecin hospitalier pour le généraliste. Ce projet, bien que très localisé

au départ, pourrait inspirer des projets à plus grande échelle avec les officines de ville.

Conclusion

La continuité des soins est un sujet débattu depuis longtemps en médecine. Le pharmacien est de plus en plus confronté à cette problématique depuis qu'il joue un rôle actif dans la santé des patients. Malgré la culture des soins pharmaceutiques au Québec, la rédaction de plans de transfert est encore perçue comme complexe et chronophage. Cependant, les pharmaciens québécois sont conscients des besoins d'échange d'information entre le milieu hospitalier et le milieu communautaire, compte tenu de l'utilisation croissante des médicaments.

En Suisse, le développement des activités cliniques du pharmacien, en hôpital comme en officine, va probablement accroître son implication dans la continuité des soins, avec pour limite les ressources en temps et en personnel. ▮

Adresses de correspondance

Dr Bertrand Guignard, pharmacien
Hôpitaux Universitaires de Genève
rue Micheli-du-Crest 24, 1211 Genève 14
E-mail: Bertrand.Guignard@hcuge.ch

Dr Jean-François Bussières, Pharmacien-chef
CHU Sainte-Justine
Montréal, Canada

Financement

La présente description des soins pharmaceutiques au Québec a été possible grâce à un stage post-doctoral clinique effectué par l'auteur et soutenu financièrement en partie par pharmaSuisse et la Société Académique Vaudoise (SAV).

Littérature

[1] MacKinnon NJ: Seamless Care: A pharmacist's guide to providing continuous care programs. 2003, Ottawa: Canadian Pharmacists Association.

[2] Proceedings of the seamless care workshop. A joint initiative of CSHP and CPhA. 1998. Toronto, ON. Ottawa, ON: Canadian Society of Hospital Pharmacists and Canadian Pharmacists Association.

[3] Guignard B, et al.: L'exemple de nos confrères québécois: de la pharmacie clinique aux soins pharmaceutiques. Un pas de plus vers le patient. pharmaJournal 2008; 21: 10–2.

[4] Vira T, et al.: Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. Qual Saf Health Care 2006; 15(2): 122–6.

[5] Dossier de santé ; http://www.dossierdesante.gouv.qc.ca/fr_actualites_dsq.phtml.

[6] Delaloye V, et al.: Elaboration de cartes de posologie illustrées pour améliorer la prise en charge médicamenteuse des patients à leur sortie de l'hôpital. in 12èmes Journées Franco-Suisses de Pharmacie Hospitalière. 2004. Interlaken.

[7] Guignard B, et al.: PC-265: Development of pharmaceutical seamless care in a university hospital and outpatient clinic center in Switzerland. in 36th European Symposium on Clinical Pharmacy. Implementing Clinical Pharmacy in Community and Hospital Settings: Sharing the Experience. 2007. Istanbul.

Kurzfassung

Québec:

Kontinuierliche Versorgungskette zwischen Spital- und Offizinapotheke

In Québec haben die Apotheker sowohl im Spital als auch in der Offizinapotheke klinische Aufgaben. An sie werden hohe Anforderungen gestellt, nämlich die Gewährleistung einer kontinuierlichen Vorsorgungskette zwischen beiden Seiten. Aufgabe des Spitalapothekers ist es, bei Aufnahme des Patienten ins Spital eine Medikamentenanamnese zu erheben und bei dessen Entlassung einen Übernahmeplan für seinen Kollegen in der Offizinapotheke zu erstellen (medizinische Probleme, Gründe für eine Änderung der Medikation usw.). Damit sollen Probleme bei der Entlassung nach Hause vermieden werden. Obwohl dokumentiert ist, dass diese Verfahrensweise positive Wirkung zeigt, ist die kontinuierliche Versorgung durch die Spitalapotheker nicht sehr oft gewährleistet. Hinzu kommt, dass sich viele Offizinapotheker nicht in der Lage fühlen, Daten dieser Art aufzunehmen und zu verwalten bzw. für diese Patienten, die sie nur für wenige Minuten während der Medikamentenabgabe sehen, eine Nachbetreuung einzurichten.

Derzeit laufen verschiedene Projekte zur Entwicklung eines elektronischen Dossiers, das von verschiedenen Gesundheitsfachpersonen genutzt werden kann. Die Apotheker in Québec betrachten die Erstellung von Übernahmeplänen zwar als komplex und zeitaufwändig, sind sich aber bewusst, dass angesichts des zunehmenden Arzneimittelkonsums ein Informationsaustausch zwischen Spital und Versorgungseinrichtungen in der Gemeinde stattfinden sollte. ▮



Das «Wunder von Bern»

Kennen Sie das «Wunder von Bern»? Nein, es ist nicht die Eisbahn vor dem Bundeshaus, die grösser war als jene in New York. Es ist auch nicht der geplante Bärenpark, dessen Realisierung wegen ständig steigender Kosten an ein Wunder grenzt. Hier soll auch nicht die Rede sein vom Sieg, der der deutschen Fussballmannschaft 1954 zum Weltmeistertitel verhalf. Als «Wunder von Bern» wird das projektierte «Haus der Religionen» bezeichnet, in dem Aleviten, Buddhisten, Christen, Hindus und Muslime eigene Räumlichkeiten auf eigene Verantwortung und eigene Kosten gestalten und nutzen, sich gleichzeitig aber auch am gemeinsamen Dialog beteiligen. Ergänzt werden diese Religionsgemeinschaften durch Bahai, Juden, Sikhs und verschiedene interreligiöse Arbeitsgruppen, die sich aus finanziellen Gründen keine eigenen Räume im Haus der Religionen leisten können, die sich aber am sogenannten Dialogprogramm beteiligen und das Projekt auf diese Weise unterstützen.
Allen Beteiligten ist klar, dass diese räumlich enge Gemeinschaft zwischen den verschiedenen Glaubensrichtungen Konfliktpotenzial birgt. Sie sind aber alle gewillt, auftretende Schwierigkeiten gemeinsam zu meistern.
Eigentlich ist die Erkenntnis nicht neu, dass aus Auseinandersetzungen meist nur Verlierer hervorgehen, dass Dialog und Zusammenarbeit viel eher zu positiven Resultaten führen. Viel zu selten wird diese Erkenntnis aber umgesetzt. Man darf deshalb gespannt sein, ob das «Haus der Religionen» ein Erfolg wird. Ein Provisorium jedenfalls funktioniert bereits.

Christa Rüedi

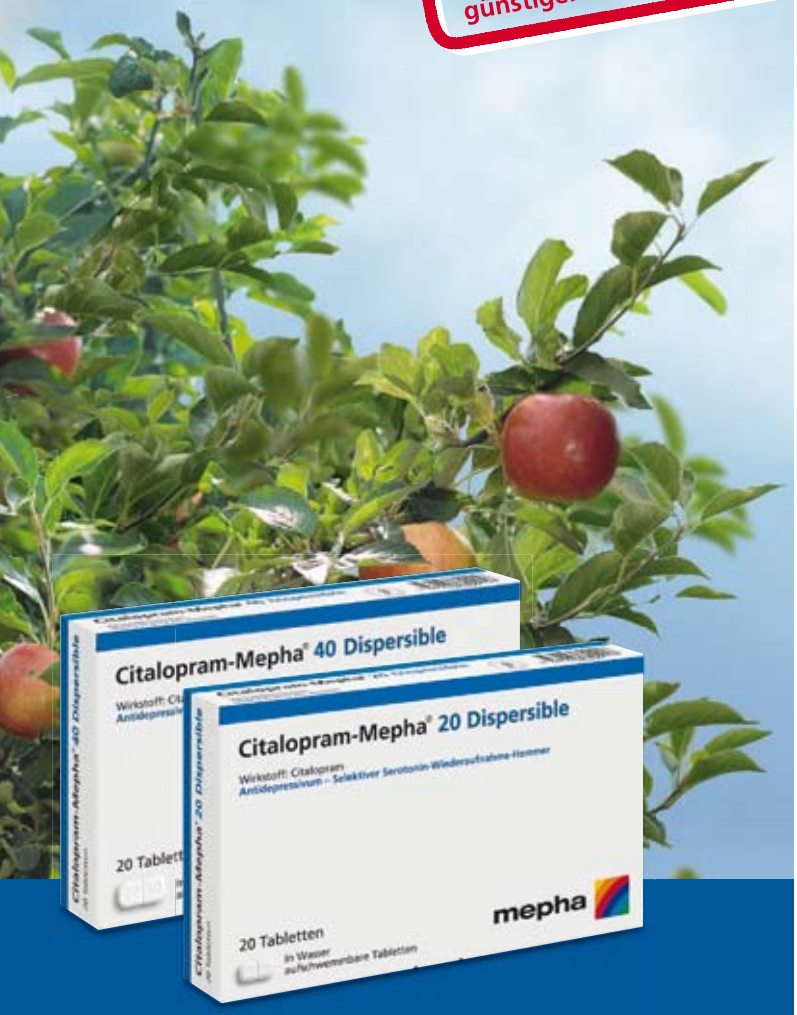
Le «Miracle de Berne»

Connaissez-vous le «Miracle de Berne»? Non, il ne s'agit pas de la patinoire construite devant le Palais fédéral dans une version plus grande que celle de New York. Il ne s'agit pas non plus du projet de Parc aux ours dont la réalisation ressemble à un miracle en raison de ses coûts toujours plus élevés. Il n'est pas non plus question de la victoire qui a permis à l'équipe allemande de foot de remporter le titre de champion du monde en 1954. En réalité, le «Miracle de Berne» désigne la future «Maison des religions», dans laquelle Alevis, Bouddhistes, Chrétiens, Hindous et Musulmans utilisent et aménagent des locaux sous leur propre responsabilité et à leurs propres frais. Ceci leur permet par la même occasion de participer à un dialogue commun. Ces communautés religieuses sont rejointes par des Bahà'is, Juifs, Sikhs et divers groupes de travail interreligieux qui ne peuvent pas s'offrir de locaux faute de moyens. Ils participent néanmoins aux dialogues et soutiennent le projet de cette manière.
Tous sont pleinement conscients qu'une telle promiscuité entre les différentes religions peut être source de frictions. Tous ont néanmoins la volonté de faire face ensemble aux difficultés susceptibles d'apparaître.
Généralement, tout le monde ressort perdant de conflits. Souvent, le dialogue et la collaboration sont bien plus constructifs. Ces préceptes sont néanmoins trop rarement mis en pratique. Il sera donc intéressant de voir si la «Maison des religions» réussira son pari. Elle existe du moins déjà dans une version provisoire.

Christa Rüedi

Citalopram-Mepha®
Dispersible

bis zu -42 %
günstiger als das Original[1]



1 BAG, SL, 1.9.2008

4608 Liste: B. Für weiterführende Informationen siehe Arzneimittel-Kompendium der Schweiz.
Mepha Pharma AG, CH-4147 Aesch/BL, www.mepha.ch

↓ d

5 Medikation bei Bluthochdruck

Hypertonie ist eine der wichtigsten und häufigsten vaskulären Risikofaktoren, der aber durch eine adäquate medikamentöse Therapie sehr gut reduziert werden kann. Wir publizieren in dieser Ausgabe den ersten Teil eines Artikels zu diesem Thema; darin wird auf die Auswahl des Antihypertensivums, die Therapieschemata, die Mono- und die Kombinationstherapie eingegangen. Im zweiten Teil werden Einschleichen und Titrieren, Aufsättigen, Absetzen und Ausschleichen behandelt werden.

12 Homöopathie in der Schwangerschaft

Im heutigen Beitrag zur Homöopathie in der Apotheke wird anhand eines konkreten Beispiels gezeigt, dass eine Gabe Globuli auch in der Schwangerschaft eine grosse Wirkung erzielen kann.

16 Mehr Sicherheit für Organspender

Eine Organspende ist oft die letzte Hoffnung für Schwerkranke. Zahlreiche offene Fragen, aber auch bekannt gewordene Missbräuche haben potenzielle Spender bisher verunsichert. Seit 2007 ist das Transplantationsgesetz in Kraft, das Klarheit schafft.

23 Québec: Spitalpharmazie und Offizin

In einem zweiten Artikel über das Beispiel Québec wird auf die konkrete Zusammenarbeit zwischen Spital- und Offizinapothekern eingegangen, eine Zusammenarbeit, die zwar bereits recht gut funktioniert, die aber noch weiter verbessert werden kann.

24 Parallelimporte

Der Entscheid für Parallelimporte patentgeschützter Güter in National- und Ständerat ist gefallen. Noch nicht definitiv entschieden ist, ob Medikamente wirklich davon ausgenommen werden.

Die mit dem Regenbogen

mepha

↓ f

Inhalt · Sommaire

8 Traitement médicamenteux de l'hypertension artérielle

L'hypertension est l'un des facteurs de risque vasculaires les plus importants et les plus fréquents. Il peut néanmoins être réduit par un traitement médicamenteux approprié. Dans cette édition, nous publions la première partie d'un article sur ce sujet; il traite du choix de l'antihypertenseur, des schémas de traitement, de la monothérapie et des associations médicamenteuses. La deuxième partie se penchera sur l'instauration à faible dose, la titration et l'arrêt, y compris progressif, d'un médicament.

13 Homéopathie pendant la grossesse

Cet article sur l'homéopathie à la pharmacie montre, à l'aide d'un exemple concret, que l'administration de quelques granules peut avoir de grands effets, y compris pendant la grossesse.

19 Davantage de sécurité pour les donneurs d'organes

Un don d'organes est souvent le dernier espoir pour les personnes gravement malades. Jusqu'à présent, de nombreuses questions de même que des cas d'abus rendus publics ont toutefois insécurisé les donneurs potentiels. La nouvelle loi sur la transplantation, entrée en vigueur en 2007, offre plus de clarté.

21 Québec: pharmacie hospitalière et officine

Le deuxième article sur l'exemple du Québec s'intéresse à la collaboration concrète entre les pharmacies hospitalières et les officines. Cette collaboration fonctionne déjà pas trop mal aujourd'hui mais pourrait encore être améliorée.

27 Importations parallèles

Le Conseil national et le Conseil des États ont décidé d'autoriser l'importation parallèle de biens protégés par un brevet. Il n'est pas encore définitivement fixé si les médicaments seront vraiment exclus.

Wissenschaft · Science

5 Arterielle Hypertonie (Teil 1)
8 Hypertension artérielle (1re partie)
12 Homöopathie in der Apotheke
13 Homéopathie dans la pharmacie

Politik · Politique

16 Mehr Klarheit bei Organspenden
19 Davantage de clarté dans les dons d'organes
21 Québec: la continuité des soins entre pharmacie hospitalière et officine
23 Québec: Kontinuierliche Versorgungskette zwischen Spital- und Offizinapotheke

Markt · Economie

24 «Lex Pharma» löst unterschiedliche Reaktionen aus
27 La «Lex Pharma» suscite des réactions opposées

pharmaSuisse

29 Mitteilungen / Communications

37 Stellenanzeiger · Offres et demandes d´emploi

3. US Impressum

→ Werbung · Publicité

Durchkreuzt der Strassenzustand Ihren Fortbildungsplan?

FPH Fortbildung jederzeit & überall

kein Problem: **www.online-academy.ch**

online academy

amedis ue wenn Vertrauen zählt!

mepha

Wie wenige Globuli die Zukunft verändern können

Cornelia Roth

Der vorliegende Fall zeigt, dass auch in der Schwangerschaft die Gabe einer homöopathischen Dosis nach der Methode der Klassischen Homöopathie helfen kann, Beschwerden zu lindern.

Frau A. K., Anfang 30, kam im August 2003 völlig verzweifelt zu mir in die Apotheke. Aufgrund ihres schlechten Aussehens fragte ich sie, ob ich irgendwie helfen könne. Damit hatte ich augenblicklich eine Barriere niedergerissen und Frau K. erzählte mir im Behandlungszimmer ihre Sorgen und Ängste.

Vorgeschichte

Frau K. und ihr Mann wünschten sich seit Jahren ein Kind. Obschon beide sich sehr bemühten und sich auch sehr darauf freuten, wurde Frau K. nicht schwanger. Nach drei erfolglosen Jahren, als sie sich schon langsam mit der Kinderlosigkeit abgefunden hatten, klappte es doch noch und Frau K. wurde schwanger. Das Glück war den beiden leider nicht hold: Frau K. verlor ihr Kind in der neunten Schwangerschaftswoche.

Aktuelle Symptome

Frau K. erzählte mir nun – ziemlich aufgelöst –, dass sie nach einigen Monaten Trauerarbeit erneut schwanger geworden sei.

Frau K. befand sich jetzt in der fünften Schwangerschaftswoche und klagte über heftige Bauchkrämpfe, stärker in der Nacht und meist auf der rechten Seite. Die Schmerzen waren stechend, von innen nach aussen.

Sie hatte schon mehrmals ihren Gynäkologen angefragt. Dieser konnte nichts Aussergewöhnliches finden, die Bauchschmerzen machten jedoch auch ihm etwas Sorgen. Daher hatte er der Patientin geraten, sich möglichst nicht anzustrengen und viel zu liegen.

Paradoxerweise fühlte sich Frau K. besser, wenn sie sich bewegte, und auch die krampfartigen Bauchschmerzen waren bei Bewegung weniger intensiv.

Psychische Symptome

Als ich zu Beginn des Gesprächs Frau K. freudig zur erneuten Schwangerschaft gratulieren wollte, winkte sie nur ab mit den Worten: «Ich kann mich nicht freuen, ich habe solche Angst, das Kind wieder zu verlieren.»

Diese Angst dominierte ihr ganzes Leben. Sie selber sagte: «Wahrscheinlich habe ich die Krämpfe auch vor lauter Angst, weil ich mich gar nicht mehr entspannen kann.»

Frau K. sah auch sehr müde aus. Auf ihr Schlafverhalten angesprochen, sagte sie, dass sie schlecht einschlafen könne, ihr der Schlaf dann aber ausgesprochen gut tue.

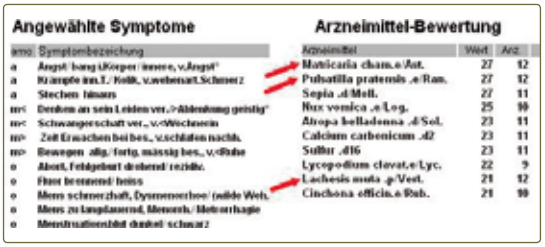
Besser fühlte sie sich auch, wenn sie abgelenkt war, wenn Bekannte zu Besuch kamen. Sobald sie aber wieder alleine war, waren die Sorgen um ihre Schwangerschaft wieder vorherrschend.

Gynäkologische Symptome

Auf ihren Zyklus angesprochen, erzählte Frau K., dass sie vor der Schwangerschaft und auch vor dem Abort immer einen länger dauernden Zyklus (>28 Tage) gehabt hatte, die Blutungen waren ziemlich dunkel, jedoch flüssig.

Zwischen der Menstruation litt sie immer wieder unter einem weissen, geruchlosen, aber brennenden Fluor.

Repertorisation (Mittelfindung) mit Hilfe des Programms «amokoor»



Die drei Mittel Matricaria chamomilla (Kamille), Pulsatilla pratensis (Küchenschelle) und Lachesis muta (Klapperschlange) decken alle 12 ausgewählten Symptome ab.

Um die richtige aus den drei Arzneien auszuwählen, wurde die Materia Medica (Buch mit Beschreibungen der homöopathischen Mittel) beigezogen.

Pulsatilla fiel sofort raus, weil die Mens bei Pulsatilla eher zu kurz dauert und das Menstruationsblut eine hellrote, blasse Farbe aufweist.

Auch Lachesis kam nicht in Frage, weil auch bei diesem Mittel die Mens eher zu kurz dauert und weil die Beschwerden morgens nach dem Erwachen, also nach dem Schlaf schlimmer sind.

Die Patientin erhielt daher eine Dosis Chamomilla C200, welche sie am Abend vor dem Einschlafen im Mund zergehen lassen sollte.

Weiterer Verlauf

Gespannt auf die Wirkung des gegebenen Mittels wartete ich darauf, Frau K. wieder in der Apotheke zu sehen oder wenigstens etwas von ihr zu hören. Zu meinem Bedauern war dies leider nicht der Fall.

Rund neun Monate später, als ich Frau K. beinahe schon vergessen hatte, kam eine strahlende Mutter mit einem Kinderwagen herein und steuerte mit einem grossen Blumenstrauss auf mich zu. Es war Frau K.

«Es ist alles gut gegangen, ich habe vor einem Monat einen gesunden Knaben geboren und bin überglücklich!»

Auch ich freute mich sehr, wollte dennoch Genaueres wissen über eine allfällige Wirkung meiner Chamomilla-Globuli. Frau K. berichtete, dass schon am Tag darauf die Bauchkrämpfe deutlich abgenommen hatten und wenige Tage danach ganz verschwunden waren. Sie fühlte sich richtig entspannt und die Sorgen waren «wie weggeblasen». «Das erste Mal konnte ich mich so richtig auf unser neu geschenktes Glück freuen!»

Und das winzigkleine Endprodukt konnte ich dann im Kinderwagen sehen.

Ich muss gestehen, ich war damals selber zutiefst beeindruckt, was mit einem «Nichts» erreicht werden kann. ▮

Korrespondenzadresse

Cornelia Roth

Fachapothekerin FPH Klassische Homöopathie

Präsidentin der SAGH (Schweiz. Apothekergesellschaft für Homöopathie)

E-Mail: c.roth@sahp.ch

Homéopathie dans la pharmacie

Comment quelques granules peuvent changer l'avenir …

Cornelia Roth

Ce cas homéopathique démontre que l'administration d'une dose unique selon la méthode de l'homéopathie classique permet de soulager les douleurs, y compris pendant la grossesse.

Madame A.K, âgée d'un peu plus de 30 ans, est venue à la pharmacie en août 2003. Elle était complètement désespérée et n'avait pas l'air dans son assiette. Je lui ai donc demandé si je pouvais faire quelque chose pour l'aider. Ces quelques mots ont mis à l'aise Madame K. qui m'a immédiatement confié ses chagrins et ses soucis.

Antécédent

Madame K. et son mari désiraient un enfant depuis des années. Leurs nombreuses tentatives restaient néanmoins infructueuses. Après trois ans d'insuccès, ils avaient commencé à perdre espoir et à abandonner l'idée de fonder un jour une famille. A ce moment, la chance est enfin apparue. Elle est tombée enceinte. Leur bonheur n'a toutefois pas duré très longtemps: Madame K. a perdu son enfant à la neuvième semaine de grossesse.

Symptômes actuels

Madame K., très éplorée, m'a raconté qu'elle était à nouveau tombée enceinte après quelques mois de tristesse. Elle en était à sa cinquième semaine de grossesse et se plaignait de crampes intestinales très fortes qui s'aggravaient la nuit et qui étaient souvent localisées du côté droit.

Les douleurs se ressentaient comme des coups de couteau, de l'intérieur à l'extérieur.

Elle avait déjà demandé plusieurs fois conseil à son gynécologue. Ce dernier n'avait cependant rien diagnostiqué de particulier. Inquiet, il lui avait donc conseillé de rester couchée, de se reposer et de faire le moins d'effort possible.

Paradoxalement, elle se sentait mieux lorsqu'elle bougeait. Ses crampes étaient elles aussi moins fortes.

Symptômes mentaux

Lorsqu'au début de l'entretien, j'ai voulu féliciter Madame K. pour son nouveau bonheur, elle m'a immédiatement interrompue en disant: «Je ne peux pas me réjouir! J'ai tellement peur de le perdre.»

Submergée par cette peur, elle m'a expliqué: «Peut-être que j'ai des crampes à cause de mes craintes parce que je ne peux plus me détendre.»

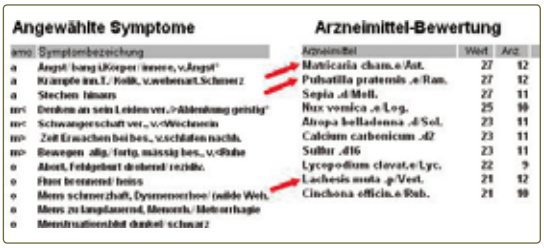
Madame K. avait l'air très fatiguée. Elle m'a raconté qu'elle avait de la peine à s'endormir, mais que son sommeil était bon.

Elle se sentait aussi mieux lorsqu'elle était divertie, p.ex. lorsque des amis venaient lui rendre visite. Dès qu'ils étaient partis, la peur reprenait toutefois le dessus.

Symptômes gynécologiques

Avant sa grossesse et sa fausse couche, elle avait un cycle long (> 28 jours) avec du sang assez sombre, mais liquide.
Entre les règles, elle souffrait souvent d'un écoulement blanc, inodore et brûlant.

Répertorisation à l'aide du programme «amokoor»



Les trois remèdes Chamomilla, Pulsatilla pratensis et Lachesis muta correspondaient aux douze symptômes sélectionnés. Pour trouver le bon remède, j'ai consulté la Matière Médicale (ouvrage avec la description des différents remèdes).

Pulsatilla n'était pas le bon remède, car il présente des règles plutôt courtes avec un saignement de couleur rouge faible.

Lachesis ne convenait pas non plus, car ce remède présente aussi des règles courtes et une aggravation le matin après le sommeil.

La patiente a donc reçu une dose de Chamomilla D200 (Spagyros) qu'elle devait laisser fondre sous la langue, le soir avant le coucher.

Évolution

Curieuse de connaître l'effet du remède, je m'attendais à revoir Madame K. à la pharmacie ou à entendre de ses nouvelles. Malheureusement, cela n'a pas été le cas.

Neuf mois plus tard, alors que j'avais déjà presque oublié Madame K., une femme toute souriante est entrée dans la pharmacie. Elle poussait un landau et avait un grand bouquet de fleurs à la main. C'était Madame K. «Je suis super heureuse, tout s'est bien passé. Il y a un mois, j'ai accouché d'un petit garçon en pleine santé!»

Je me suis réjouie avec elle et lui ai demandé de m'expliquer l'effet du remède Chamomilla.

Madame K. m'a raconté qu'elle avait, dès le lendemain, ressenti beaucoup moins de crampes qui avaient totalement disparues quelques jours après. Depuis lors, elle s'était sentie très détendue et la peur s'était envolée.

«C'était la première fois que je pouvais me réjouir de notre bonheur!»

Et là, j'observe le petit bébé dans sa poussette.

Je dois admettre que j'étais très impressionnée, à cet instant, de ce qu'un tout petit «rien» peut changer! ∎

Adresse de correspondance
Cornelia Roth
Pharmacienne FPH en homéopathie classique
Présidente de l'OSPH (Ordre Suisse des Pharmaciens Homéopathes)
E-mail: c.roth@sahp.ch

Pour la traduction, en collaboration avec:
Michèle Imfeld
Pharmacienne FPH en homéopathie classique
Chargée d'enseignement à l'Université de Genève
E-mail: imfeld@homeoconseil.org

Agenda 2009

März / mars

18. Umdasch-Seminar «Store Branding», Oberentfelden

23.–25. Drug Information Association: 21st Annual EuroMeeting, Berlin

Februar / février

15.–20. Cardiology Update 2009, Davos

März/April / mars/avril

30.3.–1.4. 13. Jahrestagung Gesellschaft für Dermopharmazie e. V., Heidelberg

Den Veranstaltungskalender finden Sie auch auf www.pharmaSuisse.org unter Pharmazie&Fachpublikum → Beruf Apotheker → Fortbildung FPH/Weiterbildung FPH → Veranstaltungskalender
Le calendrier des manifestations se trouve également sur www.pharmasuisse.org, sous Pharmaciens&Politique → Profession pharmacien → Formation postgraduée/Formation continue → Calendrier des manifestations.

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH**

Manifestations reconnues par la FPH officine (O), hôpital (H) et homéopathique (HOM)

Date	O/H/ Hom	titre	organisateur	lieu	heure	informations	PC/ Module	numéro d'identification	prix
Février									
05.02.	O/H	Carence en fer et anémie ferriprive (étude de cas online)	pnn pharma nation network ag	www.online-academy.ch		Tél. 044 225 15 00 online-academy@pnn.ch	6.25	**1**-162-62-09-P6.25	abonnement annuel «online academy 100»
19.02.	O	Dermatoses inflammatoires du cuir chevelu	SVPH	Martigny	19.30	Tél. 027 458 28 68 svph.secretariat@bluewin.ch	12.5	**1**-33-46-09-P12.5	gratuit
Mars									
04.03.	O	Epatiti	pharmActuel	Manno Aragonite	19.30	Fax 091 923 39 09	15	**1**-3-233-09-P15	20.– con abbonamento pharmActuel, 30.– senza abbonamento pharmActuel
05.03.	O	CVI La sclérose en plaques – possibilités de traitement – pouvons-nous réellement espérer?	CAP	Neuchâtel	20.15	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	16.5	**1**-2-177-09-P16.5	gratuit
10.03.	O	Atelier pratique: Asthme et BPCO	CAP	Neuchâtel	08.30–18.00	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	62.5	**1**-2-193-09-P62.5	Membres du CAP: 330.– Non-membres: 400.–
10.03.	O	Validation d'ordonnance et diabétologie: cas pratiques	pharmActuel	Lausanne	19.45–21.30	inscription@pharmactuel-vd.ch	16.5	**1**-3-225-09-P16.5	30.– pour les abonné(e)s à pharmActuel, 50.– pour les non-abonné(e)s
10.03.	Hom	Supervisions. Soirée études de cas	Homéo Institut	Lausanne	19.45–22.00	imfeld@homeo-conseil.org	20.75	KH-05-03-09-P20.75	35.–
12.03.	O	Malattia tromboembolica venosa	OFCT	Mendrisio	12.30	Tél. 091 922 68 66 segretariato@ofct.ch	9	**1**-10-05-09-P9	gratuit
12.+ 13.03.	O	Finances et contrôle	CAP	Morges	09.00–17.00	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	100	**3**-2-186-09-P100	Membres du CAP: 550.– Non-membres: 660.–
16.03.	O	Atelier pratique: Asthme et BPCO	CAP	Grand-Saconnex	08.30–18.00	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	62.5	**1**-2-193-09-P62.5	Membres du CAP: 330.– Non-membres: 400.–

Nous vous demandons de conserver le calendrier des manifestations FPH car les dates de ces manifestations ne seront mentionnées qu'une seule fois dans le pharmaJournal.
Domaines de compétences (correspond au 1er chiffre du numéro d'identification)
1: Compétences pharmaceutiques 2: Compétences en santé communautaire 3: Compétences en gestion 4: Compétences personnelles

FPH-anerkannte Veranstaltungen im Bereich Offizin (O)- und Spitalpharmazie (S) sowie klassischer Homöopathie (H)

Datum	O/S/ H	Titel	Ver-anstalter	Ort	Zeit	Informationen	KP/ Modul	ID-Nummer	Preis
Februar									
05.02.	O/S	Eisenmangel und Eisenmangelanämie (online Fallstudie)	pnn pharma nation network ag	www.online-academy.ch		Tel. 044 225 15 00 online-academy@pnn.ch	6.25	**1**-162-62-08-P6.25	Jahresabonnement «online academy 100»
09.02./ 16.02./ 23.02.	O	KLIPS (Klinisch Pharmakologischer Service)	Universitätsspital Basel	Basel	12.00–12.45	Tel. 061 265 88 62 raetza@uhbs.ch	8.25	**1**-244-2-09-P8.25	150.–/Semester
26.02.	H	Workshop Heuschnupfen	SAHP	Luzern	09.15–17.15	www.sahp.ch	50	KH-01-11-09-P50	200.– bis 220.–
26.02.	H	Verhaltensstörungen bei Tieren	ZAKH	Zürich	18.15–20.45	www.zakh.ch	25	KH-02-17-09-P25	90.–

→

März									
05.03.	H	Einführung in die Kl. Homöopathie	SAHP	Luzern	09.15–17.15	www.sahp.ch	50	KH-01-A1-09-P50	200.– bis 220.–
06.03.	O	Betreuung von Asthma-Patienten in medinform AtemwegsApotheken – eine Piloterhebung	medinform GmbH	Zürich	14.00–17.00	Tel. 044 391 76 45 info@medinform.ch	25	1-226-106-09-P25	250.–
06.+ 07.03.	H	Tiefgreifenden Bindungsstörungen, Skorpione und Spinnen	Indrani Meier	Thalwil	09.00–18.00	www.indrani-meier.ch	100	KH-12-01-09-P100	420.–
06.– 08.03.	H	Babys mit Henny Heudens-Mast	Artis Homöopathicae	Solothurn	13.00	info@artis-pfs.ch	138	KH-08-01-09-P138	480.–
07.+ 08.03.	H	Materia Medica – die Zähmung der Bestie	Samuel Hahnemann Schule	Aarau	08.45–17.00	info@hahnemann.ch	100	KH-06-01-09-P100	400.–
09.03.	O	Spagyrik Lehrgang 1 «Spagyrik und akute Krankheiten»	Spagyros AG	Gümligen	09.00–17.00	Tel. 031 959 55 88 kurse@spagyros.ch	50	1-142-33-09-P50	172.15
09.+ 10.03.	O	Mitarbeiterführung – von Beginn an sicher (Modul I)	SPA AG	Sigriswil	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	3-7-7-09-P100	1240.–
09.+ 10.03.	O	Persönliche Arbeitstechnik und Zeitmanagement	Monika Lauby Ausbildungs-beratung	Basel	14.00	Tel. 061 691 00 00 info@lauby.ch	75	4-102-01-09-P75	685.–
09.03./ 16.03./ 23.03./ 30.03.	O	KLIPS (Klinisch Pharmakologischer Service)	Universitäts-spital Basel	Basel	12.00–12.45	Tel. 061 265 88 62 raetza@uhbs.ch	8.25	1-244-2-09-P8.25	150.–/ Semester
10.03.	O	Führen durch Empathie	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	4-48-11-09-P50	590.–
10.03.	O	Kommunikation mit Kunden	medinform GmbH	Zürich	13.30–17.00	Tel. 044 994 75 61 mariannebeutler@medinform.ch	25	3-226-214-09-P25	200.–
10.03.	O	Übergewicht	Biomed AG	Olten	09.00–17.30	Tel. 044 802 16 16 allsan@biomed.ch	58.5	1-38-17-09-P58.5	150.–
11.03.	O	Aufenthalt und Erwerbstätigkeit von Ausländern in der Schweiz	Centre Patronal	Basel	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	3-48-4-09-P50	590.–
11.03.	O	Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaganfall, Tics	Agfam	Zürich	08.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	50	1-1-11-09-P50	380.– im 6er-Abonnement, 420.– als Einzelkurs
11.03.	O	Augenreizungen	pharmActuel	Bern	19.30	Fax 031 302 23 22 laenggass.apotheke@bluewin.ch	15	1-3-221-09-P15	Abonnenten: 20.– Nicht-Abonnenten: 30.– Studenten: 5.–
11.03.	O/S	Röntgenkontrastmittel und Kontrastmittel für Magnetresonanztomographie	Kantonsapotheke Zürich	Zürich	18.30	Tel. 044 255 96 40 severine.fuchs@kaz.zh.ch	12.5	1-103-350-09-P12.5	auf Anfrage
12.03.	O	Der Empfehlungsverkauf als Basis für den wirtschaftlichen Erfolg in der Apotheke	Metabasis GmbH	auf Anfrage	09.00–18.00	Tel. +49 7153 6122971 info@metabasisgmbh.de	50	4-204-3-09-P50	345.–
12.03.	O	Kontaktekzem, Urticaria	medinform GmbH	Zürich	13.30–17.00	Tel. 044 994 75 61 mariannebeutler@medinform.ch	25	1-226-208-09-P25	200.–
12.03.	O	Erkrankungen der Haare und Nägel	medinform GmbH	Zürich	08.15–12.00	Tel. 044 994 75 61 mariannebeutler@medinform.ch	25	1-226-207-09-P25	200.–
18.03.	O	Diagnose und Therapie von Bauchschmerzen und Unterleibskrämpfen in der Apotheke	Innovamed	Chur	18.30–21.00	Tel. 079 241 20 77 ines.schaible@boehringer-ingelheim.com	12.5	1-299-1-09-P12.5	gratis
19.03.	O	Homöopathie: Naturwissenschaft oder Glaubensfrage?	Universität Bern KIKOM	St. Gallen	19.30–21.30	Fax: 031 632 42 62 barbara.kohler@kikom.unibe.ch	16.5	1-301-01-09-P16.5	gratis
26.03.	O	Diagnose und Therapie von Bauchschmerzen und Unterleibskrämpfen in der Apotheke	Innovamed	Luzern	18.30–21.00	Tel. 079 241 20 77 ines.schaible@boehringer-ingelheim.com	12.5	1-299-1-09-P12.5	gratis

Haben Sie Anregungen, Bemerkungen, Vorschläge zu Kursprogrammen oder einzelnen Kursen?
Wir freuen uns auf Ihr Feedback! Fax 031 978 58 59; kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Veuillez adresser vos remarques, suggestions et propositions concernant les programmes ou les divers cours à Madame Kathrin Zybach (fax 031 978 58 59; e-mail: kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Mitteilungen
Communications

Liste der kantonalen Apothekervereine

Kanton/Name		Adresse Präsident Adresse Sekretariat	Telefon Fax
AG	Aargauischer Apothekerverein	Fabian Vaucher TopPharm Apotheke Buchs Aarauerstrasse 26 5033 Buchs	062 836 09 09 062 836 09 08
		Verena Weber Brunnmatt 293 5078 Effingen	062 876 19 87 062 876 15 79
BE	Apotheker-verband des Kantons Bern	Dr. Stefan Fritz Rathaus Apotheke Kramgasse 2 3000 Bern 8	031 311 14 81 031 312 24 01
		Apothekerverband des Kantons Bern Sekretariat: Gabriela Genaux Münzgraben 6 3011 Bern	031 326 27 30 031 326 27 31
BL	Basellandschaftlicher Apotheker-verein	Urs Gmünder TopPharm Apotheke Gmünder, Grüngenstrasse 1 4416 Bubendorf	061 921 80 90 061 921 80 91
		Basellandschaftlicher Apothekerverband Elisabethenstrasse 23 4051 Basel	061 273 86 71 061 273 86 73
BS	Baselstädtischer Apotheker-verband	Dr. François Bocherens Victoria-Apotheke Gotthardstrasse 126 4054 Basel	061 301 40 53 061 302 54 54
		Dr. Reto Rupf Pilger-Apotheke Missionsstrasse 57 4055 Basel	061 381 83 43 061 322 00 21
		Baselstädtischer Apothekerverband Nadine Bloch Elisabethenstrasse 23 4051 Basel	061 273 86 71 061 273 86 73
GL	Apotheker-verein des Kantons Glarus	Maria Signorell-von Euw Apotheke Signorell Hauptstrasse 39 8750 Glarus	055 640 12 18 055 640 12 18
GR	Bündnerischer Apotheker-Verein	Dr. Max Caviezel Domat-Apotheke Via Sogn Pieder 1 7013 Domat/Ems	081 633 11 92 081 633 36 36

Kanton/Name		Adresse Präsident Adresse Sekretariat	Telefon Fax
LU	Apothekerverein des Kantons Luzern	Dr. Iride-Sibylle Gleichauf Medicus Apotheke Luzernerstrasse 30 6010 Kriens	041 320 96 26 041 320 96 25
		Sekretariat: Nadine Schleiss Gerliswilstrasse 71 6020 Emmenbrücke	041 269 11 61
NW OW UR	Apothekerverein der Kantone NW, OW, UR	Dr. Walter Odermatt Löwen-Apotheke-Sarnen AG Nelkenstrasse 2 6060 Sarnen	041 660 88 55 041 670 38 45
SG AI AR	Apotheker-verband St. Gallen/ Appenzell	Yvonne Geiger Bruggen-Apotheke Fürstenlandstrasse 183 9014 St. Gallen	071 278 14 11 071 278 14 12
SH	Apothekerverein des Kantons Schaffhausen	Patrik Bolliger Bahnhof-Apotheke Bahnhofstrasse 27 8200 Schaffhausen	052 625 26 86 052 625 10 01
SO	Apothekerverein des Kantons Solothurn	Thomas Kurz Apotheke & Drogerie Kurz Baslerstrasse 85 4632 Trimbach	062 293 34 88 062 293 28 64
SZ	Apothekerverein des Kantons Schwyz	Urs Seeholzer Hofmatt-Apotheke Postplatz 6 6431 Schwyz	041 811 56 16 041 811 64 16
TG	Apotheker-verband des Kantons Thurgau	Ruth Kern Rathaus Apotheke Zürcherstrasse 153 8500 Frauenfeld	052 721 17 78 052 721 34 78
ZG	Apothekerverein des Kantons Zug	Ivona Zengaffinen-Venetianer Bahnhof Apotheke Alpenstrasse 12 6300 Zug	041 711 12 76 041 711 12 88
ZH	Apotheker-verband des Kantons Zürich	Dr. Lorenz Schmid Apothekerverband des Kantons Zürich Rotbuchstrasse 83 8037 Zürich	044 363 45 32 044 363 44 55
FL	Apothekerverein des Fürstentums Liechenstein	Gerhard Eberle Laurentius Apotheke Landstrasse 97 9494 Schaan	00423 232 48 44 00423 232 48 45

Liste des sociétés cantonales de pharmacie

Canton/Nom		Adresse Président Adresse Secrétariat	Téléphone Fax
FR	Société cantonale fribourgeoise de pharmacie	Dr Christian Repond Pharmacie Repond Rue de Gruyères 35 1630 Bulle 1	026 913 10 80 026 913 10 88
GE	Société de pharmacie du canton de Genève	Sté de pharmacie du canton de Genève Karine Haas Rue du Bois-Melly 2bis 1205 Genève	022 735 58 55 022 735 58 57
		Jean-Luc Forni Pharmacie du Pont-d›Arve SA Bd du Pont d'Arve 27 1205 Genève	022 320 52 20 022 321 74 55
JU	Société des pharmaciens du Jura	Laurence Riat Pharmacie Milliet-Ville Grand'Rue 2 2900 Porrentruy	032 466 27 27 032 466 27 31
NE	Ordre Neuchâtelois des Pharmaciens	Jean-Louis Monnier Pharmacie du Soleil Seyon 1 2000 Neuchâtel	032 729 11 60 032 729 11 61
TI	Ordine dei Farmacisti del Cantone Ticino	Mario Tanzi Farmacia San Luca Via Pioda 9 6900 Lugano	091 923 84 55 091 923 37 63
VD	Société Vaudoise de Pharmacie	Christophe Rossier Pharmacie de l'Ile Grand-Rue 58 bis 1180 Rolle	021 825 14 61 021 826 08 07
		Secrétariat Route du Lac 2 1094 Paudex	021 796 33 33 021 796 33 91
VS	Société Valaisanne de Pharmacie	Marie-Jeanne Gard Meichtry Pharmacie de l'Abbaye SA Villette 1934 Le Châble	027 776 22 55 027 776 22 66

pharmaSuisse: Verantwortungsbereiche der Vorstandsmitglieder 2009

Dominique Jordan: OFAC, IFAK, VS
Peter Burkard: TI, Liechtenstein, Grossisten
Christian Rouvinez: GE, NE, JU, ASEP
Viviane Fahr: BS/BL, GSASA
Patrick Gschwend: SH, UR, SZ, UW/OW, GL
Maria Hitziger: asep Studenten; ZH, ZG, AG
Ruedi Kündig: GR, TG, SG, AI/AR, gsia
Christian Neukomm: VD, FR
Regula Studer: SO, BE, LU

Vorstandsausschüsse

VA F&A: Peter Burkard (Vorsitz), Christian Neukomm, Ruedi Kündig
VA WBQ: Christian Rouvinez (Vorsitz), Maria Hitziger
VA K&M: Patrick Gschwend (Vorsitz), Regula Studer

pharmaSuisse: Neue Mitglieder
pharmaSuisse: Nouveaux membres

Um die Mitgliedschaft beim Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse bewerben sich:
Ont posé leur candidature à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse:

Apotheker/Pharmaciens

Lehoczki Alexandra, Genève, GE
Macpolowski Stefan, Grenzach, DE
Valassina Lucia, Varese, IT

Einsprachen gemäss Reglement Art. 3 Ziff. 3.2 sind innert 10 Tagen schriftlich mit Begründung an den Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld zu richten.

Selon l'art. 3 chiffres 3.2 du règlement, les oppositions éventuelles doivent être motivées et adressées par écrit, dans les 10 jours, à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld.

APV: Veranstaltungskalender

Die aktuellen Veranstaltungsangebote der Arbeitsgemeinschaft für Pharmazeutische Verfahrenstechnik e.V. sind erschienen und können bezogen werden bei:
APV, Kurfürstenstrasse 59
D-55118 Mainz
Tel. ++49 6131 9769 40, Fax ++49 6131 9769 69
E-Mail: apv@apv-mainz.de
www.apv-mainz.de

Ausschreibung zur Vergabe der Galenus Supports 2009

Die Galenus-Privatstiftung fördert wissenschaftliche Tätigkeit im Fach Pharmazeutische Technologie. Unterstützt werden Habilitanden, Assistenzprofessoren, Juniorprofessoren sowie Personen in äquivalenter Position. Die Stiftung vergibt alljährlich die Galenus Supports, finanzielle Unterstützungen bis maximal 500 EURO. Gefördert werden Reisen zu Vorträgen im Ausland, um eigene Forschungsergebnisse zu präsentieren, Reisen zu Weiterbildungszwecken (Forschungsaufenthalte), Literaturrecherchen und -beschaffung.

Als Voraussetzung für die Teilnahme an der Vergabe der Galenus Supports haben die Bewerber das Forschungsprojekt kurz zu skizzieren und durch vorbereitende Veröffentlichungen oder Vortragsabstracts den Stand der Arbeit zu dokumentieren. Zusätzlich muss der genaue Verwendungszweck angegeben und nach der Auszahlung belegt werden. Alle Unterlagen sind in deutscher Sprache einzureichen. Elektronische Datenträger werden nicht akzeptiert, die eingereichten Unterlagen nicht zurückgeschickt. Der Inhalt der Unterlagen wird vertraulich behandelt. Die Teilnahme an der Ausschreibung begründet keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung durch die Stiftung. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Die Ausschreibung dauert vom 1.2.2009 bis 31.3.2009. Die Auszahlung der Supports erfolgt ab dem 2. Mai 2009 per Banküberweisung (genaue Kontoangaben erforderlich). Die Bewerbungsunterlagen sind einzureichen bei der Galenus-Privatstiftung, Friedrich-Kaiser-Gasse 14–16, A-1160 Wien. Weitere Informationen: www.galenusprivatstiftung.at.

Auflösung von www.okgenerika.ch und www.rx-generics.ch

Die beiden Generikaseiten www.okgenerika.ch und www.rx-generics.ch werden nicht mehr in der bisherigen Form als Suchmaschinen weitergeführt, sondern alle Generikainformationen sind nun in die pharmaSuisse-Homepage www.pharmasuisse.org integriert worden.

Im Mitgliederbereich unserer Homepage finden Sie sämtliche relevanten Punkte zum Thema, das heisst die Generika-Evaluationen, wissenschaftliche Publikationen und Zusatzinformationen zu Generika (Liste der Co-Marketingpräparate und Firmeninformationen wie Lactose- und Glutengehalt und Teilbarkeit der einzelnen Generika).

Für die Öffentlichkeit wurden Publikationen zum Thema aufgeschaltet, die Evaluationen sind wie bislang nur den Fachpersonen zugänglich.

†

Avis mortuaire

Nous avons le regret de vous faire part du décès de

Monsieur

Georges-Maurice Montandon

21. 2. 1920–8. 1. 2009

Pharmacien, Neuchâtel
Membre de la Société depuis 1948
Membre libre depuis 1990

Nous présentons à sa famille nos condoléances les plus vives et les plus sincères.

Société Suisse des Pharmaciens, pharmaSuisse
Le comité

†

Todesanzeige

Wir haben die traurige Pflicht, unsere Mitglieder vom Hinschied von

Herrn

Friedrich Dobler

22. 7. 1915–25. 11. 2008

Apotheker, Schlieren
Mitglied des Verbands seit 1949
Freimitglied seit 1986

in Kenntnis zu setzen.

Wir werden dem Verstorbenen ein ehrendes Andenken bewahren und sprechen seinen Angehörigen unser herzliches Beileid aus.

pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverband
Der Vorstand

pharmActuel

bietet aktuelle Fortbildung

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH** Fortbildungsprogramme

pharmActuel-Regionalkonferenzen

Tessin

Data:	Mercoledi, 4 marzo 2009
Soggetto:	**Epatiti**
Consigliere:	Dr. A. Cerny
No ID:	1-3-233-09-P15
Ora:	Aperitivo 19.30 alle ore, inizio relazione 20.15 alle ore
Luogo:	Manno Aragonite
Prezzo:	Fr. 20.– con abbonamento pharmActuel Fr. 30.– senza abbonamento pharmActuel
Iscrizione:	pharmActuel, c/o OFCT, Casella postale 5539, 6901 Lugano, Fax 091 923 39 09

Vaud

Date:	Mardi, le 10 mars 2009
Sujet:	**Validation d'ordonnance et diabétologie: cas pratiques**
Orateur:	Prof Olivier Bugnon
N° ID:	1-3-225-09-P16.5
Heure:	19.45 bis 21.30 Uhr
Lieu:	Auditoire Jequier-Doge de la PMU
Prix:	Fr. 30.– pour les abonné(e)s à pharmActuel Fr. 50.– pour les non-abonné(e)s

Inscription:
→ Directement sur le site: www.pharmactuel-vd.ch
→ Par courrier électronique: inscription@pharmactuel-vd.ch
→ Par courrier postal: pharmActuel-Vaud – p. a. Erik Paus – ch. Des Petits-Esserts 5 – 1053 Cugy

Bern

Datum:	Mittwoch, 11. März 2009
Thema:	**Augenreizungen**
Referent:	Dr. Gian-Marco Sarra, Augenarzt
ID-NR:	1-3-221-09-P15
Zeit:	19.30 Uhr
Ort:	Hörsaal des Universitätsgebäudes Unitobler, Lerchenweg 36, Bern
Preis:	Fr. 20.– für pharmActuel-Abonnenten Fr. 30.– für Nichtabonnenten Fr. 5.– für Studenten
Anmeldung:	Länggass-Apotheke, Christine Waldner, Fax 031 302 23 22, E-Mail: laenggass.apotheke@bluewin.ch

Sie haben das Zertifikat erhalten
Elles ont obtenu le certificat

pharmacy isas qms-pharma 2010 **QMS**

pharmaSuisse, der Schweizerische Apothekerverband, gratuliert folgenden Apotheken und ihren Teams:

pharmaSuisse, la Société Suisse des Pharmaciens, félicite les équipes suivantes:

QMS-Apotheke 1. Audit
Apotheke Drogerie Tivoli, Landstrasse, 8957 Spreitenbach
Goldene Engel Apotheke AG, Freie Strasse 20, 4001 Basel
Pharmacie Centrale SELARL, 6 rue Emile Frange, 87500 St. Yrieix La Perche (France)
Pharmacie de la Vezere, Rue Juillet 2, 24290 Montignac (France)
TopPharm Batterie Apotheke B-Pharma AG, Gundeldingerrain 191, 4059 Basel
TopPharm Galerie Apotheke AG, Via dal Bagn 52a, 7500 St. Moritz
Volksapotheke im Dorf, Zentralstrasse 49, 8212 Neuhausen am Rheinfall
Volksapotheke zum Zitronenbaum, Vordergasse 29, 8200 Schaffhausen

QMS-Apotheke 2. Audit (Auditerneuerung)
Apotheke Rhodania AG, Gliserallee 8, 3902 Glis
Fortuna Apotheke, Bahnhofstrasse 10, 5615 Fahrwangen
Pharmacie Ruch SA, rue Col. Hoffmeyer 39, 2854 Bassecourt

QMS-Apotheke 3. Audit (Auditerneuerung)
Apotheke Wiedikon, Kalkbreitestrasse 115, 8003 Zürich
Bahnhof Apotheke Topwell-Apotheken AG, Bahnhofstrasse 32, 8304 Wallisellen
TopPharm Morgental Apotheke, Albisstrasse 44, 8038 Zürich

QMS-Apotheke 4. Audit (Auditerneuerung)
Ameisen Apotheke AG, Magdenauerstrasse 10, 9230 Flawil
Apotheke St. Mauritius, Marktplatz, 3904 Naters
Apotheke Unitobler, Neufeldstrasse 1, 3012 Bern
Apotheke zur Alten Post, Hauptstrasse 19, 5742 Kölliken
Farmacia Chiesa SA, Corso San Gottardo 51, 6830 Chiasso
Hard-Apotheke, Hauptstrasse 53, 4127 Birsfelden
Limmatplatz-Apotheke, Limmatstrasse 119, 8005 Zürich
Müli Apotheke AG, Mühlestrasse 1, 5702 Niederlenz
Passage Apotheke AG, Bahnhofstrasse 72, 8500 Frauenfeld
pharmacieplus savigny sa, pl. du Forum 1, 1073 Savigny

Parallelimporte

«Lex Pharma» löst unterschiedliche Reaktionen aus

Christina Haas

National- und Ständerat wollen Parallelimporte für patentgeschützte Güter grundsätzlich zulassen, für Medikamente aber weiterhin verbieten. In der Schlussabstimmung der Wintersession vom 19. Dezember 2008 haben die eidgenössischen Räte mit 102 zu 85 Stimmen die Vorlage klar angenommen. Weder bezüglich Vor- noch bezüglich Nachteilen der Zulassung der Parallelimporte für die Schweizer Wirtschaft können verlässliche Prognosen gemacht werden.

Nun ist es entschieden: Künftig können Händler patentgeschützte Güter – mit Ausnahme von Medikamenten – am offiziellen Vertriebskanal vorbei einführen. Lange war dies verboten. Eine mehr als zehnjährige Diskussion ging der definitiven Entscheidung vom vergangenen 19. Dezember voraus. Entsprechend unterschiedlich fielen die Reaktionen der Befürworter und Gegner aus.

Befürworter und Gegner

Vor allem von rechter Seite wurde die Annahme der Parallelimporte harsch kritisiert. Das von den Räten akzeptierte Gesetz sei die schlechteste aller Lösungen, es setzte den Innovationsstandort Schweiz für geringe Preissenkungen aufs Spiel und schwäche im dümmsten Moment den Wirtschaftsstandort, liess sich die FDP verlauten. Die SVP kritisierte vor allem die Ausklammerung der Pharma-Produkte, sei doch dies der Bereich, in dem am meisten Kosten gesenkt und Geld gespart werden könnte. Auch der Wirtschaftsdachverband economiesuisse zeigte sich enttäuscht über den Ausgang der Abstimmung. CVP und SP hingegen begrüssten den Entscheid. Für die SP ist die Vorlage «ein Kompromiss nach jahrelangem Ringen». Die Ausnahme für die Pharmaindustrie sei ein Ärgernis, gehöre aber dazu.

Lex Pharma

Mit der Ausnahme der Arzneimittel soll den Bedenken der Industrie Rechnung getragen werden, wonach eine Lockerung des Importverbotes den Schweizer Forschungsstandort gefährdet hätte. Weshalb ist eine Ausnahme bei der Pharmaindustrie so wichtig für die Schweiz? Die Schweiz unterscheidet sich aufgrund ihrer starken Forschungstätigkeit in der Pharmabranche stark von den umliegenden europäischen Ländern. Die Pharmaindustrie ist sowohl hinsichtlich Wertschöpfung als auch hinsichtlich Beschäftigung sehr wichtig für die inländische Wirtschaft. Der Innovationsstandort Schweiz solle nicht durch Markt öffnende Gesetze geschwächt werden.

Bereits Initiative eingereicht

Bereits im August 2008 hatte das Forum für Parallelimporte und tiefere Konsumentenpreise, welches sich aus Detailhändlern wie Migros und Coop, Konsumentenverbänden, der Helsana und Bauernverbänden zusammensetzt, bei der Bundeskanzlei eine Initiative zu den Parallelimporten zur Vorprüfung eingereicht. Diese Initiative sieht auch den freien Import patentgeschützter Medikamente vor, würde somit über den Ratsbeschluss hinausgehen. Ob die Initiative wirklich lanciert wird, war bei Redaktionsschluss noch offen. Wer von politischer Seite eine derartige Initiative unterstützen würde, ist zum heutigen Zeitpunkt noch unklar. CVP und auch SP haben sich bereits klar dagegen ausgesprochen, eine Initiative der Grossverteiler zu unterstützen.

Position von pharmaSuisse

Für pharmaSuisse steht die Sicherheit für den Patienten an erster Stelle. Da sich der Parallelimport von Arzneimitteln der normalen Kontrolle durch die Herstellerfirma entzieht, werden Rückrufaktionen oder Verantwortlichkeitsklagen stark erschwert. Da die parallel importierten Medikamente zudem ausserhalb des Kontrollbereichs der Herstellerfirma stehen, besteht ein erhöhtes Risiko für Fälschungen. Häufig wird in der Diskussion um die Parallelimporte vergessen, dass in der SL marktwirtschaftliche Überlegungen aufgrund der administrierten Preise des BAG (auf Basis des Ländervergleichs) nicht möglich sind. pharmaSuisse setzt sich für qualitativ sichere, wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Arzneimittel ein. Bereits heute werden mit den Qualitätszirkeln zwischen Ärzten und Apothekern ungünstige Kosten- Nutzen-Verhältnisse kritisch beleuchtet und wenn möglich umgangen. Auch konnten mit einer konsequenten Förderung der Generika-Verschreibungen Kosten gesenkt werden – bei gleich bleibender Qualität der Behandlung. ▮

Korrespondenzadresse
Christina Haas, Mitarbeiterin Redaktion
E-Mail: christina.haas@pharmaSuisse.org

Importations parallèles

La «Lex Pharma» suscite des réactions opposées

Christina Haas

Le Conseil national et le Conseil des États veulent autoriser, à l'exception des médicaments, l'importation parallèle de biens protégés par un brevet. Lors du vote final de la session d'hiver du 19 décembre 2008, les Chambres fédérales ont nettement accepté la proposition par 102 voix contre 85. Aucun pronostic fiable ne peut être fait sur les avantages et les inconvénients d'une telle décision pour l'économie suisse.

La décision est maintenant prise: à l'avenir, les commerçants pourront importer des biens protégés par un brevet sans passer par le canal de distribution officiel, exception faite des médicaments. Cette pratique a longtemps été interdite. La décision définitive du 19 décembre dernier a été précédée d'une discussion de plus de dix ans. Les réactions des partisans et des adversaires sont particulièrement diversifiées.

Partisans et adversaires

L'acceptation des importations parallèles a été vivement critiquée, par les partis de droite principalement. Selon le PRD, la loi acceptée par les Chambres est la plus mauvaise de toutes les solutions, remet en question le pôle d'innovation de la Suisse sans apporter de nettes diminutions de prix et affaiblit la place économique au pire moment. L'UDC a surtout critiqué l'exclusion des produits pharmaceutiques qui offrent à ses yeux le plus grand potentiel d'économies. economiesuisse s'est également montrée déçue par le résultat de la votation. Le PDC et le PS ont par contre salué positivement la décision. Pour le PS, la proposition est «un compromis après des années de débats». L'exception accordée à l'industrie pharmaceutique est certes décevante, mais fait partie du tout.

Lex Pharma

Le fait d'exclure les médicaments était un moyen de répondre aux craintes de l'industrie qui estime qu'un assouplissement de l'interdiction compromettrait le pôle de recherche suisse. Pourquoi une telle exception est-elle à ce point importante? Il faut savoir qu'en Suisse, la branche pharmaceutique se distingue par une activité de recherche plus intensive que ses voisins européens. L'industrie pharmaceutique est très importante pour l'économie suisse, à la fois au niveau de la productivité et de l'emploi. Le pôle d'innovation suisse ne doit pas être affaibli par des lois laissant libre cours au marché.

Initiative déjà déposée

Le Forum pour les importations parallèles et un pouvoir d'achat accru, composé de commerces de détail comme la Migros et la Coop, d'organisations de consommateurs, d'Helsana et d'associations de paysans, a déposé une initiative à la Chancellerie fédérale dès le mois d'août 2008. Cette dernière prévoit aussi l'importation libre de médicaments sous brevet et irait donc au-delà de la décision du Parlement. Lors de la clôture rédactionnelle de ce numéro, il n'était pas encore clair si l'initiative serait effectivement lancée. A l'heure actuelle, personne ne sait quels partis politiques soutiendraient une telle initiative. Le PDC et le PS ont clairement rejeté l'idée de soutenir une initiative des grands distributeurs.

Position de pharmaSuisse

La sécurité des patients est la première priorité pour pharmaSuisse. Comme l'importation parallèle de médicaments n'est pas soumise aux contrôles habituels par le fabricant, les rappels ou les plaintes en responsabilité seraient fortement compliqués. En outre, le risque de contrefaçons serait accru. On oublie souvent, dans le débat autour des importations parallèles, que les considérations économiques ne sont pas possibles en raison des prix administrés de l'OFSP (basés sur la comparaison entre pays). pharmaSuisse défend des médicaments sûrs, efficaces, adéquats et économiques. Les cercles de qualité médecins-pharmaciens examinent aujourd'hui déjà les rapports coûts/utilité défavorables, puis prennent les mesures qui s'imposent. L'encouragement à la remise de générique a lui aussi permis de diminuer les coûts - tout en maintenant la même qualité de traitement. ▮

Adresse de correspondance
Christina Haas, collaboratrice à la rédaction
E-mail: christina.haas@pharmaSuisse.org

Mehr Klarheit bei Organspenden

Christa Rüedi

Organspenden sind ein zwiespältiges Thema: Für die schwerkranken Patienten, deren Leben nur mit einem neuen Organ gerettet werden kann, bedeuten sie die letzte Hoffnung. Auf der anderen Seite stehen potenzielle Spender, für die bisher viele Fragen offen waren und die sich bei diesem Thema mit dem eigenen Tod oder, bei Lebendspenden, mit einem grösseren operativen Eingriff auseinandersetzen müssen.

An der Organentnahme bei Toten bzw. an der Operation bei einer Lebendspende hat sich auch mit dem neuen Transplantationsgesetz grundsätzlich nichts geändert. Klarer geregelt sind hingegen die gesetzlichen Grundlagen. Sie sollen Gesunden Sicherheit geben bei ihrem Entscheid für oder gegen eine Organspende.

Der Verfassungsartikel

Neben der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften waren es bis 1999 die einzelnen Kantone, die im Bereich der Transplantation von Organen, Geweben und Zellen Bestimmungen erliessen. Weil diese aber sehr unterschiedlich waren, verlangten die eidgenössischen Räte eine einheitliche Regelung. In der Folge wurde 1999 die Verfassungsbestimmung über die Transplantationsmedizin vom Volk angenommen. Darin festgelegt ist, dass der Bund für den Schutz der Menschenwürde, der Persönlichkeit und der Gesundheit sorgt, Kriterien für eine gerechte Zuteilung von Organen festlegt und vorschreibt, dass Spenden von menschlichen Organen, Geweben und Zellen unentgeltlich sein müssen und dass der Handel mit menschlichen Organen verboten ist.

Die Verordnungen

In den Verordnungen zum entsprechenden Gesetzesartikel wurden zahlreiche Detailpunkte geregelt zu Meldepflichten und Bewilligungen, z.B. bei Ein- und Ausfuhr und bei klinischen Versuchen. Wichtig ist, dass die Organzuteilung neu zentral und patientenbezogen erfolgen muss und dass schweizweit die erweiterte Zustimmungslösung gilt. Neu ist ausserdem, dass Transplantationen von menschlichen Organen bewilligungspflichtig sind und nur in Spitälern vorgenommen werden dürfen, die dafür eine Bewilligung haben.

Wichtigste Punkte

Mit dem neuen Transplantationsgesetz, das seit dem 1. Juli 2007 in Kraft ist, wurde die Rechtssicherheit hergestellt. Für potenzielle Spender sind vor allem folgende Punkte interessant:

→ Voraussetzung für eine rechtsgültige Entnahme ist die erweiterte Zustimmungslösung: Primär muss die spendende Person einverstanden sein; fehlt eine entsprechende Willensäusserung, können die nächsten Angehörigen zustimmen.

→ Als Todeskriterium gilt der Hirntod, d.h. der Mensch ist tot, wenn die Funktionen seines Hirns einschliesslich des Hirnstamms endgültig ausgefallen sind.

→ Bei der Zuteilung von Organen ist die Gerechtigkeit oberstes Ziel. Massgebend sind die medizinische Dringlichkeit und der medizinische Nutzen. Die Zuteilungen erfolgen für die ganze Schweiz zentral durch die Nationale Zuteilungsstelle.

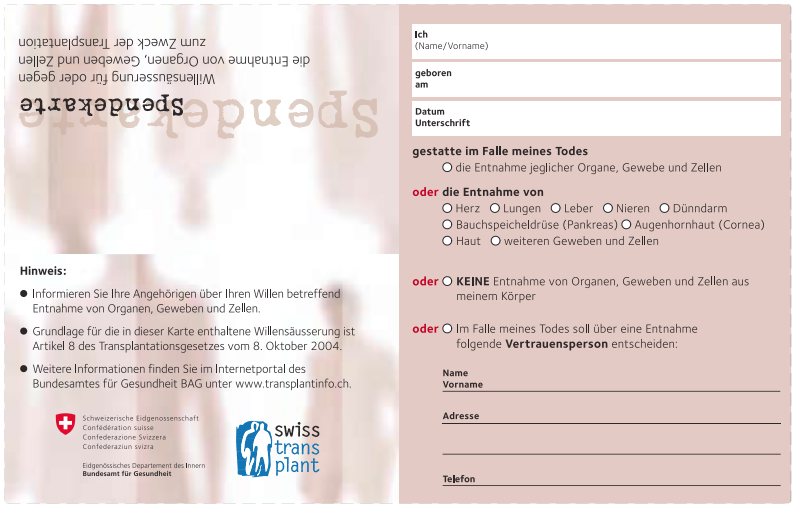
→ Transplantationen embryonaler oder fötaler menschlicher Gewebe und Zellen sowie Xenotransplantationen sind nur mit spezieller Bewilligung des Bundesamts für Gesundheit BAG möglich.

→ Personen, die sich für eine Lebendspende zur Verfügung stellen wollen, müssen umfassend über alle Vor- und Nachteile informiert werden und sollen frei und eigenverantwortlich entscheiden können.

Spendekarten

Potenzielle Spender finden unter www.transplantinfo.ch die ganzen Gesetzesbestimmungen und weitere Informationen. In den Monaten April und August wird das BAG die Öffentlichkeit ausserdem in einer Kampagne informieren. Die Spenderkarten liegen in Apotheken, Spitälern und bei Hausärzten auf und können kostenlos bestellt werden bei: Swisstransplant, Postfach 7952, 3001 Bern, E-Mail: info@swisstransplant.org, www.swisstransplant.org, Tel. 0800 570 234. ▮

Korrespondenzadresse
Christa Rüedi, Chefredaktorin pharmaJournal
E-Mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org



Davantage de clarté dans les dons d'organes

Christa Rüedi

Le don d'organes est un sujet à double tranchant: pour les patients gravement malades, dont la vie dépend d'un nouvel organe, il s'agit du dernier espoir. De leur côté, les donneurs potentiels doivent se confronter à leur propre mort ou faire face à une intervention chirurgicale de grande ampleur en cas de don de leur vivant. De nombreuses questions se bousculaient donc dans leur tête, jusqu'à présent.

La nouvelle loi sur la transplantation n'a rien modifié, sur le fond, au prélèvement d'organes sur des personnes décédées ou à l'opération lors de don par une personne vivante. Les bases juridiques sont néanmoins plus claires. Elles confortent les personnes en bonne santé dans leur décision pour ou contre un don d'organes.

Article constitutionnel

Mis à part l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), ce sont les différents cantons qui édictaient jusqu'en 1999 des directives dans le domaine de la transplantation d'organes, de tissus et de cellules. Vu leur très grande diversité, les Chambres fédérales ont demandé une réglementation homogène. Par la suite, le peuple a adopté, en 1999, la disposition constitutionnelle. Cette dernière précise que la Confédération doit assurer la protection de la dignité humaine, de la personnalité et de la santé et fixer des critères pour une attribution équitable des organes. En outre, elle spécifie que le don d'organes, de tissus et de cellules d'origine humaine doit être gratuit et que leur commerce est interdit.

Ordonnances

Dans les ordonnances relatives à l'article de loi, de nombreux points de détail ont été fixés sur l'obligation d'annoncer et les autorisations, p.ex. lors d'importations, d'exportations et d'essais cliniques. Dorénavant, l'attribution d'organes s'effectue de manière centrale et en fonction du patient, et le modèle du consentement au sens large s'applique à toute la Suisse. Par ailleurs, les transplantations d'organes humains sont soumises à consentement et ne peuvent être effectuées que dans les hôpitaux disposant d'une autorisation.

Points primordiaux

La nouvelle loi sur la transplantation, entrée en vigueur le 1er juillet 2007, a permis d'établir une sécurité juridique. Les donneurs potentiels doivent surtout retenir les points suivants:

→ Le modèle de consentement au sens large constitue la condition légale indispensable à un prélèvement d'organes. Le donneur doit avoir donné son consentement. Si ce dernier n'a exprimé aucune volonté particulière de son vivant, la décision revient aux proches.

→ Le critère de décès repose sur le concept de «mort cérébrale» selon lequel une personne est décédée lorsque les fonctions de son cerveau, y compris celles du tronc cérébral, ont subi un arrêt irréversible.

→ La procédure d'attribution d'un organe doit respecter une équité absolue. Les critères pris en compte sont l'urgence médicale et l'efficacité de la transplantation du point de vue médical. Le service national des attributions gère cette procédure de manière centrale.

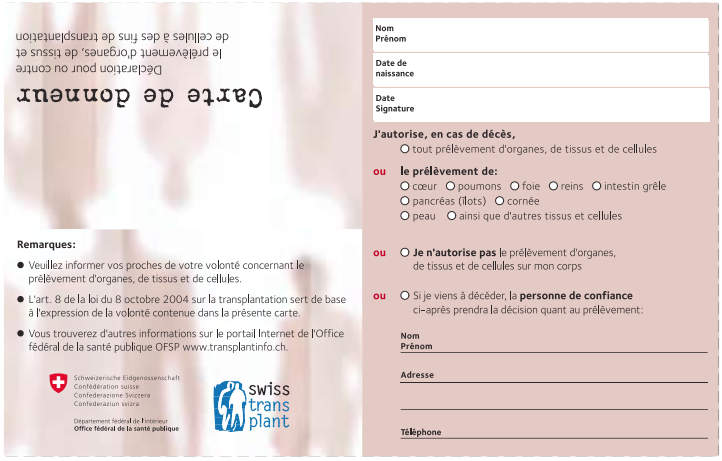
→ La transplantation de tissus ou de cellules issus d'embryons ou de fœtus d'origine humaine, ainsi que les xénotransplantations sont soumises à l'autorisation de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

→ Les personnes désireuses de faire un don de leur vivant doivent être informées de manière exhaustive sur les bienfaits et les risques d'une telle action et décider en toute connaissance de cause et librement si elles souhaitent courir ce risque.

Cartes de donneurs

Les donneurs potentiels peuvent trouver toutes les dispositions légales et des informations complémentaires sur le site www.transplantinfo.ch. En avril et en août, l'OFSP organisera en outre une campagne pour sensibiliser la population à ce sujet. Les cartes de donneurs sont disponibles dans les pharmacies, les hôpitaux et chez les médecins de famille. Elles peuvent aussi être commandées gratuitement auprès de: Swisstransplant, Case postale 7952, 3001 Berne, e-mail: info@swisstransplant.org, www.swisstransplant.org, tél. 0800 570 234. ▮

Adresse de correspondance
Christa Rüedi, rédactrice en chef du pharmaJournal
E-mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org



04 | 2.2009

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 19.2.2009, 147. Jahrgang



Nr. | No
04

Wüsten und Oasen

im Gesundheitswesen S. 21

Déserts sanitaires

et oasis de santé p. 22

→ Wissenschaft · Science

Antihypertensive Medikation (Teil 2)

Traitement de l'hypertension (2e partie)

Medikation: Fehlermanagement

Médication: gestion des erreurs

→ Politik · Politique

Forum santé-Gesundheit

→ Markt · Economie

Entwicklungen im Pharmamarkt

Évolutions dans le marché pharmaceutique

Arterielle Hypertonie (Teil 2)*

Martin Middeke

Einschleichen, Aufsättigen, Absetzen und Ausschleichen haben im Rahmen der antihypertensiven Medikation einen sehr unterschiedlichen Stellenwert. Unter klinisch-praktischen Gesichtspunkten hat bei der Anwendung der modernen Antihypertensiva (ACE-Hemmer, AT1-Blocker, Betablocker, Diuretika und Kalziumantagonisten) der Aspekt der einschleichenden Therapie bzw. Titration, neben der Verwendung langwirksamer Substanzen, den höchsten Stellenwert. Eine Aufsättigung bis zur maximalen Dosis wird heute als nicht mehr zeitgemäss betrachtet: Die Dosis-Wirkungskurve verflacht in höherer Dosierung, die Nebenwirkungsrate steigt dagegen überproportional an. Bevorzugt wird daher niedriger dosiert zu kombinieren, bevorzugt in fixer Kombination. Das Absetzen kann bei den meisten Patienten mit modernen Substanzen problemlos erfolgen. Ein Ausschleichen ist dabei allenfalls bei Patienten mit KHK unter Betablockade in Abhängigkeit von der klinischen Situation zu berücksichtigen. Ein kontrollierter Auslassversuch unter ärztlicher Führung ist heute mittels telemetrischer Blutdrucküberwachung sicher zu steuern.

Im ersten Teil (pharmaJournal 3/09) sind wir auf die Auswahl des Antihypertensivums, die Therapieschemata, die Mono- und die Kombinationstherapie eingegangen. Im vorliegenden zweiten Teil werden Einschleichen und Titrieren, Aufsättigen, Absetzen und Ausschleichen behandelt.

Einschleichen und Titrieren

Generell sollte heute die antihypertensive Therapie mit einer niedrigen Dosis eingeleitet werden. Da im Einzelfall nicht voraussehbar ist, ob und in welchem Ausmass der Blutdruck des einzelnen Patienten absinkt, ist der Beginn mit einer niedrigen Dosis sowohl eine Vorsichtsmassnahme als auch eine Chance, eventuell mit einer niedrigen Dosis eine ausreichende Wirkung zu erzielen. Für die meisten modernen Antihypertensiva gilt, dass ihre volle Wirkung erst nach etwa drei bis fünf Wochen erreicht ist. Das bedeutet, dass auch eine eventuelle Dosissteigerung nur langsam innerhalb von Wochen erfolgen sollte. Titrieren bedeutet eine sukzessive Dosissteigerung mit dem Ziel, den grössten Effekt mit einer niedrigen bis mittleren Dosis zu erreichen (Abb. 1).

Eine überschiessende Blutdrucksenkung nach der ersten Gabe ist eventuell von alpha1-Blockern («first dose phenomenon») zu erwarten. Dies betrifft insbesondere Patienten, die mit Betablockern vorbehandelt sind. Daher sollte bei diesen Patienten eine alpha-Blocker-Therapie besonders vorsichtig und niedrig dosiert eingeleitet werden, z.B. Doxazosin (sofern überhaupt) initial 1 mg. Der Blutdruck muss in den ersten Tagen regelmässig gemessen werden. Hierfür eignet sich auch besonders gut die Selbstmessung durch den Patienten und die telemetrische Übertragung der Werte in die Praxis (Abb. 1).

Eine überschiessende und eventuell zu starke Blutdrucksenkung nach initialer Gabe eines ACE-Hemmers ist bei Patienten mit Nierenarterienstenose bzw. Vorbehandlung mit Diuretika in hoher Dosierung möglich. Die Diuretikadosis sollte daher zuvor reduziert werden: für Hydrochlorothiazid z.B. gilt heute 12.5 mg als Maximaldosis in der antihypertensiven Therapie. Der Einsatz von Hemmstoffen des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems bei eingeschränkter Nierenfunktion ist langfristig von Vorteil, muss initial aber ebenfalls sehr vorsichtig erfolgen: niedrig dosieren, Blutdruck täglich kontrollieren und Kreatinin kurzfristig kontrollieren, insbesondere bei starker Blutdrucksenkung.

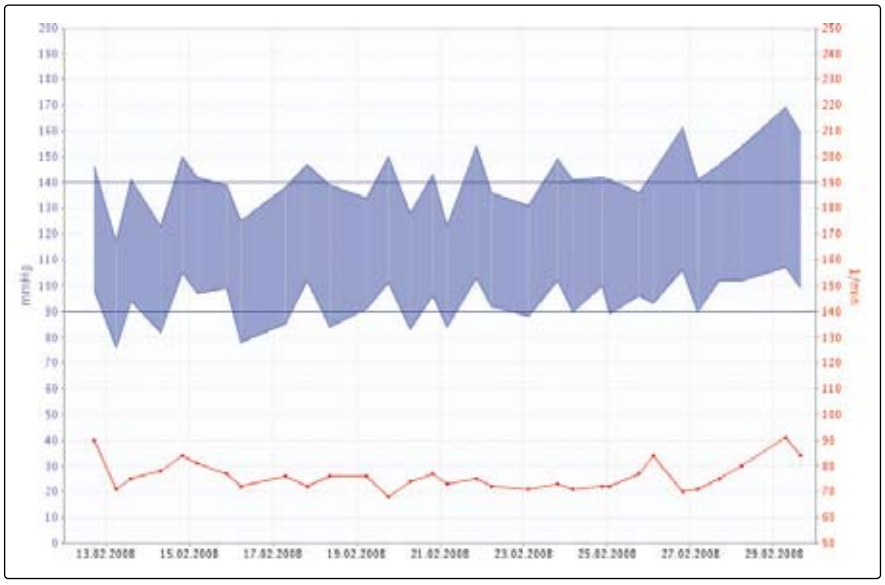


Abbildung 1 Original-Computerausdruck
Blutdrucknormalisierung nach drei Monaten bei einem 58-jährigen Patienten mit schwerer Hypertonie, hypertensiver Herzerkrankung und Nephropathie: Initiale Monotherapie (Amlodipin** morgens und abends wegen fehlender Nachtabsenkung in der Langzeitmessung), sukzessive Kombinationstherapie über Wochen mit zusätzlich Telmisartan und anschliessend Hydrochlorothiazid (3er-Kombination). Die Therapiesteuerung wurde durch die telemetrische Übertragung der Blutdruckwerte ins Zentrum sehr erleichtert.

**Initial wurde Amlodipin gegeben, um die Hormonbestimmung (Renin, Aldosteron) im Rahmen der Stufendiagnostik nicht zu stören.

*Zweitabdruck aus Therapeutische Umschau, 2008; 65; 577–584.

Aufsättigen

Eine Dosissteigerung im Sinne einer Aufsättigung bis zur maximal möglichen Höchstdosis ist bei der antihypertensiven Therapie generell nicht sinnvoll, da die Wirkungsverstärkung im Verhältnis zu den meist dosisabhängigen Nebenwirkungen unzureichend ist (Abb. 1). Dazu können gegenregulatorische Mechanismen die unangenehmen Nebenwirkungen verstärken, z. B. Tachykardie (Vasodilatatoren, insbesondere Minoxidil, Dihydralazin – wird in der Schwangerschaft verwendet), kalte Extremitäten und Raynaud-Symptomatik (Betablocker), starke Wasser- und Natriumretention (Minoxidil, Dihydralazin).

Da es mit den modernen Antihypertensiva keine Gewöhnungs- oder Toleranzentwicklung (Tachyphylaxie) gibt, ist eine stetige Steigerung der Dosis um die gleiche antihypertensive Wirkung zu erreichen, nicht notwendig. Die grossen Interventionsstudien zeigen, dass die Blutdruck senkende Wirkung mit Dauer der Einnahme über Monate und Jahre nicht abgeschwächt wird, sondern im Gegenteil zunimmt. Wird im klinischen Alltag ein Wirkungsverlust bei zuverlässiger Einnahme beobachtet, oder ändert sich der Blutdruckcharakter, so kommen andere Ursachen in Betracht:

- → Gewichtszunahme mit Blutdruckanstieg,
- → Verschlechterung der Nierenfunktion,
- → Arzneimittelinteraktionen, z. B. Wirkungsabschwächung durch NSAR (wird häufig übersehen, insbesondere wenn die NSAR-Verordnung durch einen anderen Arzt erfolgt als die Verordnung für Antihypertensiva),
- → Entwicklung einer sekundären Hypertonie, z. B. arteriosklerotische Nierenarterienstenose.

Absetzen

Abruptes Absetzen von Antihypertensiva aus den fünf Hauptsubstanzklassen ist in der Regel unproblematisch. Dies geschieht wohl am häufigsten durch die Patienten selbst im Sinne eines unautorisierten Therapieabbruchs. Der bleibt meist ohne Folgen, d.h. es treten keine unangenehmen Entzugserscheinungen auf und der Wiederanstieg des Blutdrucks macht den meisten Hypertonikern keine Beschwerden. Nur etwa 45% der Hypertoniker haben typische Beschwerden wie Schwindel oder Kopfschmerzen, diese korrelieren allerdings sehr eng mit der Blutdruckhöhe bzw. dem Schweregrad [11].

Dies betrifft unbehandelte und behandelte Hypertoniker. So ist nicht verwunderlich, dass die Compliance mit der Dauer der Behandlung abnimmt, und viele Patienten die Therapie nach einiger Zeit abbrechen [7].

Abruptes Absetzen der Antihypertensiva durch den behandelnden Arzt ist mit den modernen Substanzen wie ACE-Hemmer, AT1-Blocker und Kalziumantagonisten ebenso unproblematisch wie mit den altbewährten Diuretika. Ausschleichen ist bei bestimmten Patienten allerdings unter Betablockade wichtig.

Die beiden häufigsten Gründe für ein abruptes Absetzen durch den Arzt sind eine fehlende oder unzureichende antihypertensive Wirkung (Effektivität) und das Auftreten von Nebenwirkungen. Da die meisten Substanzen mindestens vier Wochen brauchen, um ihre volle Wirksamkeit zu entfalten, sollte man bei noch nicht ausreichender Blutdrucksenkung nicht zu voreilig absetzen bzw. nicht auf eine andere Substanz umsetzen. Objektiv schwerwiegende Nebenwirkungen, wie Hypokaliämie unter Diuretika oder Angioödem unter ACE-Hemmern, zwingen ebenso zum Absetzen, wie subjektiv unangenehme und nicht tolerierbare Nebenwirkungen, wie erektile Dysfunktion unter Betablockade oder prätibiale Ödeme unter Kalziumantagonisten.

Ein weiterer Grund für das Absetzen eines Antihypertensivums ist der kontrollierte Auslassversuch, um die Notwendigkeit einer Fortführung der antihypertensiven Therapie zu überprüfen.

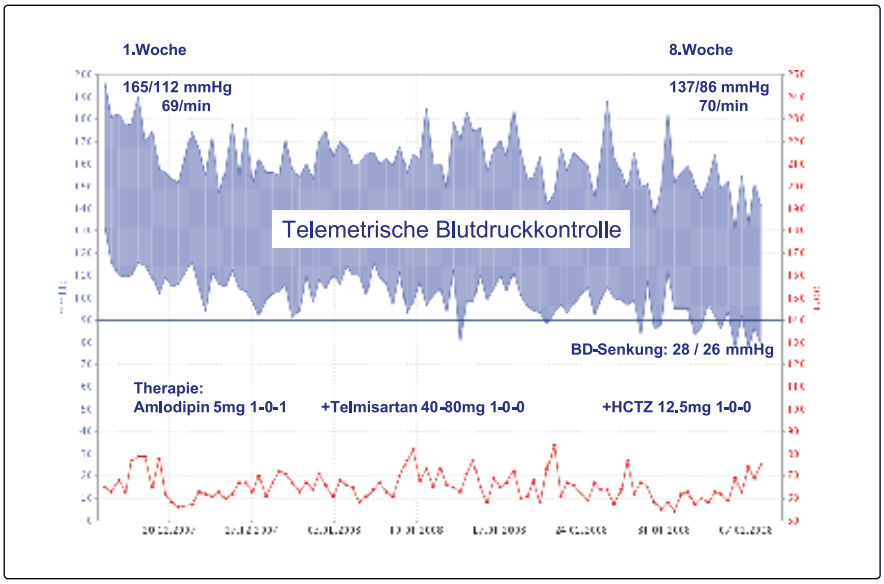


Abbildung 2 Original-Computerausdruck
Kontrollierter Auslassversuch mit telemetrischer Blutdrucküberwachung: Langsamer Wiederanstieg des Blutdrucks (Selbstmessung) nach abruptem Absetzen einer mehrjährigen Betablocker-Therapie bei einer 55-jährigen Patientin. Kein akutes Rebound-Phänomen.

Gründe für Absetzen

- → Wirkungslosigkeit, unzureichende Wirkung
- → Nebenwirkungen (objektiv gefährlich, subjektiv schwerwiegend)
- → kontrollierter Auslassversuch (Abb. 2)
- → Verdacht auf Praxishypertonie [12]

Ausschleichen

Unter Ausschleichen verstehen wir eine langsame Dosisreduktion anstelle eines abrupten Einnahmestopps. Dieses Vorgehen ist besonders zu beachten bei Betablockern und Clonidin. Betablocker dürfen bei Patienten mit koronaren Herzkrankheiten (KHK) und/oder Herzinsuffizienz nicht plötzlich abgesetzt werden. Hintergrund ist eine Sensibilisierung des Organismus durch eine Hochregulation der Rezeptoren unter längerer Blockadetherapie [13]. Die Gabe von Betablockern führt auf Dauer zu einer «Up-Regulation» der Betarezeptorendichte z. B. am Herzen. Nach dem Absetzen stehen nun mehr Rezeptoren für die endogene Katechola-

minwirkung zur Verfügung. Daher kann sich 12 bis 72 Stunden nach Therapiebeendigung ein Absetzsyndrom mit Tachykardie, überschiessendem Blutdruckanstieg (Rebound-Phänomen), Angina pectoris und Arrhythmien entwickeln, und für mehrere Tage anhalten (14–17). Dies kann für Patienten mit ischämischer Herzerkrankung eventuell zu einem Herzinfarkt führen. Bei Patienten mit KHK ist daher besondere Vorsicht geboten, d. h. es sollte eine langsame Dosisreduktion unter enger klinischer Beobachtung erfolgen. Besonders hilfreich hierbei sind moderne telemetrische Verfahren zur Blutdrucküberwachung (Abb. 1 und 2).

Die Gefahr des Rebound-Phänomens besteht auch bei einigen zentralnervös wirksamen Antihypertensiva wie Clonidin nach längerer Behandlung und sehr viel geringer bei alpha-Methyldopa [16–18]. Der überschiessende Wiederanstieg des Blutdrucks wird wahrscheinlich durch eine erhöhte Noradrenalinkonzentration und Sympathikusaktivität hervorgerufen [18]. Nach plötzlichem Absetzen von Clonidin kann es nach etwa 18 bis 36 Stunden zu einem teilweise ausgeprägten Entzugssyndrom kommen. Dies ist gekennzeichnet durch einen krisenhaften Blutdruckanstieg. Kopfschmerzen, Bauchkrämpfe, Tremor, Schwitzen und Tachykardie können eventuell auch ohne einen signifikanten Blutdruckanstieg auftreten. Ein Rebound-Phänomen nach Absetzen von dem verwandten Moxonidin ist bisher nicht beschrieben worden. Die Dosisreduktion sollte insbesondere nach dem Einsatz hoher Dosen über Tage sukzessive erfolgen unter regelmässiger Blutdruckkontrolle und Erfassung der subjektiven Symptomatik. Für kurzwirksame Dihydropyridine werden Einzelfälle eines überschiessenden Blutdruckanstiegs nach abruptem Absetzen berichtet [19], ebenso für Minoxidil [20]. Allerdings sollten kurzwirksame Dihydropyridin-Kalziumantagonisten ohnehin nicht mehr in der Hypertonietherapie eingesetzt werden! Kurzwirksame Diuretika (z. B. Furosemid) werden leider auch heute noch bei normaler Nierenfunktion häufig zur Hypertoniebehandlung eingesetzt. Charakteristisch ist eine sehr kurze und sehr intensive Wirkung auf Blutdruck, Elektrolyt- und Wasserausscheidung, gefolgt von einem raschen Wiederanstieg/Rebound [21]. Daher sind kurzwirksame Diuretika für die antihypertensive Langzeittherapie bei Patienten mit normaler Nierenfunktion nicht indiziert. ▮

Korrespondenzadresse
Prof. Dr. med. Martin Middeke
Hypertoniezentrum München
Dienerstrasse 12, DE-80331 München
E-Mail: info@blutdruckinstitut.de
www.hypertoniezentrum.de

Literatur siehe www.pharmasuisse.org → Mitgliederbereich pharmaJournal.

Dosage médicamenteux en début et en fin de traitement

Hypertension artérielle (2e partie)*

Martin Middeke

Instaurer un antihypertenseur à une dose initiale faible, augmenter peu à peu la dose jusqu'au taux plasmatique de saturation, diminuer progressivement le médicament puis l'arrêter sont des étapes dont l'importance varie grandement selon le type de principe actif. Vue sous l'angle de la pratique clinique, l'augmentation progressive d'une dose initialement faible est, avec le recours aux substances à longue durée d'action, l'aspect le plus important de l'utilisation des antihypertenseurs modernes (IEC, antagonistes AT1, bêta-bloquants, diurétiques et antagonistes du calcium). Une augmentation de la dose jusqu'à saturation plasmatique n'est plus considérée comme adéquate: à des doses élevées, la courbe dose-effet atteint un plateau, tandis que le taux d'effets indésirables augmente de manière disproportionnée. On préfère par conséquent une médication combinée à faibles doses en privilégiant les associations fixes. Avec les substances modernes, l'arrêt de la prise ne pose aucun problème chez la plupart des patients. En fonction de la situation clinique, on envisagera éventuellement une diminution progressive de la médication chez les patients coronariens sous bêta-bloquant. Un essai d'arrêt contrôlé sous supervision médicale peut être conduit aujourd'hui en toute sécurité grâce à la surveillance de la tension artérielle par télémétrie.

Dans la première partie (pharmaJournal 3/09), nous avons parlé du choix de l'antihypertenseur, des schémas de traitement, de la monothérapie et des associations. Cette deuxième partie traite de l'instauration à dose faible d'un médicament, de sa titration jusqu'au taux plasmatique de saturation et de son arrêt, y compris progressif.

*Tiré à part de la Revue Thérapeutique, 2008; 65: 577–584

Instauration progressive et titration

De nos jours, le traitement antihypertenseur devrait être instauré avec des doses faibles. Comme on ne peut prédire chez un patient donné si et dans quelle mesure sa tension artérielle diminuera, débuter par une faible dose est à la fois une précaution et une chance d'atteindre un effet suffisant avec une dose minimale. La plupart des antihypertenseurs modernes ne déploient leur plein effet qu'après trois à cinq semaines environ. La dose ne devrait donc être augmentée que progressivement en plusieurs semaines. Titrer un médicament, c'est en augmenter la dose par étapes successives dans le but d'atteindre le maximum d'effet pour une dose faible à moyenne (fig. 1).

Il se peut que les alpha1-bloquants induisent une brusque chute de la tension artérielle après la première prise («effet de première dose»), en particulier chez les patients précédemment traités par des bêta-bloquants. C'est pourquoi un traite-

ment par alpha-bloquant requiert une prudence particulière chez ces patients et doit être instauré à faible dose, p. ex. 1 mg initialement pour la doxazosine (si tant est qu'on opte pour ce traitement). La tension artérielle devra être mesurée régulièrement durant les premiers jours. La mesure pourra être idéalement effectuée par le patient lui-même et les valeurs transmises au cabinet par télémétrie (fig. 1).

Une chute brusque et éventuellement trop forte de la tension artérielle après la prise initiale d'un IEC est possible chez les patients présentant une sténose de l'artère rénale ou prétraités par des diurétiques à haute dose. La dose de diurétique devra donc être réduite préalablement: pour l'hydrochlorothiazide, p. ex., on considère aujourd'hui que la dose maximale dans le traitement antihypertenseur est de 12.5 mg. L'administration d'inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone à des patients dont la fonction rénale est diminuée est bénéfique à long terme, mais doit aussi être instaurée avec une très grande prudence: commencer par une faible dose, vérifier chaque jour la tension artérielle et contrôler à court terme la créatinine, surtout si la baisse de la TA est prononcée.

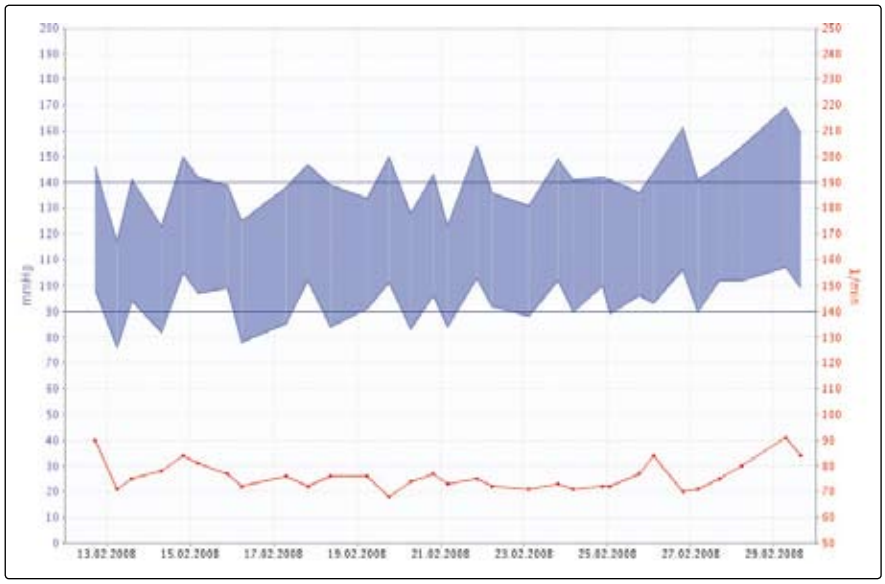


Figure 1 Capture d'écran originale
Normalisation de la tension artérielle à trois mois chez un patient de 58 ans atteint d'hypertension sévère, de cardiopathie hypertensive et de néphropathie: monothérapie initiale (amlodipine** matin et soir en raison d'une absence de baisse tensionnelle nocturne dans le monitorage à long terme), traitements combinés successifs sur plusieurs semaines avec ajout de telmisartan puis d'hydrochlorothiazide (trithérapie). La conduite du traitement a été grandement facilitée par la transmission des valeurs de TA au centre par télémétrie.
**L'amlodipine avait été donnée initialement pour éviter de perturber le dosage hormonal (rénine, aldostérone) dans le cadre du diagnostic par paliers.

Augmentation de la dose jusqu'à saturation

Il est généralement déconseillé d'augmenter la dose d'un médicament antihypertenseur jusqu'à saturation plasmatique. En effet, le gain d'efficacité est insuffisant en regard des effets indésirables, généralement dose-dépendants (fig. 1). Des mécanismes de contre-régulation peuvent renforcer les effets indésirables désagréables, p. ex. les tachycardies (vasodilatateurs, notamment le minoxidil, la dihydralazine – administrée aux femmes enceintes), la froideur des extrémités et le syndrome de Raynaud (bêta-bloquants), ainsi qu'une forte rétention hydrosodée (minoxidil, dihydralazine).

Comme les antihypertenseurs modernes n'entraînent pas d'accoutumance (tachyphylaxie), il n'est pas nécessaire d'accroître constamment la dose pour atteindre le même effet antihypertenseur. Les grandes études d'intervention montrent que l'effet antihypertenseur ne s'amenuise pas avec la durée de la prise, mais augmente au contraire avec les mois et les années. D'autres raisons devront être évoquées pour expliquer une perte d'efficacité observée dans la pratique clinique quotidienne sans que la régularité de la prise ne puisse être mise en cause:

→ Prise de poids avec hausse de la TA
→ Dégradation de la fonction rénale
→ Interactions médicamenteuses telles qu'une diminution de l'efficacité par les AINS (passe souvent inaperçue, notamment quand les AINS sont prescrits par un autre médecin que les antihypertenseurs)
→ Développement d'une hypertension secondaire, p. ex. suite à une sténose athéromateuse de l'artère rénale

Arrêt du médicament

L'arrêt brusque d'un antihypertenseur de l'une des cinq classes principales de principes actifs ne pose généralement pas de problème. Un tel arrêt est le plus souvent le fait des patients eux-mêmes qui abandonnent le traitement de leur propre initiative. Il n'entraîne généralement pas de symptômes de sevrage désagréables, et la plupart des hypertendus ne sont pas incommodés par la remontée de la tension artérielle. Seuls env. 45% des patients éprouvent des troubles typiques tels que vertiges ou céphalées. Ces derniers sont toutefois très étroitement corrélés à l'ampleur de la TA, autrement dit à la sévérité de l'hypertension [11].

Ceci vaut à la fois pour les hypertendus traités et non-traités. Il n'est donc guère surprenant que la compliance diminue sur la durée et que de nombreux patients cessent leur traitement après un certain temps [7].

Avec les antihypertenseurs modernes que sont les IEC, les bloquants AT1 et les antagonistes du calcium, un arrêt brusque de la médication ne pose pas davantage de problèmes qu'avec les bons vieux diurétiques. En ce qui concerne les bêta-bloquants, il est toutefois important de diminuer progressivement la dose chez certains patients.

Les deux motifs les plus fréquents d'un arrêt brusque décidé par le médecin sont l'absence ou l'insuffisance de l'effet antihypertenseur (inefficacité) et l'apparition d'effets indésirables. Comme il faut quatre semaines au moins à la plupart des substances pour déployer toute leur efficacité, il est important de ne pas arrêter ou remplacer le médicament trop précipitamment lorsque la baisse obtenue de la TA est insuffisante. Des effets indésirables

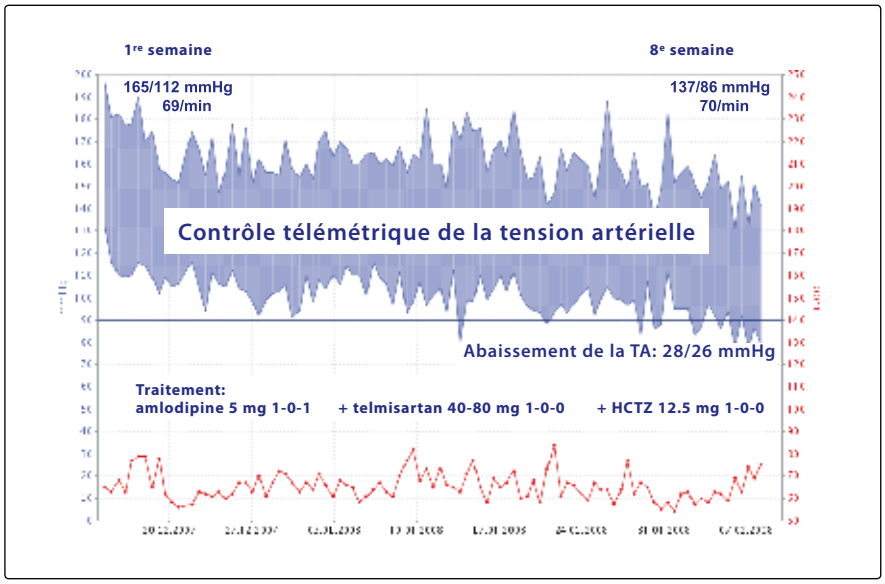


Figure 2 Capture d'écran originale
Essai d'arrêt contrôlé avec surveillance télémétrique de la tension artérielle: lente remontée de la tension artérielle (mesure autonome) après arrêt brusque d'un traitement de plusieurs années par bêta-bloquant chez une patiente de 55 ans. Pas de phénomène aigu de rebond.

objectivement graves comme une hypokaliémie sous diurétiques ou un angio-œdème sous IEC contraignent tout autant à l'abandon du traitement que des effets indésirables subjectivement désagréables et intolérables tels que la dysfonction érectile sous bêta-bloquants ou les œdèmes prétibiaux sous antagonistes du calcium.

Une autre raison d'arrêter un antihypertenseur est l'essai d'arrêt contrôlé dans le but de vérifier la nécessité de poursuivre le traitement.

Raisons d'un arrêt
- → Inefficacité, effet insuffisant
- → Effets indésirables (objectivement dangereux, subjectivement sévères)
- → Essai d'arrêt contrôlé (fig. 2)
- → Suspicion d'hypertension «blouse blanche» [12]

Arrêt progressif

L'arrêt progressif d'un médicament suppose une lente réduction de la dose au lieu d'une brusque cessation de la prise. Ce procédé est particulièrement important dans le cas des bêta-bloquants et de la clonidine. Les bêta-bloquants ne doivent pas être arrêtés brusquement chez les patients coronariens et/ou insuffisants cardiaques. En effet, leur organisme est sensibilisé par une régulation positive des récepteurs sous l'effet de leur longue inhibition par le bêta-bloquant [13]. L'administration de bêta-bloquants conduit à terme à une «up-régulation» de la densité des bêta-récepteurs, p.ex. au niveau du cœur. Après l'arrêt du bêta-bloquant, les récepteurs sur lesquels peut s'exercer l'effet endogène des catécholamines sont plus nombreux. Il peut en résulter un syndrome d'arrêt avec tachycardie, hausse brusque de la tension artérielle (phénomène de rebond), angine de poitrine et arythmies, qui se développe 12 à 72 heures après l'arrêt du traitement et perdure sur plusieurs jours (14 à 17). Ceci peut provoquer un infarctus du myocarde chez les patients atteints de cardiopathie ischémique. On observera donc la plus grande prudence chez les patients coronariens, dont la dose sera réduite lentement sous surveillance clinique étroite. Les méthodes télémétriques modernes de surveillance de la tension artérielle (fig. 1 et 2) sont particulièrement utiles à cet égard.

Le risque de phénomène de rebond existe aussi pour certains antihypertenseurs à effet central tels que la clonidine après traitement prolongé ainsi que, beaucoup plus rarement, pour l'alpha-méthyldopa [16–18]. La brusque remontée de la tension artérielle est probablement due à une hausse de la concentration de noradrénaline et de l'activité du sympathique [18]. Un syndrome de sevrage parfois prononcé peut apparaître env. 18 à 36 heures après un arrêt brusque de la clonidine. Celui-ci est caractérisé par une crise hypertensive. Des céphalées, crampes abdominales, tremblements, sueurs et tachycardies peuvent éventuellement apparaître même sans hausse significative de la tension artérielle. Aucun phénomène de rebond n'a encore été décrit suite à l'arrêt de la moxonidine, une substance apparentée. La réduction de la dose doit avoir lieu par étapes successives, sous surveillance régulière de la tension artérielle et consignation des symptômes subjectifs, surtout si le médicament a été fortement dosé pendant plusieurs jours. Des cas isolés de hausse excessive de la tension artérielle après un arrêt brusque ont été rapportés pour des dihydropyridines à brève durée d'action [19], de même que pour le minoxidil [20]. Au demeurant, les antagonistes du calcium à brève durée d'action du groupe des dihydropyridines ne devraient plus être utilisés dans le traitement de l'hypertension!

Hélas, les diurétiques à brève durée d'action (p.ex. le furosémide) sont souvent utilisés aujourd'hui encore dans le traitement de l'hypertension chez les patients dont la fonction rénale est normale. Ils se caractérisent par un effet très bref et très intense sur la tension artérielle et sur l'élimination de l'eau et des électrolytes, suivi d'une remontée rapide de la tension artérielle (rebond) [21]. C'est pourquoi les diurétiques à brève durée d'action sont contre-indiqués dans le traitement antihypertenseur à long terme chez les patients à fonction rénale normale. ▮

Adresse de correspondance
Prof. Dr. med. Martin Middeke
Hypertoniezentrum München
Dienerstrasse 12
DE-80331 München
E-mail: info@blutdruckinstitut.de
www.hypertoniezentrum.de

Littérature disponible dans le domaine protégé du site www.pharmasuisse.org, sous pharmaJournal.

Schnittstelle Notfall-Bettenstation

Monika Lutters, Peter Wiedemeier

Ergänzung
Im pharmaJournal 2/09 wurde an dieser Stelle über das Teilen von Tabletten berichtet. Wir weisen zusätzlich darauf hin, dass im Mitgliederbereich von www.pharmasuisse.org unter pharManuel umfangreiche Informationen zur Teilbarkeit von Präparaten zu finden sind.

Patienten, die eine Behandlung im Spital benötigen, werden von verschiedenen Fachpersonen medikamentös betreut. Arzneimittel werden sowohl vom Hausarzt als auch vom Spitalarzt verordnet, abgegeben werden sie von der Offizin und der Spitalapotheke, verabreicht von Pflegepersonen. Dabei ergeben sich zahlreiche Schnittstellen, die Ursache vielfältiger Fehler sein können.

Ungefähr die Hälfte aller stationären Patienten kommen über das Notfallzentrum ins Spital. Nach der Erstversorgung werden sie auf eine Bettenstation verlegt. Die Schnittstelle Notfall-Bettenstation ist ein kritischer Bereich, bei dem immer wieder Fehler oder Probleme auftreten können.

Erster Fall [1]

Ein 83-jähriger Mann wurde wegen einer peripherarteriellen Verschlusskrankheit mit Gangrän notfallmässig ins Spital eingewiesen. Der Patient erhielt seit längerem wegen einer COPD und Polymyalgie unter anderem 15 mg Prednison pro Tag. Anlässlich der Patientenaufnahme in der Notfallstation wurde vergessen, diese Medikation mit einer neuen Verordnung für die Bettenstation fortzusetzen. Nach der Verlegung auf die Bettenstation traten zunehmende Verwirrtheit, Müdigkeit, Schläfrigkeit und ein leichter Blutdruckabfall auf. Am dritten Hospitalisationstag bemerkte man, dass die Prednison-Therapie unterbrochen worden war, und diagnostizierte eine Addisonkrise.

Nach Erkennen des Fehlers wurden 10 mg Prednisolon i.v. gegeben, am nächsten Tag 50 mg und anschliessend wieder täglich 15 mg Prednison per os. Diese Massnahmen führten zu einer deutlichen klinischen Erholung, so dass am achten Tag der Patient zur Unterschenkelamputation auf die Chirurgie verlegt werden konnte.

Zweiter Fall

Ein 33-jähriger Patient wurde ins Spital eingeliefert. In der Notfallabteilung wurde aufgrund eines Verdachts auf Malaria Chininsulfat 3-mal 500 mg und Doxycyclin 2-mal 200 mg p.o. verordnet.

Im Spital gibt es nur Chininsulfat Dragees à 250 mg und Vibramycin® (Doxycyclin) Tabletten à 100 mg, so dass der Patient 3-mal 2 Tabletten Chininsulfat und 2-mal 2 Tabletten Vibramycin® erhielt.

Bei einer Kardexvisite auf der Medizinstation einige Tage später fiel folgende Verordnung im Kardex auf:

Chininsulfat	500 mg 2 – 2 – 2
Vibramycin®	200 mg 2 – 0 – 2

Rückwirkend liess sich nicht eruieren, ob der Patient tatsächlich die doppelte Dosis beider Medikamente erhalten hatte oder ob es sich nur um einen Schreibfehler im Kardex handelte, wie behauptet wurde.

Die Dosierung beider Medikamente wurde umgehend korrigiert, Nebenwirkungen traten keine auf.

Kommentar

Die Dosierung im zweiten Fall ist bei beiden Medikamenten doppelt so hoch wie die übliche Dosierung. Überdosierungen mit Chinin können zu Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Ohrensausen, Taubheit, Sehstörungen bis zur Erblindung, Krampfanfällen und Arrythmien führen.

Beide Präparate sind Medikamente, die im Spital selten eingesetzt werden. Zu Chininsulfat existiert keine Monographie im Kompendium. Anwendung und Dosierung sind daher nicht oder wenig bekannt. Zwar sollten sich Ärzte vor jeder Verordnung über jedes Medikament – insbesondere über die Dosierung – informieren, doch oft fehlt die Zeit dazu. Zudem verlassen sich viele Ärzte auf ihre Vorgänger und übernehmen unreflektiert auch unbekannte oder unklare Verordnungen.

Der zweite Fall zeigt, dass Fehler oder Missverständnisse nicht nur bei Spitaleintritt häufig auftreten, sondern auch bei der Verlegung im Haus auf eine andere Station. Oft werden gerade im Notfall Verordnungen nicht eindeutig schriftlich festgelegt. Ein weiteres Problem ist, dass die Verordnungen des Arztes durch Pflegefachleute ausgeführt werden. Der zuständige Arzt kennt daher meist nicht die vorrätigen Dosierungen.

Ein elektronisches Verordnungsprogramm, das dem Arzt Medikamente aus der hauseigenen Arzneimittelliste vorschlägt, würde es dem Arzt erleichtern, die Verordnung von Anfang an richtig zu verfassen (zum Beispiel Chininsulfat 250 mg Tabletten: 2 – 2 – 2). Auch Überdosierungen liessen sich leicht feststellen, wenn man zu jedem Medikament eine Maximaldosis festlegt, die nicht überschritten werden darf. Beim Überschreiten der Maximaldosis wird zum Beispiel ein Warnhinweis angezeigt.

Ausserdem könnte in einem elektronischen Patientendossier aus der Verordnung automatisch der Kardex generiert werden, so dass Übertragungsfehler beim Abschreiben der Verordnung eliminiert werden.

In vielen Spitälern gibt es mittlerweile solche elektronischen Dokumentationssysteme bzw. sie befinden sich zur Zeit in der Testphase.

Aber auch derartige Systeme verhindern nicht alle Fehler. Die zugrunde liegenden Datenbanken müssen regelmässig gepflegt werden. Viele Notfallmedikamente müssen auch aus dem Ausland importiert werden, so dass Fachinformationen nicht automatisch integriert werden können. Das Fehlen eines Warnhinweises bedeutet daher nicht unbedingt, dass die Dosierung in Ordnung ist, sondern dass vielleicht nur entsprechende Informationen fehlen oder noch nicht eingetragen wurden.

Deshalb (das gilt auch für uns Apotheker): Unbekannte Dosierungen immer kontrollieren. Sicher ist sicher! ▮

Korrespondenzadresse
Dr. Monika Lutters
Kantonsspital Baden
Spitalapotheke
5404 Baden

[1] Der vorgestellte Fall stammt aus der «Komplikationenliste» der Chefärztevereinigung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin, die seit 1998 Zwischenfälle in mehreren Schweizer Spitälern anonym erfasst.

Problèmes médicamenteux à la suite d'une hospitalisation

Interface entre service d'urgence et unité de soins

Monika Lutters, Peter Wiedemeier

Les patients qui suivent un traitement à l'hôpital reçoivent des médicaments de divers professionnels. Des médicaments sont prescrits par le médecin de famille et le médecin d'hôpital, puis remis par la pharmacie d'officine et d'hôpital ou administrés par le personnel soignant. Ceci entraîne donc de nombreuses interfaces à l'origine de multiples erreurs.

Près de la moitié de tous les patients stationnaires arrivent à l'hôpital par le biais du service des urgences. Après les premiers soins, ils sont transférés dans le service adéquat. L'interface entre service d'urgence et unité de soins représente un secteur critique où les problèmes et les erreurs sont fréquents.

Premier cas [1]

Un homme de 83 ans a été admis d'urgence à l'hôpital, à la suite d'une maladie artérielle occlusive périphérique avec gangrène. Le patient recevait depuis longtemps 15 mg de prednisone par jour en raison d'une BPCO et d'une polymyalgie. Lors de l'admission du patient au service des urgences, il a été oublié d'établir une nouvelle ordonnance pour cette même médication. Lors du transfert à l'unité des soins, le patient a manifesté les symptômes suivants: confusion, fatigue, somnolence et légère baisse de tension. Lors du troisième jour d'hospitalisation, il a été constaté que le traitement à la prednisone avait été interrompu. Une crise d'Addison a été diagnostiquée.

Après que l'erreur eut été déterminée, le patient a reçu 10 mg de prednosone i.v., 50 mg le lendemain, puis à nouveau 15 mg per os quotidiennement. Ces mesures ont permis au patient de bien se remettre. Le huitième jour, il a donc pu être transféré au service de chirurgie pour une amputation de la jambe.

Deuxième cas

Un patient de 33 ans a été hospitalisé. Le service des urgences, craignant un cas de paludisme, a prescrit trois fois 500 mg de sulfate de quinine et deux fois 200 mg p.o. de doxycycline.

L'hôpital ne dispose que de sulfate de quinine sous forme de dragées à 250 mg et de Vibramycine® (doxycycline) sous forme de comprimés à 100 mg. Le patient a donc reçu deux comprimés de sulfate de quinine à trois reprises et deux comprimés de Vibramycine® à deux reprises.

Lors d'une visite au service médical quelques jours plus tard, l'ordonnance suivante était notée sur le cardex:

Sulfate de quinine 500 mg 2 – 2 – 2
Vibramycine® 200 mg 2 – 0 – 2

Il n'a pas été possible de déterminer a posteriori si le patient avait effectivement reçu la double dose des

Complément
Dans le pharmaJournal 2/09, nous avons publié un article sur la sécabilité des comprimés. Dans le domaine protégé du site www.pharmasuisse.org, sous pharManuel, vous trouverez des informations plus approfondies sur le sujet.

deux médicaments ou s'il s'agissait comme prétendu d'une erreur de reproduction dans le cardex.

La posologie des deux médicaments a été immédiatement corrigée. Aucun effet indésirable n'est apparu.

Commentaire

Dans le deuxième cas, la posologie est deux fois supérieure au dosage habituel pour les deux médicaments. Les surdosages en quinine peuvent entraîner les symptômes suivants: sensations de vertige, céphalées, bourdonnements d'oreilles, surdité, troubles de la vue pouvant provoquer une cécité, crises de convulsions et arythmies.

Les deux préparations sont rarement utilisées à l'hôpital. Dans le compendium, il n'existe aucune monographie sur le sulfate de quinine. Leur utilisation et leur posologie sont donc peu connues voire totalement inconnues. Les médecins devraient certes se renseigner sur la posologie de chaque médicament avant toute prescription. Toutefois, ils n'en ont souvent pas le temps. De nombreux médecins se fient donc à leurs prédécesseurs et reprennent des ordonnances inconnues voire peu claires sans réfléchir plus loin.

Le deuxième cas montre que les erreurs ou les malentendus ne surviennent pas seulement au moment de l'hospitalisation, mais aussi lors du transfert vers une autre unité au sein du même hôpital. Dans les cas d'urgence, il arrive souvent que les médicaments prescrits ne soient pas notés clairement par écrit. Le fait que les ordonnances du médecin soient souvent exécutées par le personnel soignant représente un autre problème. La plupart du temps, le médecin compétent ne sait pas quels dosages sont disponibles en stock.

Un programme électronique, qui proposerait au médecin des médicaments de la liste interne de l'hôpital, permettrait de procéder à une prescription correcte dès le début (p.ex. sulfate de quinine, comprimés à 250 mg: 2 – 2 – 2). Le fait de fixer pour chaque médicament une dose maximale à ne pas dépasser permettrait aussi de reconnaître facilement les surdosages. Une alerte pourrait p.ex. être affichée en cas de dépassement.

En outre, il serait possible de générer automatiquement le cardex à partir de l'ordonnance et éviter de la sorte toute erreur de reproduction.

De nombreux hôpitaux disposent déjà de systèmes électroniques de documentation ou les testent actuellement.

De tels systèmes ne permettent pas de prévenir toutes les erreurs pour autant. Les bases de données doivent être régulièrement mises à jour. De nombreux médicaments d'urgence doivent également être importés de l'étranger. Les informations destinées aux professionnels ne peuvent donc pas être intégrées automatiquement. L'absence d'avertissement ne signifie donc pas forcément que la posologie est correcte. Il se peut simplement que les informations ne soient pas disponibles ou n'aient pas encore été insérées.

C'est pourquoi nous conseillons (y compris aux pharmaciens) de toujours contrôler les posologies inconnues. Deux fois valent mieux qu'une! ▮

Adresse de correspondance
Dr Monika Lutters
Kantonsspital Baden
Spitalapotheke
5404 Baden

[1] Le cas présenté provient de la «Liste des complications» de la Chefärztevereinigung de la Société Suisse de Médecine Interne. Cette dernière recense anonymement, depuis 1998, les incidents survenus dans plusieurs hôpitaux suisses.

Fachapothekertitel FPH

Apothekerinnen und Apotheker, die einen Fachapothekertitel FPH in Offizinpharmazie tragen und eine Weiterbildung (nicht FPH anerkannt) absolvieren, können deren Anrechnung an die jährliche Fortbildung bei der FPH Offizin beantragen. Es können höchstens 100 Kreditpunkte gutgeschrieben werden (zum Beispiel «Lehrmeisterkurs»: ab 1.1. 2009: 100 Kreditpunkte).

Die restlichen 100 Kreditpunkte müssen durch Besuch von FPH anerkannten Veranstaltungen bzw. durch e-learning erworben werden.

Neue FPH-Titelträger/innen und Fähigkeitsausweisträger/innen FPH

Wir gratulieren folgenden Apothekerinnen und Apotheker zu ihrem Abschluss:

Fachapotheker/in FPH in Offizinpharmazie
Spécialiste FPH en pharmacie d'officine
Stephanie Christen, 6300 Zug
Madonna Daniele, 6622 Ronco s/Ascona
Anja Ruedin, 1196 Gland
Mauro Santin, 5400 Baden
Petra Schriber, 8006 Zürich
Wanda Surber, 8003 Zürich
Kristina Wernli-Berecic, 5012 Schönenwerd
Ilka Wilharm, 8053 Zürich

Fachapotheker/in FPH in Spitalpharmazie
Spécialiste FPH en pharmacie d'hôpital
Silke Lim, N-6026 Alesund
Irina Maria Domenig Skaanes, 7000 Chur
Sophie Maillard, 1700 Fribourg
Isabelle Roten, 1012 Lausanne
Dr. pharm. Catherine Hänni, 3098 Köniz
Laure-Zoé Kaestli, 1202 Genève

Fachapotheker/in FPH Klassische Homöopathie
Spécialiste FPH en homéopathie classique
Alain Picard, 2000 Neuchâtel
Marie-Josée Brischoux, 2740 Moutier

Fähigkeitsausweis FPH in klinischer Pharmazie
Certificat de formation complémentaire FPH en pharmacie clinique
Dr. Corinne Marianne Challet, 1006 Lausanne
Dr. Claudia Gräflein Stegmann, 8185 Im Winkel
Dr. Bertrand Guignard, 1030 Bussigny-près-Lausanne
Cédric Emmanuel Maître, 2000 Neuchâtel
Sandrine von Gruenigen, 2000 Neuchâtel
Irene Sonja Vogel Kahmann, 8240 Thayngen
Claudia Zaugg, 1208 Genève
Dr. Markus L. Lampert Waldner, 4133 Pratteln
Dr. Renaud Pichon, 1205 Genève
Isabelle Roten, 1012 Lausanne

Titre de spécialiste FPH

Les pharmaciens qui sont au bénéfice d'un titre de spécialiste FPH en pharmacie d'officine et qui suivent une formation postgraduée (non reconnue par la FPH) peuvent demander à la FPH Officine de la prendre en compte dans la formation continue annuelle. Cependant, il n'est possible de bénéficier que de 100 points de crédit au maximum (p.ex. «Cours de maître d'apprentissage»: 100 points de crédit depuis le 1.1. 2009).

Les 100 points de crédit restants doivent être acquis en suivant des manifestations reconnues par la FPH ou des apprentissages en ligne (e-learning).

Nouveaux porteurs du titre FPH et du certificat de formation complémentaire FPH

Nous félicitons les pharmaciens suivants pour l'obtention de leur titre:

Anerkennung von Weiterbildnerinnen, Weiterbildner und Weiterbildungsstätten
Reconnaissance de formateurs et d'établissements de formation postgraduée

Weiterbildner/in Fähigkeitsausweis FPH in klinischer Pharmazie
Formateurs pour le certificat de formation complémentaire FPH en pharmacie clinique
Dr. Claudia Gräflein Stegmann, 8185 Im Winkel
Dr. Corinne Marianne Challet, 1006 Lausanne
Dr. Christian Schäli, 1800 Vevey
Irene Sonja Vogel Kahmann, 8240 Thayngen
Dr. pharm. Catherine Hänni, 3098 Köniz

Weiterbildungsstätte FPH in Spitalpharmazie
Établissement de formation postgraduée FPH en pharmacie d'hôpital
Spitalapotheke, Kinderspital, 8032 Zürich

Weiterbildungsstätte FPH für die Weiterbildung FPH klassische Homöopathie
Établissement de formation postgraduée FPH en homéopathie classique
SHI Homöopathie Schule, 6300 Zug ▮

Korrespondenzadresse
Adresse de correspondance
Sabine Trachsel, Sachbearbeiterin FPH / collaboratrice FPH
E-Mail: sabine.trachsel@pharmasuisse.org.

Flash



Wohl bekomm's

Es ist wunderbar, wie viel Gutes wir beim Essen und Trinken für unsere Gesundheit tun: Wir versorgen uns nicht nur mit Vitaminen, Nähr- und Mineralstoffen. Verschiedene Lebensmittel enthalten Ballaststoffe, die unentbehrlich sind für die Verdauung, ausserdem aber unter anderem Darmkrebs vorbeugen sowie koronare Herzkrankheiten mindern sollen. Der rote Farbstoff in Tomatensauce und Ketchup enthält Antioxidantien und soll Krankheiten wie Arteriosklerose, Krebs und Katarakt positiv beeinflussen. Daneben gibt es sogenannten «functional Food», Nahrungsmittel, die nicht nur der Sättigung oder dem Genuss dienen: So sollen zum Beispiel spezielle Joghurts verdauungsfördernd und immunstimulierend wirken. Cholesterinwerte könnten durch entsprechende Margarine und Milch gesenkt werden. Die Liste lässt sich inzwischen fast beliebig verlängern.
Neuerdings können auch Biertrinker aufatmen: Bier ist nicht mehr «nur» ein alkoholischer Durstlöscher. Wie www.apotheke-adhoc.de kürzlich gemeldet hat, lanciert jetzt eine Brauerei in Brandenburg ein spezielles Anti-Aging-Bier, welches das Flavonoid Quercetin enthält, einen Stoff, der, zusammen mit Auszügen aus Spirulina-Algen, die Zell-Alterung verhindern soll.
Schade, dass ich Bier nicht mag.
Ich warte aber zuversichtlich darauf, dass weitere gesundheitsfördernde Bestandteile in Lebensmitteln identifiziert oder beigefügt werden, z. B. in der Pasta oder in Schwarzwäldertorten. Bis es soweit ist, ernähre ich mich einigermassen ausgewogen. Gemäss einigen Fachleuten soll das auch gesundheitsfördernd sein.

Christa Rüedi

A votre bonne santé!

Il est impressionnant de voir à quel point le simple fait de boire et de manger peut avoir un effet sur notre santé. Nous n'absorbons pas seulement des vitamines, des éléments nutritifs et des substances minérales. Divers aliments renferment des substances de lest qui sont indispensables à la digestion, qui préviennent notamment le cancer du côlon et qui amoindrissent le risque de maladies coronariennes. Le colorant rouge dans la sauce tomate et le ketchup contient des antioxydants et prévient paraît-il des maladies telles que l'athérosclérose, le cancer et la cataracte. A côté de cela, il existe aussi des aliments fonctionnels qui ne servent pas seulement à se rassasier: p. ex. les yoghourts favoriseraient ainsi la digestion et stimuleraient le système immunitaire. Le taux de cholestérol pourrait semble-t-il être diminué par la consommation de lait adapté et de margarine adéquate. La liste pourrait être complétée presque à l'infini.
Depuis peu, les buveurs de bière peuvent eux aussi pousser un grand soupir de soulagement. La bière n'est en effet plus une simple boisson alcoolisée. D'après le site www.apotheke-adhoc.de, une brasserie de Brandenburg a en effet décidé de lancer une bière «anti-âge» qui contient de la quercétine, un flavonoïde qui prévient le vieillissement des cellules lorsqu'il est associé à des extraits de l'algue Spirulina.
J'en regrette presque de ne pas aimer la bière!
Toutefois, d'autres éléments favorables à la santé seront certainement identifiés ou ajoutés, tôt ou tard, à des aliments comme p. ex. les pâtes ou les tourtes Forêt-Noire. D'ici là, j'essaie d'avoir une alimentation plus ou moins équilibrée. D'après certains professionnels, il semble que cela aussi est bénéfique pour la santé.

Christa Rüedi

Wüsten und Oasen im Gesundheitswesen

Christina Haas

Am Donnerstag 22. Januar 2009 fand unter dem Titel «Wüsten und Oasen im Gesundheitswesen» in Interlaken die 11. Tagung des Forum santé-Gesundheit statt. Vor mehr als 200 Vertretern aus dem Gesundheitswesen wurden Vorschläge präsentiert, wie die medizinische Grundversorgung in der Schweiz verbessert und den Bedürfnissen der Bevölkerung angepasst werden kann.

Obwohl sich die Schweiz punkto medizinischer Grundversorgung im internationalen Vergleich immer noch in einer guten Ausgangslage befindet, können bereits heute grosse Disparitäten zwischen einzelnen Regionen festgestellt werden. Ob und wie Bund und Kantone eingreifen sollen, oder ob der freie Markt spielen soll, ist seit langem ein wichtiger Diskussionspunkt. Das Forum santé-Gesundheit teilt die sich anbahnende Zweiklassenmedizin in «Oasen» und «Wüsten» auf und macht Vorschläge, wie das Angebot des Gesundheitswesen dahingehend verbessert werden kann, dass es den Bedürfnissen der Bevölkerung in städtischen und ländlichen Regionen unabhängig vom sozialen Status entspricht.

Wüsten und Oasen im Gesundheitswesen

Bereits zeichnet sich ab, dass es in der Schweiz eine ungleiche Gesundheitsversorgung gibt: Städtische oder stadtnahe Gebiete sind meist überversorgt, dagegen kämpfen ländliche Regionen mit einem akuten Hausärztemangel. Zudem fehlen häufig Einrichtungen für ältere Menschen und Langzeitpatienten. Auch Ärzte bestimmter Fachgebiete siedeln sich bevorzugt in stadtnahem Gebiet an. Ein grosser Unterschied zwischen Stadt und Land ist zudem festzustellen bei der medizinischen Versorgung an den Wochenenden, nachtsüber oder während Schulferien und Feiertagen. Als Gründe dafür, dass sich Ärzte bevorzugt in der Nähe einer Stadt niederlassen, können vor allem Anstellungsbedingungen, Lohnniveau und die Lebenssituation des Einzelnen genannt werden. Aber nicht nur einzelne Regionen, sondern auch einzelne Personengruppen sind unterversorgt: Niedriges Einkommen oder finanzielle Schwierigkeiten, eine falsche Bewertung der Krankheitssituation, häufig aber auch eine fehlende Information über Krankheiten und über Leistungsangebote oder sprachliche und kulturelle Hemmnisse führen bei bestimmten Personengruppen dazu, dass sie von medizinischen Leistungen nicht Gebrauch machen. Die Auswirkungen von solchen Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung ziehen weite Kreise: Die benachteiligten Regionen werden stark abgewertet, einerseits als Lebens –, andererseits als Arbeitsraum. Weit schlimmer als die wirtschaftliche Abwertung ist aber, dass in den benachteiligten Regionen ein höheres Krankheitsrisiko besteht, vor allem bei älteren Patienten.

Vorschläge des Forum santé – Gesundheit

Das Forum santé – Gesundheit unterbreitet keine pfannenfertigen Lösungsvorschläge, um die Disparitäten im Schweizerischen Gesundheitswesen auszuräumen, vielmehr wird versucht, die Mängel von heute aufzuzeigen und Ziele für die Zukunft zu definieren. Als oberstes Ziel gilt es, eine bessere Organisation der Gesundheitsversorgung zu erreichen und gleichzeitig die Qualität der medizinischen Leistungen zu erhöhen. In bevölkerungsarmen Regionen könnte die Grundversorgung zum Beispiel durch die Schaffung von Gruppenpraxen (Ärztehäuser), welche einen Notfall- und Bereitschaftsdienst leisten, gewährleistet werden. Die Telemedizin könnte hier ebenfalls eine wichtige Rolle spielen, um den zeitlichen Zugang zu medizinischen Leistungen weniger stark einzuschränken. Eine wichtige Rolle spielt auch die gegenseitige Ergänzung der einzelnen Leistungserbringer im Sinne eines funktionierenden Managed Care-Systems. Weiter könnten Spitäler in die ambulante Gesundheitsversorgung eingebunden werden. Zudem gilt es, Anreize für Leistungserbringer zu schaffen, sich in ländlichen Gebieten niederzulassen. Solche Anreize können Steuererleichterungen, Darlehen zu Vorzugszinsen oder das zur Verfügung stellen von Infrastruktur seitens des Kantons oder der Gemeinde sein. Das Forum santé – Gesundheit schlägt auch differenzierte Tarifsätze für auf dem Land oder in der Stadt arbeitende Leistungserbringer vor. Diese Art von gesteuertem Wettbewerb würde allerdings eine Kompetenzausweitung der Kantone und des Bundes voraussetzen. Als weitere Massnahme schlägt das Forum santé – Gesundheit die Schaffung sogenannter «Gesundheitsagenturen», Informationsbüros zu Gesundheitsfragen und Gesundheitsdienstleistungen, vor. In diesen Agenturen werden den Patienten leicht zugängliche und leicht verständliche Informationen angeboten, zudem werden sie unterstützt bei der ganzheitlichen Behandlung ihrer Krankheit. Die «Gesundheitsagenturen» sollen ebenfalls einen wichtigen Beitrag in der Präventionsarbeit leisten. Die Organisation solcher Zentren würde den Kantonen obliegen.

Wie weiter mit dem Zulassungsstopp?

Dem Parlament ist es bis heute nicht gelungen, eine mehrheitsfähige Vorlage für die Ablösung des Zulassungsstopps zu präsentieren. Diskutiert werden zurzeit verschiedene Möglichkeiten, wie dieser zwar grundsätzlich beibehalten, aber auf einige wenige Fachgebiete beschränkt werden könnte. Eine Möglichkeit würde sich bieten, wenn die Grundversorger, also die Internisten, Allgemeinpraktiker und Kinderärzte, vom Zulassungsstopp ausgenommen würden. Zusammen mit dem geplanten Anreizsystem könnte so eine Ansiedlung von Grundversorgern in den «Wüsten» erreicht werden. Immer noch im Gespräch ist auch die Abschaffung des Vertragszwanges. Das Forum santé – Gesundheit ist überzeugt, dass die Abschaffung des Vertragszwanges alleine nicht reicht, um die Mangelsituationen im Schweizerischen Gesundheitswesen auszuräumen. Viel mehr müssen Anreize seitens der Kantone und Gemeinden geschaffen werden. Ein Anreizsystem funktioniert allerdings nur dann, wenn nicht nur der freie Markt spielt, sondern der Staat auch die Möglichkeit hat dort, wo der freie Markt nicht funktioniert, einzugreifen. ▮

pharmasuisse hat wiederholt darauf hingewiesen, dass die Infrastruktur der öffentlichen Apotheke viel zu wenig für die Aufgaben der Grundversorgung und Prävention genutzt wird. Hier liegen 1500 publikumsnahe, leicht zugängliche und kompetente Gesundheitszentren heute noch brach. Bevor neue «Agenturen» mit Steuergeldern finanziert werden, müssen die vorhandenen Ressourcen intelligent genutzt werden.

Weitere Informationen: www.forumgesundheit.ch

Kontaktadresse
Christina Haas, Mitarbeiterin Redaktion pharmaJournal
E-Mail: christina.haas@pharmasuisse.org

Forum santé-Gesundheit

Déserts sanitaires et oasis de santé

Christina Haas

Le 11e Forum santé-Gesundheit, intitulé «Déserts sanitaires et oasis de santé», a eu lieu le jeudi 22 janvier 2009 à Interlaken. Plus de 200 représentants du système de santé ont reçu des propositions sur la façon d'améliorer les soins médicaux de base et de les adapter aux besoins de la population.

En comparaison internationale, la Suisse dispose encore et toujours d'une bonne offre médicale de base. De grandes disparités commencent toutefois à apparaître entre les diverses régions. Certains se demandent donc si la Confédération et les cantons doivent intervenir ou plutôt laisser libre cours au marché. Le Forum santé-Gesundheit sépare la médecine à deux vitesses qui se profile à l'horizon en «oasis» et en «désert». Il propose ensuite d'améliorer l'offre de sorte à correspondre aux besoins de la population, indépendamment de leur lieu de domicile et de leur statut social.

Déserts sanitaires et oasis de santé

En Suisse, l'offre médicale est d'ores et déjà inégale. En effet, les villes et leurs agglomérations disposent d'une abondance de médecins généralistes, tandis que les campagnes doivent faire face à une grave pénurie. En outre, les infrastructures pour les personnes âgées et les malades de longue durée font souvent défaut. Les médecins spécialistes préfèrent eux aussi s'installer à proximité des villes. La différence entre ville et campagne est particulièrement grande le week-end, la nuit ou encore pendant les vacances scolaires ou les jours fériés. Des facteurs comme les conditions d'emploi, le salaire et le style de vie jouent souvent un rôle dans la décision de s'implanter à proximité d'une ville. Les régions ne sont toutefois pas les seules à être négligées. Ce phénomène touche aussi certains groupes de population qui ne font pas appel à l'offre disponible en raison d'un revenu trop bas, de difficultés financières ou d'une mauvaise

évaluation de la maladie. Souvent, il arrive aussi que ces personnes ne disposent pas de toutes les informations nécessaires sur la maladie et sur l'offre disponible. Les obstacles linguistiques et culturels ne doivent pas être négligés non plus. De telles inégalités peuvent avoir de larges répercussions, comme la dévalorisation des régions défavorisées, à la fois comme lieu de vie et comme lieu de travail. Ceci est déjà grave en soi. Le pire est toutefois que le risque de maladie y est bien plus élevé, principalement chez les personnes âgées.

Propositions du Forum santé-Gesundheit

Le Forum santé-Gesundheit ne propose pas de solutions toutes prêtes pour éradiquer les disparités dans le système suisse de santé. Il essaye plutôt de mettre à jour les lacunes d'aujourd'hui et de définir des objectifs pour l'avenir. Le principal objectif doit être de mieux organiser les différentes offres et d'améliorer par la même occasion la qualité des prestations médicales. Dans les régions peu peuplées, il serait par exemple possible de créer des cabinets de groupe qui assurent la permanence ainsi que les services d'urgence. La télémédecine pourrait être mise à contribution pour limiter les retards dans l'accès aux soins médicaux. Le dialogue entre les différents prestataires devrait être favorisé dans le sens d'un système de managed care. Les hôpitaux pourraient être intégrés dans les soins ambulatoires. Il faudrait aussi inciter les prestataires de soins à s'établir à la campagne en leur proposant par exemple des réductions d'impôts ou des prêts à taux préférentiel. Les cantons ou les communes pourraient de leur côté mettre à disposition l'infrastructure nécessaire. Le Forum santé-Gesundheit propose aussi des tarifs différenciés pour les fournisseurs, selon qu'ils travaillent en ville ou à la campagne. Ce type de concurrence régulée nécessiterait cependant d'étendre les compétences des cantons et de la Confédération. Une autre mesure consisterait à créer des «agences de santé». Ces dernières proposeraient aux patients des informations facilement accessibles et compréhensibles. Elles leur offriraient en outre un soutien dans le traitement global de leur maladie et pourraient assumer un important travail de prévention. L'organisation de ces agences serait confiée aux cantons.

Que faire du gel des admissions?

A ce jour, le Parlement n'a toujours pas présenté une proposition capable de recueillir une majorité. Actuellement, l'idée serait donc de maintenir le gel des admissions, mais de le limiter à quelques spécialités en excluant les internistes, les médecins généralistes et les pédiatres. Avec les incitations prévues, ceci permettrait de favoriser l'implantation des médecins généralistes dans les «déserts». La suppression de l'obligation de contracter est toujours débattue elle aussi. Le Forum santé-Gesundheit est persuadé que cette mesure ne permettra pas de remédier à elle seule à la pénurie enregistrée dans le système de santé. Les cantons et les communes devraient plutôt créer des incitations. Pour fonctionner, un tel système doit cependant permettre à l'État d'intervenir lorsque le libre marché ne fonctionne pas correctement. ▮

pharmaSuisse a toujours signalé que l'infrastructure des pharmacies publiques était insuffisamment utilisée pour les soins de base et la prévention. 1500 centres de santé faciles d'accès, compétents et proches du public sont inexploités. Avant de financer de nouvelles «agences» par des impôts, il faut utiliser les ressources disponibles adéquatement.

Pour de plus amples informations, consulter le site: www.forumgesundheit.ch

Adresse de correspondance:
Christina Haas, collaboratrice à la rédaction du pharmaJournal
E-mail: christina.haas@pharmasuisse.org

Gebremstes Wachstum

Christa Rüedi

Der Medikamentenmarkt ist im letzten Jahr weitergewachsen, wenn auch etwas weniger stark als in den Vorjahren. Kräftig zugelegt haben wiederum die Generika. Dies ist das Fazit, das kürzlich IMS Health, Interpharma und Vips gezogen haben.

Dass das Wachstum 2008 hinter jenem der Vorjahre liegt, wird zurückgeführt auf die ausserordentliche Preissenkungsrunde per 1. März 2008. Erwartet wird, dass sich der zweite Teil dieser Massnahmen ab Januar 2009 auswirkt. Zusammen mit der Einführung neuer Generika und ersten Biosimilars sollte das zu einem spürbar geringeren Wachstum des Gesamtmarkts im laufenden Jahr führen.

Einige Zahlen

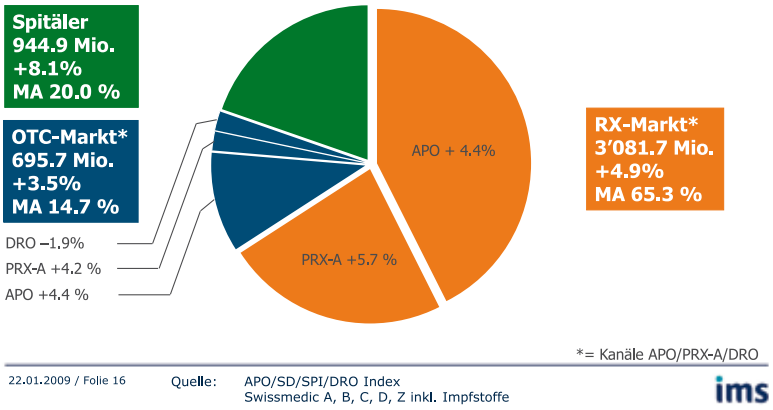
Der Umsatz zum Fabrikabgabepreis ist deutlich stärker gestiegen (+5.3%) als das Absatzvolumen in Packungen (+2.6%). Die Ursache für diese Entwicklung sind neu eingeführte, patentgeschützte Medikamente, die oft im oberen Preissegment angesiedelt sind. Ohne die Preissenkungen im Jahr 2008 hätte die Umsatzsteigerung zum Fabrikabgabepreis 7.4% betragen. Spitzenreiter im absoluten Wachstum bei den RX-Präparaten waren letztes Jahr die Vakzine, vor den Antirheumatika und den Lipidregulatoren. Den stärksten Rückgang im gleichen Markt zu verzeichnen hatten dagegen Präparate für das Muskel-Skelettsystem, Ulcustherapeutika und Antiasthmatika. Frankenmässig am meisten zugelegt haben im OTC-Bereich Präparate aus den Gruppen Mineralverbindungen, Husten und Erkältung sowie Vitamine.

Die Pharmaindustrie ist nach eigenen Angaben damit einverstanden, dass die Preise künftig in kürzeren Abständen, d.h. alle drei Jahre, überprüft werden sollen. Hingegen wendet sie sich dagegen, dass der sogenannte Länderkorb – d.h. jene europäischen Staaten, deren Medikamentenpreise als Vergleichbasis für die Schweizer Preise gelten – durch Staaten ergänzt werden, die deutlich tiefere Medikamentenpreise kennen. Mit ihnen könne nicht verglichen werden, weil dort die forschende Industrie fehle.

2008 sind relativ viele neue Generika auf den Markt gekommen. In diesem Bereich werden aber vor allem für das Jahr 2010 grosse Einsparungen erwartet, weil dann die Patente marktbeherrschender Originale ablaufen. Inhaber derartiger Patente reagieren bereits heute, z.B. durch Firmenübernahmen.

Aufgeteilt wird der Pharmamarkt weiterhin unter Offizin-Apotheken, Praxis-Apotheken, Spitälern und Drogerien. Die Dynamik ist hier vergleichbar mit den vorhergehenden Jahren.

Pharmamarkt nach Segmenten 2008
Wert ex-factory in CHF 4722.3 Mio. (+238.6 Mio. / +5.3%)



Regulatorische Bremsen

Beklagt wird von der Pharmaindustrie, dass neue Medikamente in der EU schneller verfügbar seien als in der Schweiz. Das habe zur Folge, dass z.B. Brustkrebspatientinnen in Slowenien besser versorgt seien als in der Schweiz. Diese Tatsache wird darauf zurückgeführt, dass hochinnovative neue Medikamente zwar von Swissmedic rasch zugelassen würden, dass aber die Aufnahme in die Spezialitätenliste durch das BAG und damit die Erstattung durch die Grundversicherung auf sich warten liessen. Das führe zur Zweiklassenmedizin, weil dadurch nur Patien-

Herr Stefan Meierhans, Sie sind der neue Preisüberwacher und haben kürzlich gefordert, dass der Länderkorb zum Vergleich von Medikamentenpreisen durch Tiefpreis-Staaten ergänzt werden müsse. Die Pharmaindustrie wehrt sich dagegen mit dem Argument, in diesen Ländern werde keine Forschung betrieben, deshalb seien sie nicht mit der Schweiz zu vergleichen. Was ist Ihre Begründung für diese Forderung?

Die Pharmabranche wurde vom Parallelimport ausgenommen. Dies ist ein Privileg, das seinen Preis hat. Dieser Preis ist eine faire, aber strenge Preisregulierung. Ein Parallelimporteur würde sich nämlich logischerweise nicht in einem Hochpreisland eindecken, sondern in einem Tiefpreisland. Der Einbezug von Tiefpreisländern in den relevanten Länderkorb soll den fehlenden Parallelimport ein Stück weit korrigieren. Der aus dem – um Tiefpreisländer ergänzten – Länderkorb berechnete etwas tiefere Durchschnittspreis wird nämlich immer noch deutlich über dem Preis eines Tiefpreislandes liegen.

ten mit Zusatzversicherung sofort nach der Zulassung in den Genuss dieser Medikamente kämen. Dieses Problem sei umso unverständlicher, als auf politischer Ebene der rasche Zugang zu innovativen Medikamenten für alle befürwortet werde.

Offene Fragen

2006 hat sich Stephan Sigrist vom Gottlieb Duttweiler Institut im Auftrag des Eidgenössischen Departements des Innern mit den «Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarkts» beschäftigt. Im Kapitel «Herausforderungen und Chancen der Schweizer Gesundheitsmärkte» hielt er fest, dass neben dem klassischen Gesundheitsmarkt mit Fokus auf Krankheit ein neuer Markt mit Prävention und Gesundheit im Zentrum entstehe. Interessant wäre, wenn mit den neusten Zahlen diese beiden Märkte unterschieden werden könnten. Ebenfalls nicht ausgewiesen wird der Nutzen für die Schweizer Volkswirtschaft, weder für den klassischen noch für den sogenannt neuen Markt. Vor allem in letzterem liegt gemäss Sigrist ein beträchtliches Potenzial für die Wirtschaft, indem ein substanzieller Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung geleistet wird. ▮

Korrespondenzadresse
Christa Rüedi, Chefredaktorin pharmaJournal
E-Mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Gebremstes Wachstum

Christa Rüedi

Der Medikamentenmarkt ist im letzten Jahr weitergewachsen, wenn auch etwas weniger stark als in den Vorjahren. Kräftig zugelegt haben wiederum die Generika. Dies ist das Fazit, das kürzlich IMS Health, Interpharma und Vips gezogen haben.

Dass das Wachstum 2008 hinter jenem der Vorjahre liegt, wird zurückgeführt auf die ausserordentliche Preissenkungsrunde per 1. März 2008. Erwartet wird, dass sich der zweite Teil dieser Massnahmen ab Januar 2009 auswirkt. Zusammen mit der Einführung neuer Generika und ersten Biosimilars sollte das zu einem spürbar geringeren Wachstum des Gesamtmarkts im laufenden Jahr führen.

Einige Zahlen

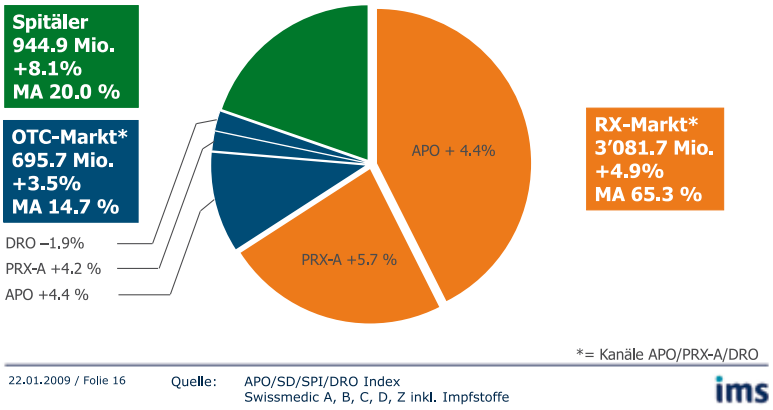
Der Umsatz zum Fabrikabgabepreis ist deutlich stärker gestiegen (+5.3%) als das Absatzvolumen in Packungen (+2.6%). Die Ursache für diese Entwicklung sind neu eingeführte, patentgeschützte Medikamente, die oft im oberen Preissegment angesiedelt sind. Ohne die Preissenkungen im Jahr 2008 hätte die Umsatzsteigerung zum Fabrikabgabepreis 7.4% betragen. Spitzenreiter im absoluten Wachstum bei den RX-Präparaten waren letztes Jahr die Vakzine, vor den Antirheumatika und den Lipidregulatoren. Den stärksten Rückgang im gleichen Markt zu verzeichnen hatten dagegen Präparate für das Muskel-Skelettsystem, Ulcustherapeutika und Antiasthmatika. Frankenmässig am meisten zugelegt haben im OTC-Bereich Präparate aus den Gruppen Mineralverbindungen, Husten und Erkältung sowie Vitamine.

Die Pharmaindustrie ist nach eigenen Angaben damit einverstanden, dass die Preise künftig in kürzeren Abständen, d.h. alle drei Jahre, überprüft werden sollen. Hingegen wendet sie sich dagegen, dass der sogenannte Länderkorb – d.h. jene europäischen Staaten, deren Medikamentenpreise als Vergleichbasis für die Schweizer Preise gelten – durch Staaten ergänzt werden, die deutlich tiefere Medikamentenpreise kennen. Mit ihnen könne nicht verglichen werden, weil dort die forschende Industrie fehle.

2008 sind relativ viele neue Generika auf den Markt gekommen. In diesem Bereich werden aber vor allem für das Jahr 2010 grosse Einsparungen erwartet, weil dann die Patente marktbeherrschender Originale ablaufen. Inhaber derartiger Patente reagieren bereits heute, z.B. durch Firmenübernahmen.

Aufgeteilt wird der Pharmamarkt weiterhin unter Offizin-Apotheken, Praxis-Apotheken, Spitälern und Drogerien. Die Dynamik ist hier vergleichbar mit den vorhergehenden Jahren.

Pharmamarkt nach Segmenten 2008
Wert ex-factory in CHF 4722.3 Mio. (+238.6 Mio. / +5.3%)



Regulatorische Bremsen

Beklagt wird von der Pharmaindustrie, dass neue Medikamente in der EU schneller verfügbar seien als in der Schweiz. Das habe zur Folge, dass z.B. Brustkrebspatientinnen in Slowenien besser versorgt seien als in der Schweiz. Diese Tatsache wird darauf zurückgeführt, dass hochinnovative neue Medikamente zwar von Swissmedic rasch zugelassen würden, dass aber die Aufnahme in die Spezialitätenliste durch das BAG und damit die Erstattung durch die Grundversicherung auf sich warten liessen. Das führe zur Zweiklassenmedizin, weil dadurch nur Patien-

Herr Stefan Meierhans, Sie sind der neue Preisüberwacher und haben kürzlich gefordert, dass der Länderkorb zum Vergleich von Medikamentenpreisen durch Tiefpreis-Staaten ergänzt werden müsse. Die Pharmaindustrie wehrt sich dagegen mit dem Argument, in diesen Ländern werde keine Forschung betrieben, deshalb seien sie nicht mit der Schweiz zu vergleichen. Was ist Ihre Begründung für diese Forderung?

Die Pharmabranche wurde vom Parallelimport ausgenommen. Dies ist ein Privileg, das seinen Preis hat. Dieser Preis ist eine faire, aber strenge Preisregulierung. Ein Parallelimporteur würde sich nämlich logischerweise nicht in einem Hochpreisland eindecken, sondern in einem Tiefpreisland. Der Einbezug von Tiefpreisländern in den relevanten Länderkorb soll den fehlenden Parallelimport ein Stück weit korrigieren. Der aus dem – um Tiefpreisländer ergänzten – Länderkorb berechnete etwas tiefere Durchschnittspreis wird nämlich immer noch deutlich über dem Preis eines Tiefpreislandes liegen.

Marché suisse des médicaments 2008

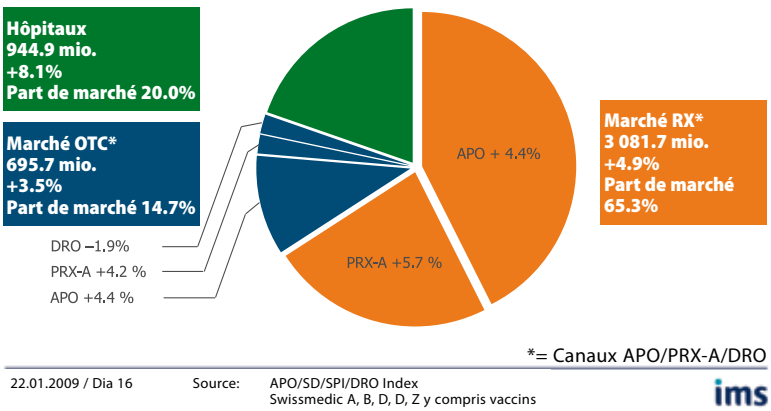
Croissance ralentie

Christa Rüedi

Le marché des médicaments a poursuivi sa croissance l'année passée. Elle s'est néanmoins révélée moins forte que les années précédentes. Les génériques ont une fois de plus fait un bon considérable. Voici la conclusion qu'on récemment tirée IMS Health, Interpharma et Vips.

En 2008, le ralentissement de la croissance par rapport aux années précédentes est attribuable à la vague extraordinaire de réduction des prix au 1er mars 2008. Les deuxièmes retombées de ces mesures se feront probablement ressentir à partir de janvier 2009. Avec l'introduction de nouveaux génériques et des premiers médicaments biosimilaires, ceci devrait porter un net coup de frein à la croissance de l'ensemble du marché pendant l'année en cours.

Marché pharmaceutique 2008 selon les secteurs
Valeur ex-factory en CHF 4722.3 mio. (+238.6 mio. / +5.3%)



Quelques chiffres

Le chiffre d'affaires en termes de prix de fabrique a augmenté nettement plus fortement (+5.3%) que le nombre d'emballages vendus (+2.6%). Cette évolution est due aux médicaments sous brevet qui ont été récemment introduits et qui se situent souvent dans un segment de prix supérieur. Sans les diminutions de prix de 2008, l'augmentation du chiffre d'affaires en termes de prix de fabrique se serait montée à 7.4%. Au niveau des préparations RX, les vaccins sont arrivés en tête de liste, avant même les antirhumatismaux et les régulateurs lipidiques. Dans le même marché, les préparations destinées au système squelette-musculaire, les anti-ulcéreux et les médicaments antiasthmatiques ont enregistré le plus fort recul. Dans le domaine OTC, les préparations du groupe des composantes minérales, les préparations contre la toux et les refroidissements, ainsi que les vitamines ont connu la plus forte augmentation.

L'industrie pharmaceutique serait d'accord de faire contrôler les prix tous les trois ans déjà. Par contre, elle refuse que soient inclus dans le «panier des pays de comparaison» des États où le prix des médicaments est nettement inférieur. Ces derniers ne disposent en effet pas d'industrie de la recherche et ne peuvent donc pas servir de base de comparaison pour les prix pratiqués en Suisse.

En 2008, une quantité relativement importante de nouveaux génériques est arrivée sur le marché. Toutefois, les principales économies surviendront principalement en 2010, année où les brevets de médicaments originaux dominant le marché arriveront à expiration. Les détenteurs de tels brevets ont déjà pris les devants en reprenant p.ex. des entreprises.

Le marché pharmaceutique continue à être subdivisé en pharmacies d'officine (APO), médecins dispensants (PRX-A), hôpitaux et drogueries (DRO). La dynamique est comparable aux années précédentes.

Freins régulateurs

L'industrie pharmaceutique déplore que les nouveaux médicaments soient plus vite disponibles dans l'UE qu'en Suisse. Résultat: les femmes souffrant p.ex. de cancer du sein bénéficient de meilleurs soins en Slovénie qu'en Suisse. Swissmedic accorde rapidement son autorisation pour les nouveaux médicaments bénéficiant des dernières innovations. Cependant, l'OFSP met toujours beaucoup de temps à les admettre dans la liste des spécialités. Ils ne sont de ce fait pas remboursés par l'assurance de base. Ceci entraîne donc une médecine à deux vitesses dans la mesure où les patients disposant d'une assurance complémentaire sont les seuls à pouvoir recevoir ces médicaments immédiatement après leur admission. Ce problème est d'autant plus incompréhensible que le monde politique favorise l'accès rapide à des médicaments novateurs pour tous.

Questions ouvertes

Sur mandat du Département fédéral de l'intérieur, Stephan Sigrist, de l'Institut Gottlieb Duttweiler, s'est penché en 2006 sur «l'avenir du marché de la santé». Dans le chapitre «Défis et opportunités pour les marchés suisses de la santé», il a observé que parallèlement au marché classique de la santé, un nouveau marché axé sur la prévention et la santé fait son apparition. Il serait intéressant de pouvoir différencier ces deux marchés avec les tout derniers chiffres. L'utilité de ces deux marchés pour l'économie suisse n'est pas non plus connue. Pourtant, le nouveau marché présente selon Stephan Sigrist un potentiel important pour l'économie dans la mesure où il pourrait contribuer à améliorer la santé de la population. ▮

Adresse de correspondance
Christa Rüedi, rédactrice en chef du pharmaJournal
E-mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Monsieur Stefan Meierhans, vous êtes le nouveau surveillant des prix et avez récemment demandé que le «panier des pays de comparaison» soit complété par des États pratiquant des prix très bas. L'industrie pharmaceutique prétend que ces pays ne disposent pas d'industrie de la recherche et ne peuvent pas être comparés avec la Suisse. Elle s'oppose donc farouchement à cette demande. Comment justifiez-vous votre revendication?

La branche pharmaceutique a été exclue des importations parallèles. Il s'agit là d'un privilège qui doit être compensé par une régulation des prix juste mais sévère. Un importateur parallèle ne s'approvisionnerait certainement pas dans un pays où les prix sont élevés. Le fait d'intégrer, dans le «panier des pays de comparaison», des États où les prix sont plus bas permettrait de pallier dans une certaine mesure l'absence d'importation parallèle. D'ailleurs, la moyenne quelque peu inférieure calculée à partir d'un panier complété sera toujours nettement supérieure au prix d'un pays aux tarifs très bas.

Dr. sc. nat. Friedrich (Fido) Möll

17. März 1958–21. Januar 2009

Eine grosse Trauergemeinde nahm am 29. Januar 2009 in Eschlikon TG Abschied von einem ganz speziellen Menschen, der uns viel zu früh verlassen hat.

Friedrich Möll, von allen die ihn kannten liebevoll Fido genannt, wurde am 17. März 1958 in Zürich als Sohn einer Arbeiterfamilie geboren. Seine gesamte Schulzeit absolvierte er ihn Zürich. Er war – wie er selber immer wieder betonte – ein Stadtmensch, auch als er schon längst nicht mehr in Zürich wohnte.

An der ETH in Zürich schloss er sein Pharmaziestudium 1984 ab. Anschliessend promovierte er am Pharmazeutischen Institut der ETH Zürich unter der Leitung von Prof. Dr. P. Speiser.

Seinen beruflichen Einstieg als promovierter Apotheker schaffte er bei der Firma Spirig AG in Egerkingen als Assistent des Herstellungsleiters und später als Herstellungsleiter. Hier konnte er seine grossartigen galenischen Fähigkeiten bestens unter Beweis stellen. Anschliessend war er während zweier Jahre als Abteilungsleiter der galenischen Abteilung der Kantonsapotheke Zürich tätig, bevor er sich 1993 als Senior Scientist bei Cilag AG in Schaffhausen und New Jersey (USA) der galenischen Forschung verschrieb.

Fido Mölls beruflicher Weg führte zurück in die Spitalpharmazie. Als Wissenschaftlicher Mitarbeiter und seit 1999 als Chefapotheker war er im Kantonsspital Winterthur tätig. Während zehn Jahren hat Fido Möll in enger Zusammenarbeit mit Ärzten und Pflegefachpersonen die Arzneimitteltherapie mitgeprägt. Er engagierte sich dabei auch ganz persönlich für eine individuelle und umfassende Betreuung der Patienten. Dank seinen Fachkenntnissen, aber auch mit seiner überaus bescheidenen und zuvorkommenden Art hatte er weit über das KSW hinaus hohes Ansehen erlangt.

Neben seiner Tätigkeit als Chefapotheker in Winterthur hat sich Fido Möll stark für die Aus- und Weiterbildung der Apotheker eingesetzt. Er engagierte sich an der ETH Zürich für den Studiengang in Pharmazeutischen Wissenschaften. Seine Kurse im Assistenzjahr waren von höchster Qualität. In der GSASA nahm er Einsitz in der Kommission für Fort- und Weiterbildung. Daneben profitierten viele Kolleginnen und Kollegen von seinen zahlreichen akribisch vorbereiteten Referaten im In- und Ausland, die alle geprägt waren von seiner hohen Fachkompetenz und seinem Engagement.

Per 1. Februar 2009 hätte er seine neue Stelle als Chefapotheker des Kantonsspitals Aarau antreten sollen. Er hatte sich so gefreut auf die neue Herausforderung. Wie es seine Art war, hat er schon vor seinem offiziellen Amtsantritt in Aarau wichtige Weichen gestellt und sich mit ganzer Kraft für die Erfüllung seines beruflichen Traums eingesetzt. Leider war es ihm nicht mehr vergönnt, seine Visionen einer Spitalapotheke umzusetzen. Fido Möll verschied ihn der Nacht vom 21. auf den 22. Januar im Kantonsspital Aarau an einer Lungenembolie.



Wir sind alle sehr betroffen und können es nicht fassen. Ein lieber, herzensguter Ehemann, Vater und engagierter Kollege hat uns verlassen. Fido, wir vermissen Dich sehr! Wir vermissen Deine Menschlichkeit, Deinen feinen Humor, Deine sanfte Stimme, Deine Freundschaft, Deine Begeisterungsfähigkeit und Dein immenses Wissen. Du warst einfach wunderbar!

Unsere Gedanken sind bei Deiner Frau Ingrid und Deinen Kindern Romy (14 Jahre) und Clemens (10 Jahre). ▮

«Ein guter, edler Mensch, der mit uns gelebt,
kann uns nicht genommen werden,
er lässt eine leuchtende Spur zurück
gleich jenen erloschenen Sternen,
deren Bild und Glanz noch
nach Jahrhunderten leuchten»
Thomas Carlyle

Im Namen seiner zahlreichen Freunde

Dr. pharm. Peter Wiedemeier
Leiter Spitalapotheke
Kantonsspital Baden AG
5404 Baden

Arzneiformenlehre kompakt

Der Apotheker als Pillendreher mit Kenntnissen moderner Technologien der angewandten Physik oder eine aktuelle Anleitung zur altgedienten Galenik: das schlanke Buch ermöglicht, in der pharmazeutischen Kernkompetenz Galenik à jour zu sein.

Sicherlich besitzen die Arzneiformen, die im Offizinmassstab hergestellt werden, wie Suppositorien und Kapseln, in der beruflichen Praxis nicht mehr den früheren Stellenwert, aber Wirk- und Hilfsstoffe in die richtige galenische Form zu bringen bleibt die ureigene Fertigkeit des Apothekers. Sie ist es, die die Wirksamkeit des magistral hergestellten Arzneimittels garantiert.
Im Kapitel «Methoden der pharmazeutischen Technologie» werden grundlegende Definitionen, Wasser zum pharmazeutischen Gebrauch, Gleichförmigkeit der Masse, des Gehalts und der einzeldosierten Arzneiformen besprochen. Unter den «speziellen Arzneiformen» finden sich sehr ausführliche Beschreibungen von dispersen Systemen (Lösungen, Emulsionen, Suspensionen), Zäpfchen, halbfesten (Salben, Cremes, Pasten) und festen Arzneipräparaten (Pulver, Kapseln). Die einzelnen Grundoperationen, Herstellungsschritte und dazu nötigen Apparate sind sehr gut dokumentiert und vorbildlich illustriert. Immer wird Bezug genommen auf die Monografien der Pharmakopöe, sowohl für die Wirk- und Hilfsstoffe als auch für die Präparate. «Pflanzliche Präparate» und «Homöpathische Präparate» sind zwei weitere kurze Kapitel dieser sehr modernen, ballastfreien und ansprechenden Arzneiformenlehre, die Lust macht, zum Pistill zu greifen.

Als Extra kann sich der Käufer kostenlos, mit dem Buch in der Hand, auf einer Website anmelden, auf der er Examensfragen mit kommentierten Antworten als Lernmodul findet. ▮

Doris Ballinari, Apothekerin pharmaSuisse
E-Mail: doris.ballinari@pharmasuisse.org

Arzneiformenlehre kompakt
Einführung in die Herstellung der Arzneiformen
Uwe Weidenauer und Christian Beyer
WVG Stuttgart 2008. X, 222 S., 73 Abb., 36 Tab., kartoniert. ISBN: 978-3-8047-2393-1, € 32.80.



Vitamin-Lexikon

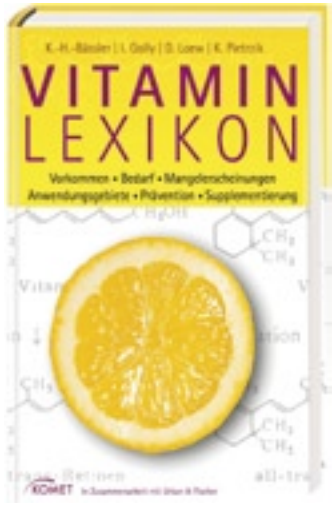
Dieses Lexikon beschreibt Vorkommen, Chemie, Metabolismus, Pharmakokinetik und biochemische Funktion der Vitamine. Es erläutert Mangelerscheinungen, Bedarf und Anwendungsgebiete unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Deutschen, Schweizerischen und Österreichischen Gesellschaften für Ernährung.

Waren ältere Vitamin-Empfehlungen im Wesentlichen auf die Verhütung von Mangelerscheinungen ausgerichtet, berücksichtigen die neuen Referenzwerte vermehrt den Präventionsgedanken, besonders bei Risikogruppen und chronischen bzw. altersbedingten Erkrankungen. Ausführlich behandelt werden daher Folsäure, Vitamin D und K. Da in manchen Fällen eine Prävention durch die Ernährung nicht sichergestellt ist, wird auf die sinnvolle (!) Supplementierung eingegangen. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse zur pharmakologischen Wirkung, zum biochemischen Wirkungsmechanismus, zur Pharmakokinetik und zur klinischen Anwendung aus prospektiven Studien und daraus resultierende Dosierungen fliessen in die Empfehlungen ein. Dichtung und Wahrheit zu Vitamin-Megatherapien werden ebenso kritisch beschrieben wie die Sicherheit von Vitaminen, Sinn und Unsinn von Vitaminkombinationen und die Problematik der Vitamin-Supplementierung. Auch Vitamin ähnliche Stoffe wie Carnitin, Vitamin «F», Pangamsäure, Vitamin B 17, Orotsäure, Coenzym Q, Vitamin P, sekundäre Pflanzenstoffe und das höchst fragliche Vitamin B17 (Laetrile) werden mit Argumenten dafür und vor allem dagegen sorgfältig beleuchtet.

Instruktive Illustrationen helfen für das Verständnis der Regulationsvorgänge im Organismus. Alles in allem eine sehr ausgewogene Publikation, die dezidiert mit dem weitverbreiteten Supplementierungs- und Antiaging-Wahn umgeht. ▮

Doris Ballinari, Apothekerin pharmaSuisse
E-Mail: doris.ballinari@pharmasuisse.org

Vitamin-Lexikon
Vorkommen – Bedarf – Mangelerscheinungen – Anwendungsgebiete – Prävention – Supplementierung
K.-H. Bässler, I. Golly, D. Loew und K. Pietrzik
Komet Verlag Köln, 3. Auflage, Sonderausgabe 2008. 728 S., 67 Abb., 81 Tab., gebunden.
ISBN: 978-3-89836-690-8, € 19.95.



05 | 3.2009

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 5.3.2009, 147. Jahrgang

Nr. | No
05



Antidoping

Die Neuerungen S. 15

Antidopage

Nouveautés p. 19

→ Pharmazie und Medizin · Pharmacie et médecine

Glaukom: gefährlich, aber behandelbar

Glaucome: dangereux, mais guérissable

→ Politik · Politique

Dopingliste 2009

Liste des interdictions 2009

Standortbestimmung Klinische Pharmazie

→ Markt · Economie

Vielsprachiger Gesundheitsratgeber

Guides de santé en plusieurs langues

Information von Antidoping Schweiz

Matthias Kamber, Matthias Strupler, Nadja Mahler König

Dieser Ausgabe des pharmaJournals sind die Dopingliste 2009 und die Liste der erlaubten Wirkstoffe für Fachpersonen 2009 beigelegt. Der nachstehende Artikel informiert über die wichtigsten Änderungen der Liste 2009, über die grundsätzliche Neuorganisation der Dopingbekämpfung Schweiz im Jahr 2008 und die Auswirkungen des neuen Welt-Anti-Doping-Programms.

Rückblick 2008

Das Jahr 2008 brachte eine grundlegende Änderung in den Strukturen und Verantwortlichkeiten in der Dopingbekämpfung Schweiz: Auf den 1. Juli 2008 wurde die unabhängige Stiftung Antidoping Schweiz gegründet. Stifter ist Swiss Olympic, die jährlichen finanziellen Mittel werden zu je rund der Hälfte von Swiss Olympic (1.9 Mio.) und dem Bund (1.7 Mio.) zur Verfügung gestellt. Auf diesen Zeitpunkt wurde auch die Fachkommission für Dopingbekämpfung (FDB) aufgelöst, alle ihre Aufgaben gingen an Antidoping Schweiz über.

Eine grosse Herausforderung für Antidoping Schweiz ist auch die Umsetzung des neuen Welt-Anti-Doping-Programms (WADP). Es besteht aus dem Code und vier Internationalen Standards (Liste, Ausnahmebewilligung zu therapeutischen Zwecken, Kontrolle und Laboratorien). Das WADP trat auf den 1. Januar 2009 in Kraft. Wie bisher wird der Code im Dopingstatut von Swiss Olympic umgesetzt, dieses wurde am 15. November 2008 vom Sportparlament angenommen.

Neuer Code und seine Auswirkungen

Der neue Code ist im Strafmass flexibler (nach unten, aber auch nach oben) als die bisherige Regelung. Zudem wird die Definition der so genannt «spezifischen Substanzen» erweitert. Dies sind Substanzen, die auch in gängigen Medikamenten zu finden sind. Für diese gilt ein flexibleres Strafmass, die Strafbehörde kann damit besser auf die individuellen Umstände eines Falles eingehen.

Alle verbotenen Substanzen gelten neu als «spezifische Substanzen», mit Ausnahme der Anabolika, der Hormone sowie gewisser starker Stimulanzien (z.B. Amphetamin), Hormonantagonisten und -modulatoren.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass nationale Agenturen verschiedene Kontrollpools führen können, deren Mitglieder unterschiedliche Meldepflichten zu erfüllen haben.

Antidoping Schweiz hat sich in Zusammenarbeit mit internationalen Partnern entschieden, das folgende System einzuführen:

1. Registrierter Kontrollpool (RTP)
Alle Athletinnen und Athleten, die von ihrem internationalen Sportverband im internationalen Registrierten Kontrollpool eingeteilt werden. Zusätzlich können Athletinnen und Athleten von Antidoping Schweiz oder ihrem Sportverband direkt für den RTP bezeichnet werden.

2. Nationaler Kontrollpool (NTP)
Alle Athletinnen und Athleten, die einem A-Kader oder einer A-Nationalmannschaft einer Sportart mit erhöhtem Doping-Risiko angehören, sowie Bezeichnete des erweiterten Kreises der Mannschaften für die Olympischen und Paralympischen Spiele. Zusätzlich können Athletinnen und Athleten von Antidoping Schweiz oder ihrem Sportverband direkt für den NTP bestimmt werden. In der Regel werden hier Athletinnen und Athleten bezeichnet, die im bisherigen nationalen Registrierten Kontrollpool eingeteilt waren.

3. Allgemeiner Kontrollpool (ATP)
Athletinnen und Athleten in einem Nachwuchskader sowie solche, die von Antidoping Schweiz oder ihrem Sportverband direkt für den ATP bezeichnet werden.

Für Mannschaftsportarten gelten separate Regeln für die Kontrollpools.

Ausnahmebewilligungen zu therapeutischen Zwecken (ATZ)
Neu wird es keine vereinfachten Ausnahmebewilligungen zu therapeutischen Zwecken mehr geben. Alle Anträge für Ausnahmebewilligungen haben demzufolge mittels Standardantrag und komplettem medizinischem Dossier zu erfolgen. Damit dies nicht zu einem unverhältnismässigen administrativen Aufwand führt, haben lediglich Athletinnen und Athleten im Registrierten Kontrollpool RTP dies wie bisher vorgängig einzureichen (i.d.R. 21 Tage vor dem Beginn der Behandlung).

Athletinnen und Athleten im Nationalen Kontrollpool NTP können für Beta-2-Agonisten eine ATZ nachgängig beantragen. Das heisst z.B. nach einem entsprechenden Laborbefund oder nach Aufforderung durch Antidoping Schweiz. Die medizinischen Abklärungen und Belege müssen trotzdem vor einer Behandlung erfolgen, die Unterlagen müssen aber nicht vorgängig eingereicht werden. Bei allen anderen Substanzen auf der Dopingliste muss wie bisher eine ATZ vorgängig eingereicht werden.

Alle übrigen Athletinnen und Athleten können eine ATZ nachträglich beantragen.

Tabellarische Zusammenfassung für ATZ:

Registrierter Kontrollpool RTP	Nationaler Kontrollpool NTP	Allgemeiner Kontrollpool ATP
In der Regel 21 Tage vorgängig des Behandlungsbeginns (ausser bei Notfällen).	Für Beta-2-Agonisten nachgängig auf Grund eines entsprechenden Laborbefunds oder nach Aufforderung durch Antidoping Schweiz. Für alle anderen Fälle ist eine vorgängige ATZ notwendig.	Nachgängig auf Grund eines entsprechenden Laborbefunds oder nach Aufforderung durch Antidoping Schweiz.

Erklärung zum Gebrauch von Glucokortikoiden

Bisher wurde für die Anwendung von Glucokortikoiden bei intraartikulärer, periartikulärer, peritendinöser, periduraler, intradermaler Anwendung sowie per Inhalation eine vereinfachte ATZ verlangt. Der neue Internationale Standard für Ausnahmebewilligungen verlangt nun für diese Anwendungen nur noch eine Erklärung zum Gebrauch. Auf den 1. Januar 2009 wurde folgendes Verfahren eingeführt:

1. Werden Athletinnen und Athleten im RTP und im NTP wie oben beschrieben mit Glucokortikoiden behandelt, so muss die behandelnde Fachperson dem Athleten eine entsprechende Erklärung aushändigen (ein entsprechendes Formular ist auf www.antidoping.ch aufgeschaltet). Die Athletin oder der Athlet hat diese Erklärung bis einen Monat nach der Behandlung aufzubewahren. Im Falle einer Dopingkontrolle am Wettkampf innerhalb dieses Monats hat die Athletin oder der Athlet eine Kopie dieser Erklärung dem verantwortlichen Kontrolleur in einem verschlossenen Umschlag abzugeben.
2. Wird bei der Behandlung von Asthma ein Kombinationspräparat (Beta-2-Agonist plus Glucokortikoid) verwendet, so ist eine ATZ für beide Wirkstoffe einzureichen (bei Athletinnen und Athleten im RTP vorgängig, bei allen anderen nachgängig nach Aufforderung durch die Kontrollbehörde). Eine Erklärung zum Gebrauch entfällt dann.

Neue Dopingliste ab 1. Januar 2009

Die neue Dopingliste wurde, wie in den letzten Jahren üblich, nach einer Konsultationsphase im Sommer, Anfang Oktober publiziert und trat auf den 1. Januar 2009 in Kraft. Gegenüber der Liste 2008 hat sich am Aufbau und Inhalt nicht viel geändert. Zwei wesentliche Änderungen betreffen die Erweiterung der so genannt «spezifischen Substanzen» und die Abschaffung der vereinfachten Ausnahmebewilligungen zu therapeutischen Zwecken.

Die wichtigsten Änderungen sind untenstehend beschrieben:

Anabolika (S1):
Epitestosteron wurde von der Klasse Diuretika in die Klasse der Anabolika verschoben.

Hormone und verwandte Wirkstoffe (S2):
Die Nennung von EPO wurde erweitert und lautet nun: «Wirkstoffe, welche die Erythropoiese stimulieren». Hier wurden lediglich einige kleinere Anpassungen vorgenommen. So wurde bei den Gonadotropinen der Ausdruck «z.B.» vor LH und HCG eingeführt und «Insulin» wird ab 2009 als «Insuline» bezeichnet.

Beta-2-Agonisten (S3):
Für Formoterol, Salbutamol, Salmeterol und Terbutalin zur Inhalation ist nun eine vollständige Ausnahmebewilligung zu therapeutischen Zwecken notwendig.

Diuretika und andere maskierende Wirkstoffe (S5):
Inhibitoren der alpha-Reduktase (z.B. Dutasterid und Finasterid) wurden wieder von der Liste entfernt, da ihre maskierende Wirkung nicht bestätigt wurde.

Stimulanzien (S6):
Neu werden die starken Stimulanzien wie Amphetamin als «nicht-spezifische Substanzen» bezeichnet. Deren Aufzählung ist abschliessend. Alle anderen Stimulanzien gelten als «spezifische Substanzen».

Chemische und physikalische Manipulation (M2):
Infusionen sind ausser bei akuten medizinischen Situationen immer noch als verbotene Methode aufgeführt. Im Kommentar der WADA steht dazu: «Die gerechtfertigte medizinische Anwendung intravenöser Infusionen ist in folgenden Fällen nicht verboten:

1. Notfallmässige Eingriffe, eingeschlossen Reanimation;
2. Bluttransfusion nach Blutverlust;
3. Chirurgische Eingriffe;
4. In Übereinstimmung mit der guten ärztlichen Praxis die Verabreichung von Arzneimitteln und Flüssigkeiten, falls andere Wege der Verabreichung nicht möglich sind (z.B. starkes Erbrechen). Ausgeschlossen davon ist Dehydrierung in Folge körperlicher Anstrengung.

Injektionen mittels einfacher Injektionsnadel sind als Methode nicht verboten, wenn die verabreichte Substanz erlaubt ist und das Volumen 50 ml nicht übersteigt.»

Wir interpretieren den obenstehenden Punkt vier wie folgt: Mit diesem Kommentar will die WADA verhindern, dass jederzeit zur Rehydratation Infusionen gesteckt werden, wenn andere Alternativen vorhanden sind (z.B. bei Mannschaftssportarten in den Pausen eines Matches). Falls aber z.B. bei Volksläufen bei Zusammenbrüchen infolge von Dehydrierung Infusionen verwendet werden, so liegt es im Ermessen der verantwortlichen medizinischen Fachperson zu entscheiden, ob es sich um einen erlaubten notfallmässigen Eingriff handelt.

Es ist den Autoren bewusst, dass es eine gewisse Übergangszeit für die Einführung und Anwendung der neuen Regeln brauchen wird. Die Apothekerinnen und Apotheker sind häufig die erste Ansprechstelle bei Fragen zur Medikation von Sporttreibenden. Die neuen Regelungen der Ausnahmebewilligungen stellen ein auf Leistungsniveaus abgestuftes Vorgehen dar und verlangen von den Beratenden vertiefte Kenntnisse der Regelungen. Antidoping Schweiz wird alle Informationen und Erläuterungen auf der Website publizieren und dabei offen für Anregungen zur Verbesserungen der Verfahren sein. ∎

Informationsplattform www.antidoping.ch

→ Medikamentendatenbank mit zugelassenen Arzneimitteln der Schweiz
→ Supplementguide
→ alle Listen und Formulare können unter www.antidopinginfo.ch → Betreuer → Listen und Formulare heruntergeladen werden
→ «Gendoping»: Informationsbroschüre für Interessierte (2007)
→ Informationsbroschüre «Doping – Fakten, Hintergründe, Meinungen» (2007)

Korrespondenzadresse
Matthias Kamber
Direktor Antidoping Schweiz
Postfach 606
3000 Bern 22
E-Mail: info@antidoping.ch

Informations de la fondation Antidoping Suisse

Matthias Kamber, Matthias Strupler, Nadja Mahler König

La liste des interdictions 2009 et la liste des substances autorisées pour le corps médical et les pharmacies 2009 sont jointes à la présente édition du pharmaJournal. L'article ci-après présente les principales modifications de la liste 2009. Il fournit également des renseignements sur la réorganisation, en 2008, de la lutte contre le dopage en Suisse et les répercussions du nouveau programme mondial antidopage.

Rétrospective 2008

2008 a été marqué par des changements fondamentaux au niveau des structures et des responsabilités en matière de lutte contre le dopage en Suisse. La fondation indépendante Antidoping Suisse a vu le jour le 1er juillet 2008. Fondée par Swiss Olympic, elle est financée conjointement et pratiquement à parts égales par Swiss Olympic (1,9 million de francs par année) et par la Confédération (1,7 million). La Commission technique de lutte contre le dopage (CLD) a été dissoute à cette même date et toutes ses tâches ont été transmises à Antidoping Suisse.

L'application du nouveau Programme mondial antidopage (WADP) de l'AMA constitue un autre défi majeur à relever pour Antidoping Suisse. Ce programme comprend le Code mondial antidopage ainsi que les quatre Standards internationaux (liste, autorisation d'usage à des fins thérapeutiques, contrôles et laboratoires). Le WADP entrera en vigueur le 1er janvier 2009. Comme par le passé, le contenu du Code a été repris dans le Statut concernant le dopage de Swiss Olympic, un document approuvé par le Parlement du sport le 15 novembre 2008.

Le nouveau Code et ses incidences

Les peines prévues par le nouveau Code sont plus flexibles (vers le bas mais aussi vers le haut) que celles figurant dans l'ancienne règlementation. La définition des substances dites «spécifiques», c'est-à-dire présentes aussi dans des médicaments courants, a par ailleurs été élargie. Les peines prévues pour l'usage de ces substances sont plus flexibles qu'avant, ce qui permet à l'autorité disciplinaire de mieux tenir compte des spécificités des différents cas.

Toutes les substances interdites sont désormais considérées comme des «substances spécifiques», à l'exception des anabolisants, des hormones et de certains stimulants, antagonistes et modulateurs hormonaux.

Autre point important, les agences nationales antidopage ont constitué différents groupes cibles de sportifs soumis à contrôle, dont les membres doivent répondre à différents critères en matière d'obligation de renseigner.

S'inspirant des solutions appliquées dans d'autres pays (p.ex. l'Allemagne), la Suisse va créer trois groupes cibles différents:

1. Groupe cible international des sportifs soumis à contrôle (RTP):
Ce groupe comprend tous les athlètes affectés par leur fédération internationale. Des athlètes peuvent aussi être affectés directement au RTP par Antidoping Suisse ou par leur fédération nationale.

2. Groupe cible national des sportifs soumis à contrôle (NTP):
Ce groupe comprend tous les athlètes appartenant à un cadre A ou à une équipe nationale A d'un sport avec un risque de dopage accru ainsi que les athlètes désignés pour faire partie du cercle élargi des équipes participant aux Jeux Olympiques et aux Jeux Paralympiques. Le NTP peut aussi comprendre des athlètes directement affectés par Antidoping Suisse ou par leur fédération nationale. Ce groupe cible regroupera en règle générale les athlètes qui figuraient jusqu'ici dans l'ancien groupe cible national des sportifs soumis à contrôle.

3. Groupe cible général des sportifs soumis à contrôle (ATP):
Ce groupe comprend des athlètes appartenant à un cadre jeunesse et des sportifs affectés directement à ce groupe par Antidoping Suisse ou par leur fédération nationale.

Pour les sports d'équipe, des règles particulières relatives aux groupes cibles s'appliquent.

Autorisations d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)
La procédure abrégée d'obtention d'une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques disparaîtra. Cela signifie que toutes les demandes d'AUT devront désormais suivre la procédure standard et être accompagnées d'un dossier médical complet. Pour que ce changement n'entraîne pas une surcharge administrative démesurée, seuls les athlètes appartenant au groupe cible international des sportifs soumis à contrôle (RTP) devront comme jusqu'ici envoyer ces documents avant le traitement (en général 21 jours avant le début du traitement).

Les athlètes faisant partie du groupe cible national des sportifs soumis à contrôle (NTP) peuvent demander une AUT postérieurement pour les béta-2 agonistes. Sur demande d'Antidoping Suisse par exemple ou en cas d'échantillon suspect détecté par un laboratoire. Mais si les documents ne doivent pas être envoyés avant le traitement, les attestations médicales et les preuves doivent bien sûr être réunies avant le traitement.

Tableau récapitulatif pour les AUT:

Groupe cible international RTP	Groupe cible national NTP	Groupe cible général ATP
En général 21 jours avant le début du traitement (sauf en cas d'urgence).	Pour les béta-2 agonistes postérieurement suite à un résultat analytique correspondant ou suite à une demande par Antidoping Suisse. Pour tous les autres cas, une demande d'AUT antérieure est exigée.	Postérieurement, suite à un résultat analytique correspondant ou suite à une demande par Antidoping Suisse.

Pour toutes les autres substances figurant sur la Liste des interdictions, une demande d'AUT doit être soumise antérieurement.

Tous les autres athlètes peuvent demander une AUT postérieurement.

Déclaration d'usage de glucocorticoïdes

Jusqu'à présent, l'usage de glucocorticoïdes administrés par voie intra-articulaire, péri-articulaire, péritendineuse, péridurale et intradermique, ainsi que par inhalation nécessitait une demande d'AUT abrégée. Le nouveau Standard international pour l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques ne soumet plus l'utilisation de ces produits qu'à une déclaration d'usage. A partir du 1er janvier 2009, la procédure suivante a donc été introduite:

1. Si un athlète appartenant au RTP ou au NTP est traité avec des glucocorticoïdes comme indiqué ci-dessus, le spécialiste en charge de son traitement doit lui remettre une déclaration ad hoc (le formulaire en question peut être téléchargé sur le site www.antidoping.ch). L'athlète doit conserver cette déclaration au minimum un mois après la fin du traitement. S'il subit un contrôle en compétition pendant cette période d'un mois, l'athlète doit remettre une copie de la déclaration au contrôleur responsable dans une enveloppe fermée.
2. Si un athlète est appelé à utiliser une combinaison de produits (p.ex. béta-2-agoniste plus glucocorticoïde) pour soigner son asthme, il doit envoyer une AUT pour chacun des produits (avant le traitement pour les athlètes appartenant au RTP, après le traitement et sur demande des autorités de contrôle pour tous les autres athlètes).

Nouvelle Liste des interdictions valable à partir du 1er janvier 2009

Comme ces dernières années, la nouvelle Liste des interdictions a été publiée début octobre (après la phase de consultation qui s'est déroulée durant l'été) et entrera en vigueur le 1er janvier 2009. Sa structure et son contenu ont peu changé par rapport à la Liste 2008. Les deux principaux changements concernent l'élargissement des substances dites «spécifiques» et la disparition de la procédure abrégée de demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques.

Voici les principaux changements:

Agents anabolisants (S1):
L'épitestostérone, qui apparaissait jusqu'ici dans la catégorie des diurétiques, rejoint la classe des anabolisants.

Hormones et substances apparentées (S2):
La dénomination de l'EPO a été modifiée. Le nouvel intitulé est «Substances stimulant l'érythropoïèse». D'autres modifications mineures ont été apportées. Dans la phrase concernant les gonadotrophines, on a introduit «p.ex.» devant LH, hCG et depuis 2009, on écrit «insulines» et non plus «insuline».

Béta-2 agonistes (S3):
Une demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques complète est désormais nécessaire pour le formotérol, le salbutamol, le salmétérol et la terbutaline lorsque ces substances sont utilisées par inhalation.

Diurétiques et autres agents masquants (S5):
Les inhibiteurs de l'alpha-réductase (p.ex. la dutastéride et la finastéride) disparaissent à nouveau de la liste car leur effet masquant n'est pas avéré.

Stimulants (S6):
Les stimulants puissants tels que les amphétamines sont désormais considérés comme des «substances non spécifiques». Tous les autres stimulants sont considérés comme des «substances spécifiques».

Manipulation chimique et physique (M2):
Sauf en cas de situation médicale aiguë, la perfusion intraveineuse est toujours considérée comme une méthode interdite. Il est toutefois précisé dans le commentaire de l'AMA que «l'utilisation médicale légitime des perfusions intraveineuses n'est pas interdite dans les cas suivants:

1. Interventions d'urgence, y compris réanimation;
2. Transfusion sanguine résultant d'une perte de sang;
3. Interventions chirurgicales;
4. Administration de médicaments et de fluides quand d'autres voies d'administration ne sont pas disponibles (p.ex. vomissements réfractaires), réalisée en accord avec les bonnes pratiques médicales, ce qui exclut les cas de déshydratation provoqués par l'exercice.

Les injections effectuées avec une simple seringue ne sont pas interdites en tant que méthode si la substance injectée n'est pas interdite et que le volume n'excède pas 50 ml.»

Nous interprétons le point 4 ci-dessus de la façon suivante: en ajoutant ce commentaire, l'AMA souhaite empêcher que l'on recoure en tout temps aux transfusions à des fins de réhydratation lorsqu'existent d'autres solutions (p.ex. pendant les pauses de match dans les sports d'équipe). En revanche, si un athlète victime de déshydratation s'écroule pendant une course populaire et doit subir une transfusion, il appartiendra au responsable médical de l'épreuve de déterminer s'il s'agit d'une intervention interdite ou non.

Les auteurs sont conscients que l'introduction et l'application des nouvelles règles nécessitera une certaine période de transition. Les pharmaciens sont souvent les premières personnes que les sportifs viennent consulter lorsqu'ils ont des questions au sujet de leur médication. Les nouvelles autorisations d'usage à des fins thérapeutiques demandent une procédure échelonnée, en fonction du niveau de compétition. Les conseillers doivent donc connaître ces réglementations de façon approfondie. La fondation Antidoping Suisse publiera toutes les informations et explications sur son site internet. Elle accepte volontiers toute suggestion susceptible d'améliorer la procédure. ∎

Plate-forme d'information www.antidoping.ch

- → Banque de données sur les médicaments autorisés en Suisse
- → Guide des suppléments
- → Toutes les listes et tous les formulaires peuvent être téléchargés sur www.antidoping.ch → Personnel d'encadrement → Formulaires et listes
- → Dopage génétique: brochure d'information destinée aux athlètes et aux membres de leur encadrement (2007)
- → Prévention du dopage - Faits, contexte et opinions: brochure d'information (2007)

Adresse de correspondance
Matthias Kamber
Directeur Antidoping Suisse
Case postale 606
3000 Berne 22
E-Mail: info@antidoping.ch



Von Darwin, Affen und Selektionen

Als vor 200 Jahren Charles Darwin geboren wurde, galt hauptsächlich die biblische Schöpfungsgeschichte als Ursprung allen Lebens. Zwar hatte es schon lange vor Christi Geburt erste Ansätze zu einer Evolutionstheorie gegeben, aber es war Darwin, der Mediziner und Theologe, der dieser Theorie zum Durchbruch verhalf. Sie basiert auf dem Prinzip, dass sich Lebewesen über Generationen weiterentwickeln und dass gleichzeitig eine Selektion stattfindet: Immer wenn die Ressourcen knapp werden, pflanzen sich nur noch die am angepasstesten Individuen fort, die anderen sterben aus.
Wann und in welchem Zusammenhang Leben überhaupt entstanden ist, ist gemäss Darwin ein für die Menschen unlösbares Geheimnis. Die Bibel dagegen nennt hier klar Gott als Urheber allen Lebens. Seither wird diskutiert und auch gestritten zwischen Vertretern von Glaubensgemeinschaften und jenen der Wissenschaft, ob der Mensch vom Affen abstammt oder von Gott geschaffen worden ist.
Dies ist nicht die einzige Auseinandersetzung rund um Darwins Evolutionstheorie. Im Laufe der Jahre sind zahlreiche angebliche oder tatsächliche Irrtümer Darwins identifiziert worden, die wiederum Stoff für weitere Diskussionen geliefert haben. Je nach Blickwinkel und Hintergrund sind hier mehr oder weniger interessante Debatten entstanden, so zum Beispiel zur Frage, ob der Mensch nicht nur vom Affen abstammt, sondern, aufgrund seiner grossen biologischen Ähnlichkeit mit diesen Tieren, selber eine dritte Schimpansenart darstellt.
Ob dagegen der Darwin-Preis die Menschheit weiterbringt, darf bezweifelt werden: Auf Initiative einer Biologin hin werden seit 1994 Personen ausgezeichnet, die der Selektion Vorschub geleistet und sich auf die dümmste Art selbst eliminiert haben. Über Geschmack lässt sich bekanntlich streiten.
Klar ist, dass Darwins «survival of the fittest» richtig übersetzt heisst, dass nur die am besten Angepassten überleben, dass aber andererseits das Festhalten an einer Strategie in Zeiten der Veränderungen, wie wir sie jetzt erleben, zum Untergang führen kann – das gilt auch für alle Akteure im Gesundheitswesen.

Christa Rüedi

Darwin, les singes et les sélections

Lorsque Charles Darwin est né il y a 200 ans, seule la Genèse biblique comptait. Bien avant la naissance de Jésus Christ, il y avait pourtant déjà eu de premiers signes d'une théorie de l'évolution. Mais c'est Darwin, médecin et théologien, qui lui a donné ses lettres de noblesse. Cette théorie repose sur le principe que les êtres vivants évoluent au fil des générations, mais qu'une sélection s'opère aussi par la même occasion: à chaque fois que les ressources viennent à manquer, seuls les individus qui s'adaptent le mieux se reproduisent. Les autres disparaissent.
Selon Darwin, il est impossible de déterminer exactement quand et dans quel contexte la vie a été conçue. La Bible cite clairement Dieu comme instigateur de toute forme de vie. Depuis lors, les représentants de communautés religieuses et scientifiques débattent de savoir si l'Homme provient du singe ou s'il a été créé par Dieu.
Il ne s'agit pourtant pas du seul point de controverse autour de la théorie de l'évolution de Darwin. Au fil des années, des erreurs réelles ou imaginaires ont été identifiées et ont donné lieu à d'autres discussions. Des questions plus ou moins intéressantes ont été soulevées. Par exemple, certains émettent l'idée que l'Homme provient non seulement du singe, mais représente aussi un troisième type de chimpanzé au vu de sa grande ressemblance biologique avec ces animaux.
Par contre, il est peu probable que le prix Darwin fasse vraiment évoluer l'humanité: à l'initiative d'une biologiste, depuis 1994 des personnes ont choisi bêtement de s'éliminer pour favoriser la sélection. A chacun son goût …
La théorie de sélection de Darwin signifie d'un côté que seuls les individus les plus flexibles peuvent survivre. De l'autre, elle signifie aussi que le fait de s'accrocher à une stratégie dans une période aussi mouvementée que la nôtre peut mener à la perte. Ceci s'applique aussi à tous les acteurs de la santé.

Christa Rüedi

Gesundheitsratgeber in 25 Sprachen

Agathe Blaser

Viele Ratgeberbroschüren richten sich heute direkt an Migranten und Migrantinnen, um sie in ihrer Muttersprache über Gesundheitsfragen aufzuklären. Die Internetplattform www.migesplus.ch gibt Einblick in das wachsende Angebot und ist für Fachleute aus dem Gesundheitsbereich sowohl Bezugsquelle als auch Kompetenzzentrum.

Die Apotheke ist in der Regel die erste Anlaufstelle, um sich bei Gesundheitsproblemen beraten zu lassen. Dies gilt auch für die hierzulande lebenden Migranten und Migrantinnen. Nicht alle von ihnen verfügen allerdings über ausreichende Kenntnis einer Landessprache, um ein Gespräch im medizinischen Bereich leichthin zu bewältigen. Verständigungsschwierigkeiten, soziokulturelle Barrieren und Zeitdruck führen nicht selten dazu, dass die Lebensrealitäten und Krankheitserfahrungen der Fremdsprachigen zu wenig berücksichtigt werden können, was eine angemessene Beratung erschwert.

Wissenschaftliche Untersuchungen haben in der Schweiz ergeben, dass der Gesundheitszustand von Angehörigen der Migrationsbevölkerung in verschiedenen Bereichen schlechter ist als jener der Einheimischen. Ein Grossteil der Migranten und Migrantinnen gehören zu den verletzlichsten Mitgliedern unserer Gesellschaft. Sie sind vermehrt gesundheitlichen Risiken ausgesetzt und finden weniger leicht Zugang zu unserem Gesundheitssystem. Durch herkömmliche Gesundheitsinformations- und Präventionskampagnen werden sie zudem nicht genügend erreicht. Chancengleichheit für alle ist daher nicht gewährleistet.

Informationsplattform für Fachpersonen

In dieser Situation bietet die Internetplattform www.migesplus.ch kompetente Unterstützung für Fachleute und leistet einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung der Selbstverantwortung und Gesundheitskompetenz von Migranten und Migrantinnen. Die Webseite wurde im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) durch das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) aufgebaut. Sie ist eine zentrale Bezugsquelle für die derzeit in der Schweiz verfügbaren, in mehr als 25 Sprachen übersetzten Gesundheitsratgeber. Die vielfältigen Broschüren, Merkblätter, Filme und anderen Informationsmaterialien sind auf der Webseite thematisch geordnet und inhaltlich kommentiert und können direkt online bestellt werden.

Das Nationale Programm Migration und Gesundheit

Die Internetplattform migesplus ist im Rahmen des Nationalen Programms «Migration und Gesundheit» entstanden. Dieses bezweckt, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der in der Schweiz wohnhaften Migrationsbevölkerung zu verbessern. Vor allem Migranten und Migrantinnen aus niederen sozialen Schichten stehen gesundheitlich oft schlechter da als die einheimische Bevölkerung. Problematisch sind insbesondere ihr erhöhtes Risikoverhalten in Bezug auf die eigene Gesundheit (Tabakkonsum, ungesunde Ernährung, Übergewicht), die häufigere Betroffenheit durch sexuell übertragbare, parasitäre oder infektiöse Krankheiten, schlechtere Zahngesundheit, weniger Vorsorgeuntersuchungen, geringes Wissen über die Funktionsweise und entsprechend falsche Nutzung des Gesundheitssystems sowie Kommunikationsprobleme beim Beanspruchen von dessen Leistungen.

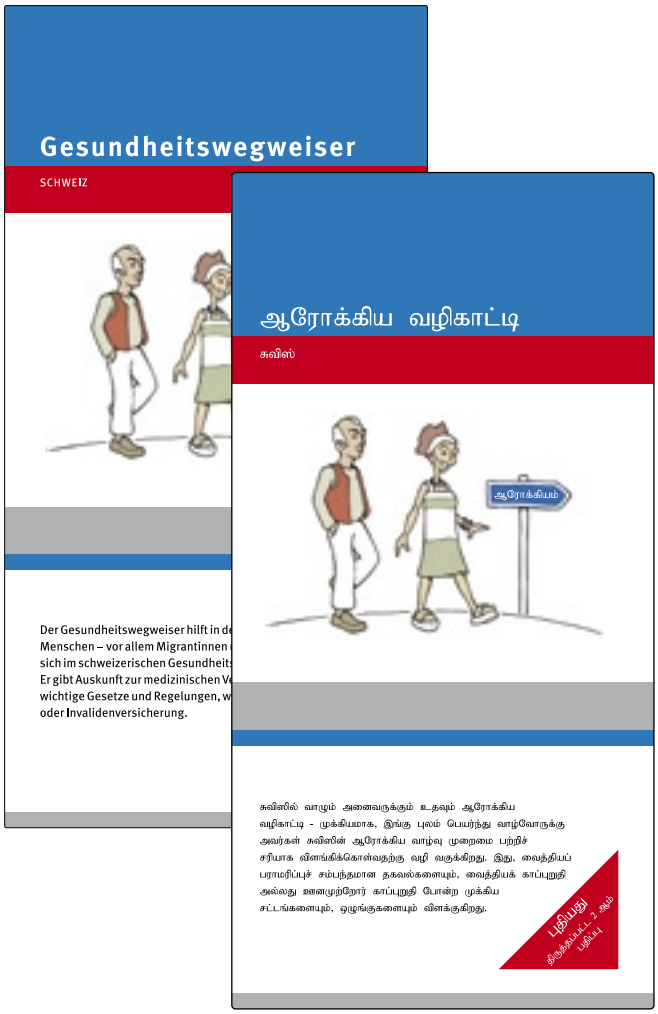
In den Bereichen Bildung, Prävention, Gesundheitsversorgung und Forschung sind zugunsten der Migrationsbevölkerung bereits zahlreiche Projekte verwirklicht worden. Schwerpunkte waren unter anderem die Ausbildung von interkulturellen Übersetzerinnen und Übersetzern, die im Gesundheits- und Sozialwesen zum Einsatz kommen, und das Schweizer Netzwerk «Migrant Friendly Hospitals», das sich nach europäischem Vorbild formierte.

Wenn Apotheker und Apothekerinnen migesplus konsultieren, wird sie die Breite des Themenspektrums ansprechen, das der Vielgestaltigkeit ihrer eigenen Tätigkeit recht ähnlich sieht. Zu finden sind hier Gesundheitsinformationen für jedes Lebensalter, eine lebendige Fülle von Text- und Bildmaterial, mit den Rubriken Kind & Gesundheit, Frau & Gesundheit, Liebe & Sexualität, Genuss & Sucht, Psyche & Krise, Gesundheit & Prävention oder Gesundheit & Versorgung. Das Angebot reicht von Broschüren über bestimmte körperliche oder psychische Leiden (wie z.B. Arthrose, Osteoporose, Hautkrebs, Brustkrebs, Depression, Panik und Platzangst) bis zu Informationen über so unterschiedliche Themen wie Säuglingspflege, gesunde Ernährung, ruhiger Schlaf, häusliche Gewalt, fremdsprachige Psychotherapeuten, Heimweh oder Wohnen in der Schweiz.

Zwei Ratgeber, die sich besonders gut für fremdsprachige Patientinnen oder Patienten eignen, sind die Aufklärungsschrift zum Thema Rückenschmerzen und die Broschüre über Schlaf- und Beruhigungsmittel (Medikamentenmissbrauch) – beides Phänomene, die durch ihr zuweilen diffuses Erscheinungsbild relativ grossen Erklärungsaufwand mit sich bringen.

Ein Klassiker im Angebot von migesplus, der bereits grosse Popularität erreicht hat, ist der in 18 Sprachen erhältliche «Gesundheitswegweiser Schweiz», herausgegeben durch das SRK, Caritas Schweiz und das BAG. Er enthält Basisinformationen über die Kranken- und Sozialversicherungen sowie über das Schweizerische Gesundheitswesen, um

Migranten und Migrantinnen den Zugang zu dessen Dienstleistungen zu erleichtern. Zudem informiert er auch über Themen wie gesunde Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkohol, Sucht, HIV/Aids, Schwangerschaftsabbruch, Impfen und psychische Gesundheit.



Die Internetplattform migesplus richtet sich in erster Linie an Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich, die das Informationsmaterial in ihrem Praxisalltag verwenden und an ihre Patientinnen oder Klienten abgeben können. Erfahrungsgemäss sind die schriftlichen Informationen besonders gut wirksam, wenn sie in therapeutischem Rahmen ausgehändigt und empfohlen werden, samt freundlicher Aufforderung, nach der Lektüre zu einem späteren Zeitpunkt Fragen zu stellen.

Wer Broschüren zu Gesundheitsfragen anbietet oder im Beratungsgespräch deren Inhalt bespricht, bewegt sich nicht selten in einem sensiblen Bereich. Umso wichtiger ist es, dass das dabei verwendete Informationsmaterial inhaltlich und sprachlich von guter Qualität ist. Osman Besic, langjähriger Projektverantwortlicher der Internetplattform, bezeichnet die Qualitätssicherung als zentrales Anliegen von migesplus. «Die Produktion von Broschüren in verschiedenen Sprachen ist höchst komplex und aufwändig. Eine Aufgabe von migesplus ist daher auch, einen hohen Qualitätsstandard zu gewährleisten und unsere Erfahrung sowie das nötige Know-how weiterzugeben», erklärt er.

Optimales Informationsmaterial ist laut Besic möglichst schlicht, verständlich und anschaulich formuliert. Es berücksichtigt die Besonderheiten des Migrationskontexts und orientiert sich an der Lebenswelt von Migranten und Migrantinnen. Um diesem Anspruch zu genügen, bietet migesplus nicht nur mehrsprachige Broschüren von zahlreichen Partnerorganisationen an, sondern begleitet und unterstützt auch die Planung und Produktion von neuem Informationsmaterial zur Gesundheitsförderung der Migrationsbevölkerung in der Schweiz. ▮

Links, Literatur und Kontaktadressen

→ Bundesamt für Gesundheit, Nationales Programm «Migration und Gesundheit»: www.miges.admin.ch

→ migesplus – Gesundheitsinformationen in mehreren Sprachen: www.migesplus.ch

→ Schweizerisches Rotes Kreuz, Departement Gesundheit und Integration, Abteilung Gesundheit, 3084 Bern – Wabern, Osman Besic, Leiter Abteilung Gesundheit, info@migesplus.ch, Tel. 031 960 75 23

→ Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des «Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung». Hg: BAG 2007; erhältlich bei www.miges.admin.ch

Korrespondenzadresse
Agathe Blaser, Kommunikationsbeauftragte
Nationales Programm Migration und Gesundheit
Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Gesundheitspolitik
3003 Bern
E-Mail: agathe.blaser@bag.admin.ch

Informations sur la santé en 25 langues

Agathe Blaser

Aujourd'hui, de nombreuses brochures informatives s'adressent aux migrants, dans leur langue maternelle, afin de répondre directement à leurs interrogations en matière de santé. La plate-forme Internet www.migesplus.ch fournit un aperçu de l'offre proposée; elle constitue, pour les professionnels de la santé, aussi bien une référence en matière de publications qu'un centre de compétences.

En cas de problèmes de santé, la pharmacie est généralement le premier endroit où l'on se rend pour se faire conseiller. Les personnes migrantes vivant en Suisse font de même. Toutefois, certaines d'entre elles n'ont pas les connaissances linguistiques suffisantes pour discuter d'un sujet médical dans l'une des langues nationales. Or, il n'est pas facile de dispenser des conseils adaptés lorsque les difficultés de compréhension, les barrières socioculturelles ou l'urgence font perdre de vue la situation particulière des personnes de langue étrangère.

Des études scientifiques réalisées en Suisse ont montré que l'état de santé de la population migrante est moins bon, à maints égards, que celui des autochtones. La majorité des migrants fait partie des groupes de population les plus vulnérables de notre société. Ils sont, d'une part, exposés à des risques sanitaires plus importants et, d'autre part, accèdent moins facilement à notre système de santé. De plus, les campagnes d'information et de prévention traditionnelles ne les interpellent pas suffisamment. L'égalité des chances pour tous n'est donc pas garantie.

Plate-forme d'informations pour spécialistes

En pareil contexte, la plate-forme Internet www.migesplus.ch constitue un soutien efficace pour les spécialistes et contribue grandement à renforcer la responsabilité individuelle et la culture sanitaire des migrants. Le site a été conçu, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), par la Croix-Rouge Suisse (CRS). Il fournit un accès centralisé à tous les guides de santé traduits dans plus de 25 langues actuellement disponibles en Suisse et répertorie, par thème, les multiples brochures, fiches d'information, vidéos et autres supports informatifs. Chaque document fait l'objet d'un commentaire de fond et peut être commandé directement en ligne.

L'éventail des thèmes de migesplus reflète fidèlement la diversité de l'activité du pharmacien. On y trouve des informations sur la santé pour toutes les tranches d'âge ainsi qu'une foule de textes et d'illustrations classés selon les catégories suivantes: Enfant et santé, Femme et santé, Amour et sexualité, Dépendances, Psyché et crise, Santé et prévention, et Santé et soins. Les publications traitent aussi bien de sujets spécifiques, comme certaines souffrances physiques ou psychiques (p. ex., l'arthrose, l'ostéoporose, le cancer de la peau, le cancer du sein, la dépression, les troubles paniques et l'agoraphobie) que des thèmes plus variés (entre autres, alimentation saine, sommeil, violences domestiques, liste des psychothérapeutes maîtrisant une langue étrangère, mal du pays ou encore logement en Suisse).

Les publications sur le mal de dos et le recours aux somnifères et tranquillisants (et les risques encourus) figurent parmi celles convenant bien aux patients d'origine étrangère. Il s'agit de deux cas de figure auxquels on est fréquemment confronté et qui, parce que les manifestations sont multiples, impliquent un effort d'explication particulier.

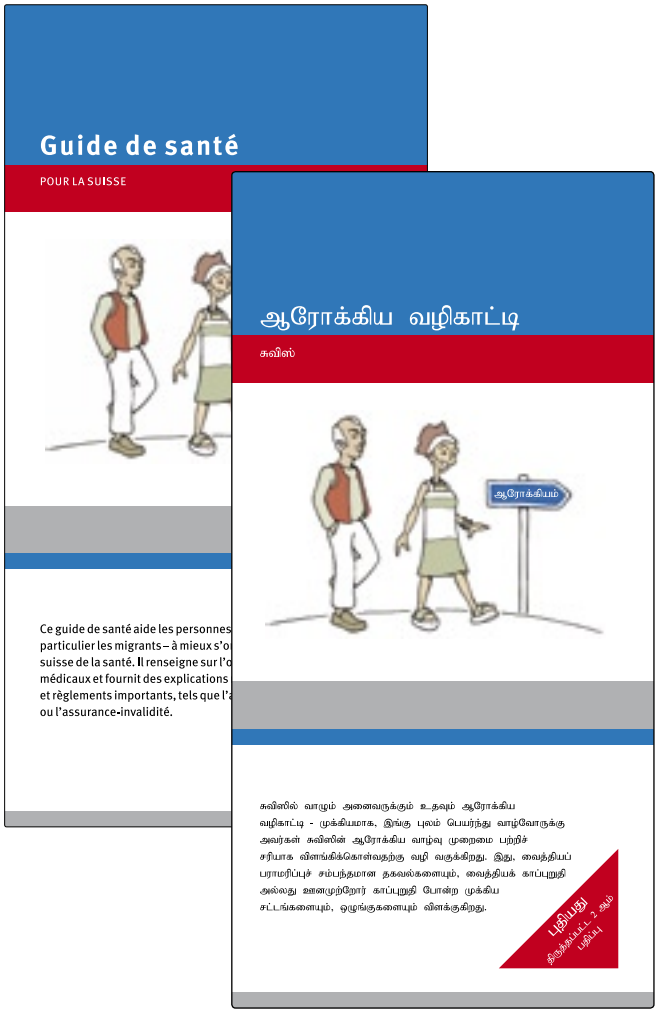
Le «Guide de santé», déjà très populaire, est un classique de l'offre migesplus. Disponible en 18 langues, il a été publié par la CRS, Caritas Suisse et l'OFSP. Il comporte des informations de base sur l'assurance sociale et maladie ainsi que sur le système de santé suisse, et vise à faciliter l'accès des migrants aux prestations dans ces domaines. Il livre également des indications en matière d'alimentation saine, d'activité physique, de tabagisme, d'alcool, de dépendances, de VIH/sida, d'avortement, de vaccination et de santé mentale.

Le Programme national «Migration et santé»

La plate-forme Internet migesplus a vu le jour dans le cadre du Programme national «Migration et santé». Celui-ci vise à améliorer l'état de santé de la population migrante et son comportement en la matière en Suisse. Les migrants issus des couches sociales les plus défavorisées sont souvent en moins bonne santé que la population indigène. Ils présentent un comportement à risque accru (tabagisme, alimentation malsaine, surpoids) et une mauvaise santé bucco-dentaire. Les cas de maladies parasitaires, infectieuses ou sexuellement transmissibles sont plus fréquents, ils effectuent moins d'examens préventifs, ont des connaissances lacunaires sur le fonctionnement du système de santé et, de ce fait, en font une mauvaise utilisation. Les problèmes de communication sont récurrents et entravent leur accès aux prestations médicales. Il s'agit là des points les plus problématiques.

Pour y remédier, de nombreux projets axés sur la population migrante ont déjà été réalisés dans les domaines de la formation, de la prévention, de la couverture des soins et de la recherche. Parmi les plus marquants, retenons la formation des interprètes communautaires intervenant dans le secteur sanitaire et social ainsi que le réseau suisse «Migrant Friendly Hospitals», conçu d'après le modèle européen.

La plate-forme Internet migesplus s'adresse en premier lieu aux professionnels de la santé qui utilisent du matériel informatif au quotidien et le diffusent auprès de leurs patients ou clients. L'expérience montre que les supports écrits sont particulièrement efficaces lorsque les professionnels de la santé les



remettent dans le cadre d'un suivi thérapeutique, en invitant cordialement leurs patients à les lire et à poser ultérieurement les questions restées en suspens.

Tout pharmacien fournissant des brochures relatives à la santé ou évoquant leur contenu en consultation aborde fréquemment des questions sensibles. Il est donc d'autant plus important que le matériel d'information utilisé soit fiable, tant sur le fond qu'au niveau linguistique. Osman Besic, responsable du projet de la plate-forme Internet depuis de longues années, place l'assurance qualité au premier plan des exigences inhérentes à migesplus. «La conception de brochures en plusieurs langues s'avère très complexe et onéreuse. L'une des tâches de migesplus consiste donc également à garantir un niveau de qualité élevé et à mettre l'expérience et le savoir-faire requis au service des autres», commente-t-il.

Selon lui, pour que le matériel d'information remplisse parfaitement sa fonction, le propos doit être simple, compréhensible et étayé d'exemples. Le document doit tenir compte des particularités liées au contexte de la migration et être axé sur le cadre de vie des migrants. Pour répondre à ces exigences, migesplus offre non seulement des brochures multilingues élaborées par de nombreuses organisations partenaires, mais se propose également d'encadrer la planification et la création de nouveau matériel d'information destiné à promouvoir la santé auprès de la population migrante en Suisse. ▮

Liens, bibliographie et renseignements:

→ Office fédéral de la santé publique, Programme national «Migration et santé»: www.miges.admin.ch

→ migesplus – Informations sur la santé en plusieurs langues: www.migesplus.ch

→ Croix-Rouge Suisse, département Santé et intégration, section Santé, 3084 Berne – Wabern, Osman Besic, responsable de la section Santé, info@migesplus.ch, tél. 031 960 75 23

→ «Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes ?» Les principaux résultats du «Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse». Ed: OFSP 2007; disponible sur www.miges.admin.ch

Adresse de correspondance:
Agathe Blaser, chargée de communication pour
le Programme national «Migration et santé»
Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Politique de la santé
3003 Berne
E-mail: agathe.blaser@bag.admin.ch

Das Glaukom: Eine gefährliche Augenerkrankung

Ines Fleischmann

Eine von mehreren, das Sehvermögen bedrohenden Erkrankungen ist das Glaukom. Am 12. März findet der Welt-Glaukom-Tag statt, um die Öffentlichkeit über diese zweithäufigste Erblindungsursache zu informieren. Der folgende Artikel greift dieses im Sinne der Triage auch für die Apothekerschaft relevante Thema auf, denn frühzeitige Erkennung und Therapie beeinflussen massgeblich die Heilungschancen.



Abb. 1: Gesichtsfeld bei Glaukom

Das Glaukom wird auch «grüner Star» genannt; aus dem Griechischen «glaucos» = meergrün. Darunter versteht man eine meist beidseitige Sehnervschädigung infolge eines Missverhältnisses zwischen erhöhtem Augeninnendruck und arteriellem Druck der Pupille.

Bei niedrigem Blutdruck kann ein Glaukom schon bei normalem Augeninnendruck entstehen. Wenn ein erhöhter Augeninnendruck keine Schäden verursacht, weil der Blutdruck in den Gefässen ausreichend hoch ist, bezeichnet man das als okuläre Hypertension. Aus einer okulären Hypertension kann sich ein Glaukom entwickeln.

Neuere Untersuchungen zeigen, dass beim Glaukom nicht nur ein erhöhter Augeninnendruck, sondern auch weitere Risikofaktoren wie beispielsweise eine mangelhafte Blutversorgung des Sehnervs eine Rolle spielen können.

Je nach Glaukomtyp variieren die Beschwerden. Alle führen jedoch zu Gesichtsfeldausfällen bis hin zur Erblindung (Abbildung 1).

Vorsorge ist wichtig

Der normale Augeninnendruck liegt zwischen 10 und 21 mm Hg, Werte zwischen 22 und 26 mm Hg sind glaukomverdächtig, Werte darüber immer pathologisch. Bei den meisten Menschen ist der Augeninnendruck morgens am höchsten, bei manchen Glaukompatienten entstehen nachts oder zu anderen Tageszeiten Druckspitzen. Im Alter ist der Druck höher als in jüngeren Jahren, bei körperlicher Belastung, starkem Husten oder Pressen (z. B. beim Spielen von Blasinstrumenten!) steigt er an. Eine regelmässige Augeninnendruckmessung ab dem 40. Alterjahr sowie weitere Untersuchungsmethoden können ein Glaukom aufdecken, bevor es zu Schäden kommt. Übermässiger Alkoholgenuss (Erhöhung der Kammerwasserproduktion) und Rauchen (verminderte Durchblutung) wirken sich negativ aus.

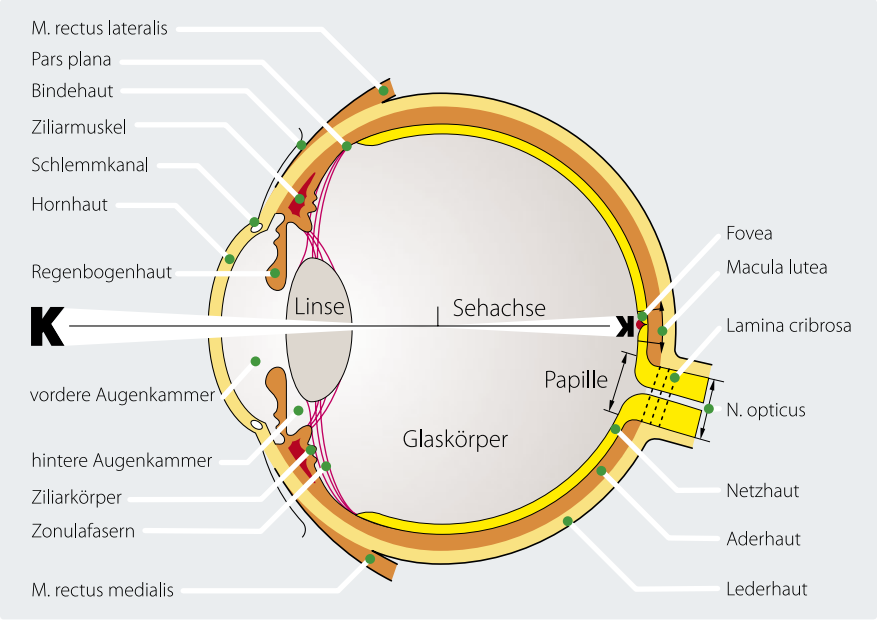
Verschiedene Glaukomarten: Risiko und Symptome

Je nach Beschaffenheit des Kammerwinkels unterscheidet man zwischen Weitwinkelglaukom (über 90% der Fälle) und Winkelblockglaukom (ca. 5%, bzw. bei Asiaten 50%).

Vom primären Weitwinkelglaukom sind etwa 0,5% der Bevölkerung über dem 40. Altersjahr betroffen, Männer etwas häufiger als Frauen. Es stellt bei uns nach der Makuladegeneration und der diabetischen Retinopathie eine der häufigsten Erblindungsursachen dar. Risikofaktoren für eine Erkrankung sind: Erkrankte Verwandte 1. Grades, höheres Lebensalter, schwere kardiovaskuläre Erkrankungen, Myopie grösser als minus 5 Dioptrien, niedriger Blutdruck und schwarze Hautfarbe (wobei Schwarze statistisch früher erkranken als Weisse).

Bei offenem Kammerwinkel kommt es über mehrere Jahre hinweg zu einer allmählich fortschreitenden Atrophie des Sehnervs. Schuld ist eine verminderte Durchblutung des Sehnnervkopfes mit oder ohne Drucksteigerung im Auge; ersteres u. a. bedingt durch eine Abflussbehinderung des Kammerwassers bei erhöhtem Abflusswiderstand im Trabekelwerk (zur Augenanatomie siehe Abb. 2. Das Trabekelwerk ist ein siebartiges Ge-

Abb. 2: Waagrechter Schnitt durch das Auge, optische Abbildung auf der Netzhaut [Grehn]



flecht im Kammerwinkel, durch welches das Kammerwasser aus der vorderen Augenkammer in den Schlemm-Kanal abfliesst).

Die Patienten haben über Jahre hinweg keine Beschwerden. Allmählich entstehende Gesichtsfeldausfälle werden häufig erst dann bemerkt, wenn auch das zentrale Sehen betroffen ist.

Therapiemöglichkeiten

Der Augeninnendruck kann medikamentös gesenkt werden. Laser- und mikrochirurgische Eingriffe sind ebenfalls möglich.

Zur Therapie werden folgende Medikamente, teilweise in Kombination, eingesetzt:

→ Betablocker (z.B. Timolol, Betaxolol) als Augentropfen 2× täglich senken die Kammerwasserproduktion ohne die Pupille oder den Ziliarmuskel zu beeinflussen. Da sie auch eine systemische Wirkung haben können, sind sie bei Asthma, Bradykardie und Atrioventrikular-Überleitungsstörungen 2. und 3. Grades kontraindiziert. Selektivität ist nie vollständig!
Vorsicht zudem bei Sicca-Syndrom und Kontaktlinsenträgern, da manche Betablocker die Trockenheit des Auges verstärken und die Hornhautsensibilität herabsetzen können.

→ Miotika (Parasympathomimetika; Pilocarpin 0,5–2%, Carbachol 0,75–3%) erweitern den Kammerwinkel und setzen den Abflusswiderstand herab durch Tonussteigerung des Ziliarmuskels. Sie können zu Kopfschmerzen durch Akkommodationskrämpfe und Sehstörungen durch die gleichzeitig hervorgerufene Verengung der Pupille (Miosis) führen sowie die Dunkeladaptation beeinträchtigen. Bei jüngeren Patienten, die noch gut akkommodieren können, entsteht durch die Anspannung des Ziliarmuskels eine störende Kurzsichtigkeit. Wegen ihrer kurzen Wirkdauer müssen diese Augentropfen 3–4× täglich getropft werden. Die Applikationshäufigkeit kann reduziert werden durch halbfeste galenische Formen mit längerer Wirkdauer.

→ Karboanhydrasehemmer (Azetazolamid, Dorzolamid, Brinzolamid) – topisch oder systemisch – verringern die Produktion des Kammerwassers. Tagesdosis max. 1500 mg.

→ α-2-Agonisten (Sympathomimetika; Clonidin, Brimonidin) verringern ebenfalls die Produktion des Kammerwassers. Brimonidin hat das günstigste Nebenwirkungsprofil.

→ Prostaglandine (Latanoprost, Bimatoprost, Travoprost) verstärken den uveoskleralen Abfluss. Sie müssen nur 1× abends getropft werden.

Für die optimale augendrucksenkende Wirkung müssen die Applikationszeiten, die Applikationshäufigkeiten, die Wirkungsmaxima bzw. -minima sowie die z.T. bessere Wirksamkeit von Kombinationspräparaten berücksichtigt werden. Referenztherapie ist Timolol, gefolgt von den Prostaglandinen.

Je geringer die Drucksteigerung war, die zu dem Glaukomschaden geführt hat, umso stärker muss der Augeninnendruck gesenkt werden. Der Augeninnendruck und das Gesichtsfeld müssen bei jedem Glaukompatienten individuell geprüft und zeitlebens überwacht werden.

Die Compliance bei der Glaukomtherapie ist teilweise schlecht, weshalb die Patienten gut aufgeklärt und über die Folgen der Erkrankung informiert werden müssen. Hilfsmittel wie Tropfhilfen (Vorrichtungen, mit denen die eingespannte Tropfflasche aufs Auge gesetzt werden kann) oder Tropfkalender können nützlich sein.

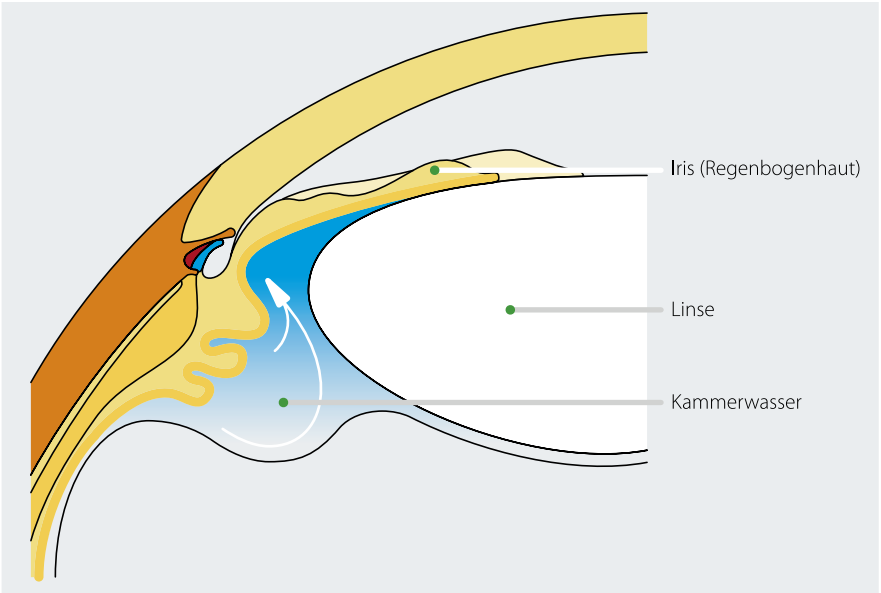
Kommt es mit medikamentösen Massnahmen nicht zu einer Drucknormalisierung (d.h. wenn mit maximal 3 Wirkstoffen in maximal 2 Augenflaschen der Zieldruck nicht erreicht wird), muss mit Laser oder mikrochirurgischer Operation nachgeholfen werden.

Akuter Glaukomanfall: Ein Notfall

Beim akuten Winkelblockglaukom (Glaukomanfall) besteht ein massiver, meist einseitiger Anstieg des intraokularen Druckes auf 50 mm Hg und mehr durch Verlegung des Kammerwinkels durch die Irisbasis. Dabei liegt die Rückfläche der Iris (Regenbogenhaut) der Vorderfläche der Linse eng an und blockiert den Kammerwasserfluss durch die Pupille (Pupillarblock). Dadurch staut sich das Kammerwasser hinter der Iris, sie wird nach vorne gedrückt und komprimiert den Kammerwinkel (vgl. Abbildung 3). Diese Situation wird durch eine Pupillenerweiterung verstärkt. Deshalb muss eine Anwendung von Mydriatika unbedingt vermieden werden! Auch starke Miotika können einen akuten Winkelblock auslösen.

Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer. Die Patienten haben starke Schmerzen, die sie aber oft nicht dem Auge zuordnen. Deswegen wird ein Glaukomanfall oft nicht erkannt und als Migräne, Zahnschmerzen, akutes Abdomen, Hirndrucksteigerung usw. interpretiert. Viele Patienten leiden unter Übelkeit und Erbrechen, durch Vagusreizung sind auch Herzrhythmusstörungen möglich. Wegen des entstehenden Hornhautödems ist die Sehschärfe vermindert und um Lichtquellen herum werden regenbogenfarbige Lichtringe gesehen (Abbildung 4).

Abb. 3: Entstehung des Kammerwinkelverschlusses durch Pupillarblock [Grehn]



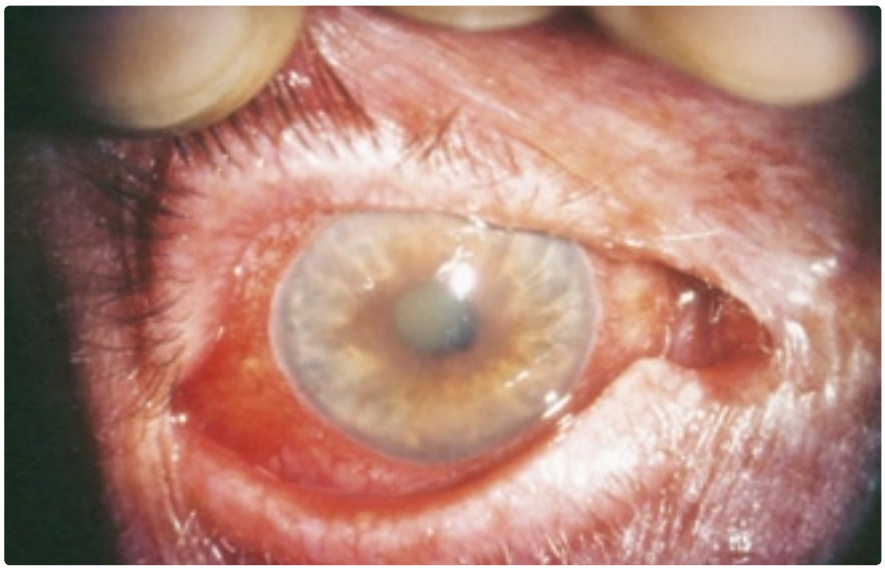


Abb. 4: Akutes Winkelblockglaukom: Hornhautödem, getrübtes Epithel. Flache Vorderkammer, unregelmässig verzogene und erweiterte Pupille. Starke Gefässerweiterung. Heftige Schmerzen. Augapfel beim Palpieren steinhart.

Ein Glaukomanfall ist ein Notfall, der Erhalt des Sehvermögens hängt von der rechtzeitigen Behandlung ab. Die folgenden Medikamente werden kombiniert verabreicht und der Augeninnendruck stündlich kontrolliert: Mit Pilocarpin 2% 3× im Abstand von 10 Minuten wird die Pupille eng gestellt, und zwar an beiden Augen. Verengt sich die Pupille bei der ersten Gabe nicht, darf nicht weitergetropft werden, da sonst der Winkelblock durch Anspannung des Ziliarmuskels noch verstärkt wird. Betablocker-Augentropfen und der Karboanhydrasehemmer Azetazolamid 500–1000 mg i.v. (orale Form bei Erbrechen nicht sinnvoll!) hemmen die Kammerwasserproduktion. Durch die Infusion hyperosmolarer Substanzen (z.B. 500 ml Mannit 20%) wird dem Auge Wasser entzogen (Vorsicht ist geboten bei herzinsuffizienten Patienten wegen der Flüssigkeitsverschiebung in den intravasalen Raum). Zusätzlich ist meist eine Schmerzlinderung und Sedierung (z.B. mittels Pethidin) notwendig, sie kann jedoch einen weiteren Anfall verschleiern. Sobald die Hornhaut wieder klar ist, wird eine Laserbehandlung durchgeführt zur Herstellung einer Irislücke, oder es muss operiert werden. Das andere Auge sollte wegen der grossen Rezidivgefahr (90% in 12 Monaten) mitbehandelt werden. Bei adäquater Therapie kann meistens das volle Sehvermögen wieder hergestellt werden. Ohne Behandlung kommt es innerhalb von 1 bis 2 Wochen zur Erblindung.

Im vorliegenden Artikel informieren wir ausführlich über das Thema Glaukom. Ihre Meinung interessiert uns: Wie wichtig ist dieses Thema für Sie als Apotheker? Wie häufig werden Sie von Kunden auf dieses Thema angesprochen? Hätten Sie Interesse, in einem kommenden Jahr bei einer Aktion mitzumachen?
Bitte beantworten Sie uns diese Fragen direkt auf www.pharmaSuisse.org im Mitgliederbereich.
Kontaktperson: Marcel Wyler, Leiter Abteilung Kommunikation & Marketing, pharmaSuisse
E-Mail: marcel.wyler@pharmaSuisse.org

Sekundäre Glaukomformen

Auch bei den sekundären Glaukomen ist eine Behinderung des Kammerwasserabflusses die Ursache. Z.B. das Neovaskularisationsglaukom, das u.a. bei Diabetes auftritt: Bei Ischämie der Netzhaut schüttet sie vaskuläre Wachstumsfaktoren aus (Abkürzung VEGF, vascular endothelial growth factor), die mit dem Kammerwasser in die vordere Augenkammer gelangen und hier z.B. im Kammerwinkel und auf der Iris zu Neovaskularisationen (Gefässwucherungen) führen. Diese behindern den Abfluss.

Therapiert wird mit Laser, die Wirkung hält jedoch nur einige Jahre an und die Prognose ist schlecht.

Ein weiteres sekundäres Glaukom ist das Kortisonglaukom: Die Gaben von Kortikosteroiden v.a. topisch als Augentropfen aber auch systemisch kann nach Wochen zur Ablagerung von Mukopolysacchariden im Trabekelwerk führen. Dies betrifft ca. 5% der Patienten nach Gabe von Kortikosteroidaugentropfen, bei stark myopen (kurzsichtigen) Patienten ist das Risiko stark erhöht. Die Steroide müssen sofort abgesetzt werden. Normalisiert sich der Augeninnendruck dann nicht spontan, wird wie beim primären Weitwinkelglaukom behandelt.

Eine längerdauernde Verordnung von kortikosteroidhaltigen Augentropfen, auch bei Sicca-Syndrom oder bei Kontaktlinsenunverträglichkeit, sollte deshalb immer von augenärztlichen Kontrollen begleitet sein. Ein Sekundärglaukom kann sich ebenfalls nach Trauma, bei Entzündungen oder bei Linsenveränderungen ausbilden.

Fazit

Das Glaukom – der grüne Star – ist die zweithäufigste Erblindungsursache auch in unseren Breiten. Ein Leiden, das schleichend, meist schmerzlos verläuft und daher oft erst im Endstadium durch eine Gesichtsfeldeinschränkung dem Betroffenen auffällt. Nur die Früherkennung und ein rechtzeitiger Therapiebeginn können das Sehvermögen retten und erhalten. Dieser Umstand ist in der Bevölkerung nur wenig bekannt. Zudem schreibt man dieses Leiden nur alten Menschen zu, dabei können schon in jüngerem Alter mögliche Vorstufen und auch tatsächliche Erkrankungen festgestellt werden. Ein besseres Wissen über das Glaukom in der Bevölkerung ist daher besonders wichtig. ▮

Kontaktadresse
Ines Fleischmann, eidg.dipl. Apothekerin
E-Mail: fines28@hotmail.com

Review: Dr. med. Mathias Oechslin, Facharzt FMH für Augenheilkunde und Augenchirurgie, Schwyz

Literatur auf Anfrage bei der Verfasserin

Am 12. März 2009 findet der Welt-Glaukom-Tag statt. Über 100 Ophthalmologen in der ganzen Schweiz haben sich bereit erklärt, im Rahmen einer nationalen Glaukomkampagne im Monat März kostenlose Augenuntersuchungen anzubieten. Mit der Kampagne sollen Menschen ab 40 Jahren für den «Grünen Star» sensibilisiert werden.
Weitere Informationen finden Sie unter: www.sog-sso.ch.

Le glaucome: une maladie oculaire sérieuse

Ines Fleischmann

Le glaucome est l'une des nombreuses maladies menaçant l'acuité visuelle. Le 12 mars, une Journée mondiale du glaucome sera donc organisée pour sensibiliser la population à cette deuxième cause de cécité. L'article ci-après aborde un sujet qui peut également s'avérer important pour le triage en pharmacie. Une détection et un traitement précoces permettent en effet d'augmenter les chances de guérison.



Fig. 1: Champ visuel lors d'un glaucome

On entend par glaucome (du grec glaukos ou glauque, vitreux) une affection généralement bilatérale du nerf optique consécutive à un déséquilibre entre une hausse de la pression intraoculaire et la pression de perfusion de la papille.

En cas d'hypotension, un glaucome peut survenir avec une pression intraoculaire normale. Quand l'élévation de la pression intraoculaire ne provoque pas de dommages parce que la pression sanguine dans les vaisseaux est suffisamment élevée, on parle d'une hypotension oculaire. Une hypertension oculaire peut donner naissance à un glaucome.

De nouvelles études montrent qu'une pression intraoculaire élevée n'est pas seule à l'origine d'un glaucome. D'autres facteurs de risques, comme p. ex. une irrigation sanguine insuffisante du nerf optique peuvent également entrer en ligne de compte.

Si les symptômes varient en fonction du type de glaucome, tous provoquent une perte de champ visuel pouvant aller jusqu'à la cécité (voir Fig. 1).

Importance de la prévention

La pression interne de l'œil se situe normalement entre 10 et 21 mm Hg, des valeurs de 22 ou de 26 mm Hg sont un signe possible de glaucome. Des valeurs supérieures à ces chiffres sont toujours pathologiques. Chez la plupart des gens, la pression intraoculaire est plus élevée le matin alors que chez beaucoup de patients atteints d'un glaucome, les pointes sont observées la nuit ou à d'autres moments de la journée. Avec l'âge, la pression est plus élevée et elle augmente lors d'efforts physiques, de forte toux ou de compression de l'air (p. ex. en jouant d'un instrument à vent!). Une mesure régulière de la pression intraoculaire à partir de la quarantaine ainsi que d'autres méthodes d'examen permettent de détecter un glaucome avant qu'il ne produise des lésions. Une consommation excessive d'alcool (augmentation de la production d'humeur aqueuse) et le tabagisme (baisse de l'irrigation sanguine) ont des effets négatifs.

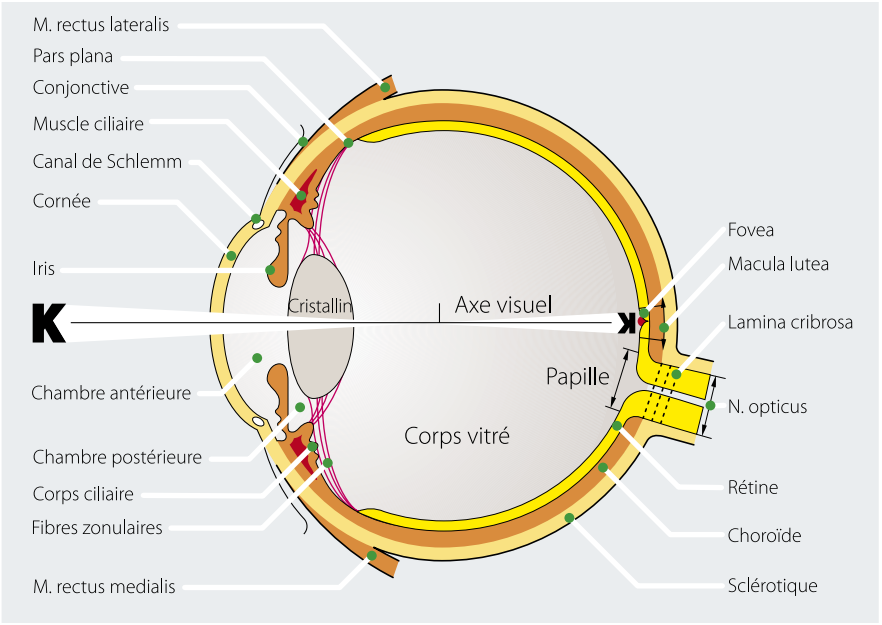
Divers types de glaucome: risques et symptômes

En fonction de l'état anatomique de l'angle iridocoronarien, on distingue le glaucome à angle ouvert (plus de 90% des cas) et le glaucome à angle étroit (env. 5% des cas, mais 50% des cas dans la population asiatique!).

Près de 0,5% de la population de plus de 40 ans souffre d'un glaucome à angle ouvert primaire, les hommes plus souvent que les femmes. Sous nos latitudes, c'est après la dégénérescence maculaire et la rétinopathie diabétique l'une des causes les plus fréquentes de cécité. Les facteurs de risque du glaucome sont: des parents directs atteints, un âge avancé, des affections cardiovasculaires graves, une myopie supérieure à moins 5 dioptries, une baisse de la tension artérielle et la peau noire (statistiquement les noirs sont atteints plus tôt que les blancs).

Le glaucome à angle ouvert entraîne avec le temps une atrophie progressive du nerf optique. La cause en est une mauvaise irrigation de la tête du nerf optique avec ou sans hausse de la pression dans l'œil; celle-ci étant due, entre autres, à

Fig. 2: Coupe transversale de l'œil, formation d'une image sur la rétine [Grehn]



l'écoulement de l'humeur aqueuse lors d'une résistance accrue à l'écoulement dans le réseau trabéculaire (pour l'anatomie de l'œil, voir Fig. 2. Le réseau trabéculaire permet l'écoulement de l'humeur aqueuse depuis la chambre antérieure de l'œil dans le canal de Schlemm).

Pendant des années, les patients ne présentent aucun symptôme. Les pertes d'acuité visuelle ne sont souvent découvertes que lorsque la vision centrale est touchée.

Possibilités thérapeutiques

La pression intraoculaire peut être abaissée par des médicaments. On peut également recourir à une intervention au laser ou à la microchirurgie.

Les médicaments suivants sont utilisés comme traitement, parfois en association:

→ Les bêtabloquants (p.ex. timolol, betaxolol) sous forme de collyres deux fois par jour diminuent la production d'humeur aqueuse sans affecter la pupille ou le muscle ciliaire. En raison de leur possible effet systémique, les bêtabloquants sont contre-indiqués dans l'asthme, la bradycardie et les troubles de la conduction atrio-ventriculaire de grade 2 et 3. La sélectivité n'est jamais totale!
La prudence s'impose en outre en cas de syndrome sec et chez les porteurs de lentilles de contact du fait que certains bêtabloquants renforcent la sécheresse de l'œil et peuvent diminuer la sensibilité de la cornée.

→ Les myotiques (parasympathicomimétiques; pilocarpine 0,5–2%, carbachol 0,75–3%) élargissent l'angle iridocornéen et diminuent la résistance à l'écoulement par une hausse du tonus du muscle ciliaire. Ils peuvent entraîner des céphalées suite aux crampes d'accommodation et des troubles de la vision occasionnés par le rétrécissement concomitant de la pupille (myosis). Chez les patients jeunes qui accommodent bien, la tension du muscle ciliaire provoque une myopie désagréable. Etant donné leur courte durée d'action, ces collyres doivent être instillés trois à quatre fois par jour. La fréquence d'administration peut être réduite par l'utilisation de formes galéniques semi-liquides qui ont une durée d'action plus longue.

→ Les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique (azétazolamide, dorzolamide, brinzolamide) topiques ou systémiques diminuent la production d'humeur aqueuse. Dose quotidienne maximale: 1500 mg.

→ Les α-2-agonistes (sympathicomimétiques; clonidine, brimonidine) diminuent également la production d'humeur aqueuse. La brimonidine a le meilleur profil d'effets indésirables.

→ Les prostaglandines (latanoprost, bimatoprost, travoprost) stimulent l'écoulement uvéoscléral. Une instillation le soir suffit.

Pour obtenir un effet d'abaissement maximal de la pression oculaire, les durées d'application, la fréquence, les maxima ou minima d'action ainsi qu'une meilleure efficacité des associations thérapeutiques devront être pris en compte. Le traitement de référence est le timolol suivi des prostaglandines.

Plus la hausse de la pression qui a entraîné le glaucome est faible plus la pression intraoculaire devra être abaissée. La pression intraoculaire et le champ visuel doivent être vérifiés chez chaque patient atteint de glaucome et être surveillés à vie.

L'observance du traitement du glaucome laissant souvent à désirer, les patients doivent être informés des conséquences de la maladie. Les aides pour l'instillation des médicaments (dispositifs permettant de positionner le flacon de collyre encastré) ou un calendrier d'instillation peuvent se révéler utiles.

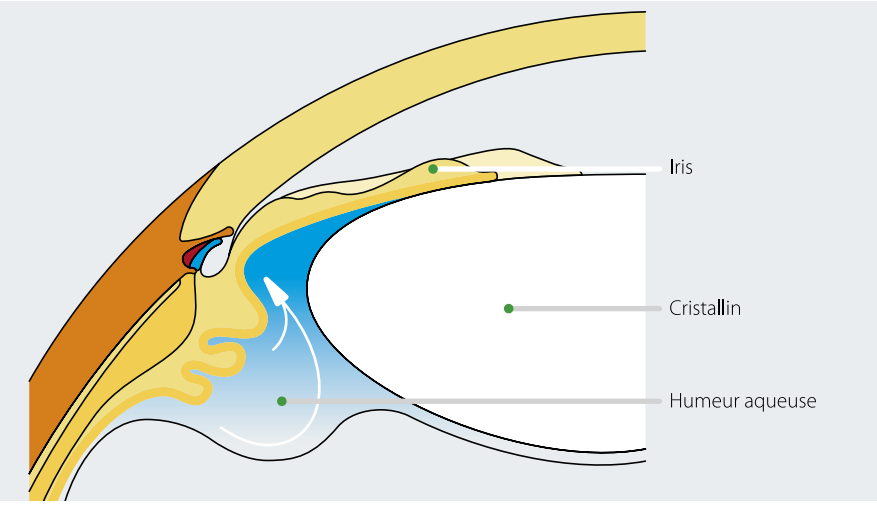
Si le traitement médicamenteux ne fait pas baisser la pression (la pression-cible n'étant pas atteinte avec au maximum trois principes actifs dans deux flacons), on envisagera un traitement au laser ou une opération microchirurgicale.

Crise de glaucome aigu: une urgence

Lors d'un glaucome par fermeture de l'angle ou à angle fermé aigu (crise de glaucome), on observe une hausse massive, le plus souvent unilatérale, de la pression intraoculaire à 50 mm Hg ou plus suite au déplacement de l'angle camérulaire par la base de l'iris. La face postérieure de l'iris se retrouvant accolée à la face antérieure du cristallin bloque l'écoulement de l'humeur aqueuse par la pupille (blocage pupillaire). L'humeur aqueuse s'accumule derrière l'iris, qui est poussée vers l'avant et comprime l'angle camérulaire (voir Fig. 3). Cette situation est aggravée par la dilatation de la pupille. Il faut donc impérativement éviter d'utiliser des mydriatiques! Les myotiques puissants peuvent eux aussi déclencher une fermeture de l'angle aiguë.

Les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes. Les patients ressentent une vive douleur qu'ils n'attribuent pas toujours à l'œil. Cela explique que la crise de glaucome passe souvent inaperçue et est interprétée comme une migraine, une rage de dents, un syndrome abdominal aigu, une hausse de la pression dans le cerveau, etc. Beaucoup de patients souffrent de nausées et de vomissements, et parfois aussi de troubles du rythme suite à une vagotonie. La formation d'un œdème cornéen diminue l'acuité visuelle et les sources lumineuses sont perçues comme entourées d'un arc-en-ciel (voir Fig. 4).

Fig. 3: Fermeture de l'angle camérulaire par un blocage pupillaire [Grehn]



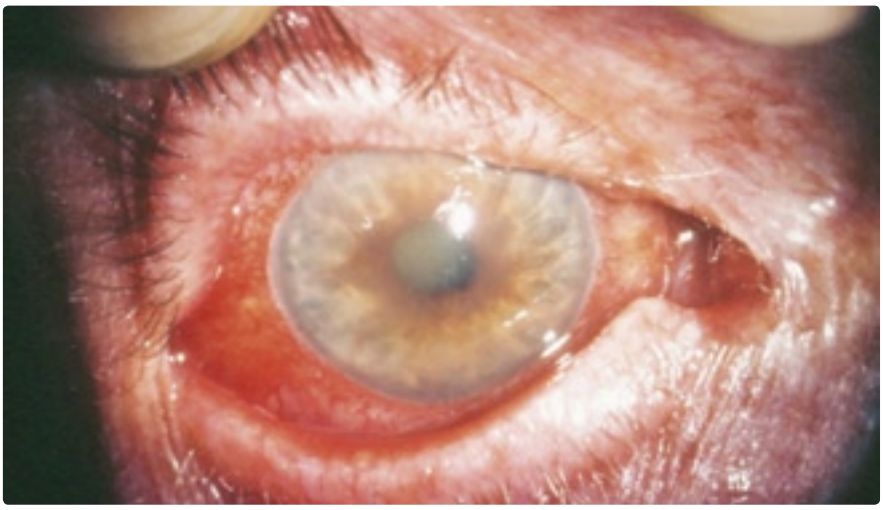


Fig. 4: Glaucome par fermeture d'angle: œdème cornéen, épithélium trouble, chambre antérieure plate, pupille dilatée irrégulièrement et poussée en avant. Forte dilatation des vaisseaux, douleurs vives. Le globe oculaire est dur au toucher.

Une crise de glaucome est une urgence médicale. La rapidité du traitement conditionne la préservation de la vision! Les médicaments suivants sont associés et la pression intraoculaire contrôlée toutes les heures: la pupille est rétrécie grâce à trois instillations de pilocarpine à 2% à un intervalle de 10 minutes dans les deux yeux. En cas de non-réponse à la première instillation, le traitement sera arrêté pour ne pas risquer de renforcer encore la fermeture de l'angle par la tension du muscle ciliaire. Les collyres à base de bêtabloquants et l'administration i.v. de 500 à 1000 mg d'acétazolamide, un inhibiteur de l'anhydrase carbonique, (la forme orale est déconseillée en cas de vomissements!) diminuent la production d'humeur aqueuse. L'humeur aqueuse est éliminée de l'œil par l'injection de substances hyperosmolaires (p. ex. 500 ml de mannitol à 20%) (la prudence est de mise chez les patients insuffisants cardiaques du fait que le liquide est repoussé dans l'espace intravasal). De plus, un soulagement de la douleur et une sédation (p.ex. par la péthidine) sont généralement nécessaires, mais peuvent masquer une autre crise. Dès que la cornée s'est éclaircie, on pratique un traitement au laser pour percer un trou dans l'iris à défaut de quoi il faudra opérer. Le traitement devra inclure l'autre œil en raison du risque de récidive (90% en 12 mois). Lorsque le traitement est approprié, on arrive le plus souvent à rétablir une vision complète. Sans traitement, la cécité s'installe en une à deux semaines.

Dans cet article, nous traitons dans le détail du sujet du glaucome. Votre avis nous intéresse: quelle importance ce sujet revêt-il pour la pharmacie? Vos clients vous posent-ils souvent des questions sur le sujet? Seriez-vous prêt à participer à une telle action ces prochaines années?
Veuillez répondre à ces questions directement dans le domaine protégé du site www.pharmaSuisse.org.
Personne de contact: Marcel Wyler, responsable du département «Communication & Marketing», pharmaSuisse
E-mail: marcel.wyler@pharmaSuisse.org

Glaucomes secondaires

Le mauvais écoulement de l'humeur aqueuse est également la cause des glaucomes secondaires, comme le glaucome par néovascularisation, rencontré notamment en cas de diabète: lors d'une ischémie de la rétine, celle-ci libère des facteurs de croissance vasculaires (VEGF, vascular endothelial growth factor) qui gagnent la chambre antérieure de l'œil avec l'humeur aqueuse et entraînent des néovascularisations, par exemple dans l'angle de la chambre ou sur l'iris. Ces néovascularisations entravent l'écoulement. On les traite au laser, mais son effet ne dure que quelques années et le pronostic est mauvais.

Un autre glaucome secondaire est le glaucome cortisonique: l'administration de corticostéroïdes, en particulier sous forme topique dans des collyres mais aussi par voie systémique, peut entraîner en quelques semaines une accumulation de mucopolysaccharides dans le réseau trabéculaire. Cette forme touche environ 5% des patients ayant reçu des collyres corticostéroïdes, le risque étant accru chez les patients très myopes. Il faut alors arrêter immédiatement les stéroïdes. Si la tension intraoculaire ne revient pas à la normale, on traitera comme dans le cas d'un glaucome à angle ouvert primaire.

Toute prescription sur une longue durée de collyres à base de corticostéroïdes, également dans le cas d'un œil sec ou d'une intolérance aux lentilles de contact, doit de ce fait être suivie par un ophtalmologue.

Un glaucome secondaire peut aussi survenir après un traumatisme, en cas d'inflammation ou lors d'un changement de lentilles.

Conclusion

Le glaucome est la deuxième cause de cécité dans le monde occidental. Cette maladie évolue de façon insidieuse et généralement indolore. Souvent, elle n'est donc diagnostiquée que tardivement, lorsque la personne touchée observe une limitation de son champ visuel. Une détection et un traitement précoces permettent pourtant de maintenir l'acuité visuelle. La population n'en a cependant pas assez conscience. De plus, cette maladie est surtout attribuée aux personnes âgées. Des stades précoces, voire la maladie elle-même peuvent toutefois apparaître à un plus jeune âge. Il est donc particulièrement important d'informer la population sur cette maladie. ∎

Adresse de correspondance
Ines Fleischmann, pharmacienne dipl. féd.
E-mail: fines28@hotmail.com

Relecture: Dr méd. Mathias Oechslin, spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmo-chirurgie, Schwyz

Littérature disponible sur demande auprès de l'auteur

La Journée mondiale du glaucome aura lieu le 12 mars 2009. Plus de 100 ophtalmologues de toute la Suisse proposeront des examens gratuits des yeux pendant le mois de mars, dans le cadre d'une campagne nationale sur le glaucome. Cette dernière veut sensibiliser les personnes à partir de 40 ans aux problèmes du glaucome.
Pour davantage d'informations, consulter le site: www.sog-sso.ch.

Standortbestimmung in Theorie und Praxis

Hiu Ying Kwan, Claudia Reinke, Stefan Mühlebach

Die dreitägige Veranstaltung «Klinische Pharmazie: eine Standortbestimmung in Theorie und Praxis» des Advanced Study Centers der Universität Basel vom September 2008 wandte sich mit Vorträgen, Workshops und Podiumsdiskussionen an Spitalapotheker und interessierte Pharmazeuten. Referenten aus der Schweiz sowie den europäischen Nachbarländern und den USA berichteten über ihre jeweiligen Erfahrungen. Rund 30 Teilnehmer – vorwiegend aus der Schweiz, einige auch aus Österreich und Deutschland – sowie die Referenten sorgten für internationales Flair.

Klinische Pharmazie: Standortbeurteilung im internationalen Vergleich

Einen Einblick in die Praxis der klinischen Pharmazie in den USA gab Prof. Dorothea Rudorf vom College of Pharmacy and Health Sciences im Massachusetts General Hospital, Boston. Dort entwickelte sich der Apotheker aus seiner traditionellen Rolle als Arzneimittelspezialist zu einem patientenorientierten klinischen Pharmazeuten mit Präsenz auf Station. Durch eine individualisierte Patiententherapie können Kosteneffektivität, optimale Arzneimittelsicherheit und eine bessere Lebensqualität erzielt werden. Eine so etablierte Position des klinischen Pharmazeuten ist allerdings ohne eine entsprechend ausgerichtete Ausbildung nicht zu erreichen. Auch in den USA ist das Studium der Pharmazie mit Grundlagenfächern ausgestattet, die allerdings z.T. deutliche Unterschiede zur Schweiz zeigen (Laboranalytik, Technologie usw). So wird dort grösseres Gewicht auf Praktika gelegt, durch die ein diplomierter Pharmazeut bereits erste Erfahrungen und spezielle Kompetenzen im klinischen Bereich erwirbt.

In Österreich – vorgestellt durch Mag. Martina Anditsch, Donauspital, Wien – ist das Pharmaziestudium dagegen ähnlich wie in der Schweiz aufgebaut. Das Grundstudium mit Vorlesungen und Laborpraktika sowie wissenschaftlicher Arbeit wird mit einem Praktikumsjahr in der Offizin oder in einem Spital abgeschlossen. Auch in Österreich gibt es einen Fachtitel für Krankenhauspharmazeuten. Die Ausbildung zur klinischen PharmazeutIn wird erst im Rahmen der Weiterbildung nach dem Studium und/oder entsprechenden Auslandserfahrungen erworben.

In Deutschland hat beispielsweise die Universitätsklinik Heidelberg in Zusammenarbeit zwischen klinischer Pharmakologie und Krankenhaus-Pharmazie eine Klinische Pharmazie aufgebaut. Über die Anforderungen und Erfahrungen mit elektronischer Arzneimittelinformation sowie über das Heidelberger Konzept referierten Prof. Dr. med. Walter E. Haefeli, Leiter der Abteilung Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie an der Inneren Medizin der Uniklinik Heidelberg, und Dr. Thilo Bertsche aus der Kooperationseinheit Klinische Pharmazie, die sich die Verbesserung der Medikationssicherheit zum Ziel gesetzt haben. Eine elektronische Verordnung spart Zeit und eliminiert allfällige Lesefehler. Mit einem CDS-(Community Disposal)-System, einer Entscheidungsunterstützung, soll aktuelles Wissen ausgetauscht und gekoppelt werden. Die Vernetzung von Patientendaten und Laborresultaten sowie die Reduktion der Schnittstellen sind weitere wichtige Aufgaben für die Zukunft. Individualisierte Dosierungsanpassungen nach Körpergewicht und Organfunktion müssen mit elektronischen Tools einfach aber korrekt erstellbar sein. Klinische Relevanz und ökonomisches Benefit eines CDS sind bisher noch nicht belegt.

> Elektronische Verordnung spart Zeit und eliminiert Lesefehler

In den Workshops des ersten Tages wurden konkrete Vorschläge zur Rolle des Spitalapothekers in der Klinik definiert. Eine notwendige Voraussetzung ist, dass der Spitalapotheker Fachinformationen zu Arzneimitteln sowie pharmakotherapeutische Beratungen kompetent und glaubwürdig zu vermitteln vermag. Ein weiterer Workshop befasste sich mit der Zukunft der schweizerischen Spitalpharmazie. Vorgestellt wurden konkrete Projektpläne aus dem Umfeld der Teilnehmer (z.B. Empfehlungen und konkrete Hilfestellungen bei der Applikation von Medikamenten bei Patienten mit Sondenernährung).

Der dritte Workshop diente dem Austausch von Erfahrungen und Ideen.

Angewandte klinische Pharmazie

In seinem Vortrag über «Arzneimittelwechselwirkungen und deren Management» erklärte Prof. Dr. Stephan Krähenbühl, Leiter der Klinischen Pharmakologie des Universitätsspitals Basel und selbst auch ausgebildeter Apotheker, warum Arzneimittelinteraktionen in der Klinik so häufig sind. Interaktionen sind für 10 Prozent aller unerwünschten Arzneimittelwirkungen (30 Prozent davon mit tödlichem Ausgang) verantwortlich. Daher lohnt es sich, bei jeder Verordnung einen obligatorischen Interaktions-Check als Arbeitsschritt fest zu etablieren: Kontraindikationen, Dosisanpassungen bei Nieren- und Leberfunktionsstörung, besondere Körperzusammensetzung wie Adipositas (Arzneimittel-Verteilung).

Über den Stellenwert des individuellen Therapeutic Drug Monitoring (TDM) sprach PD Dr. Georg Hempel von der Klinischen Pharmazie der Universität Münster. Sinnvoll ist dies vor allem bei Substanzen mit unbekannter Pharmakodynamik, bei hoher intra-individueller, hoher pharmakokinetischer und kleiner pharmakodynamischer Variabilität, bei Arzneistoffen mit geringer therapeutischer Breite sowie bei Patienten mit erhöhtem Toxizitätsrisiko.

Spitalapotheker Dr. Markus Lampert vom Kantonsspital Bruderholz legte dar, dass die publizierte Evidenz des Nutzens der klinischen Pharmazie bisher noch nicht ausreichend belegt ist. Es liessen sich zwar Prozessabläufe verbessern und

die Hospitalisationsdauer verkürzen – auf Outcomes wie Mortalität oder auch Morbidität konnte jedoch kaum ein Effekt gezeigt werden.

Über die Patientenüberwachung und pharmakotherapeutische Beratung auf Station informierte Prof. Dr. Dorothea Rudorf. Arzneimittel sind in etwa 10 bis 20 Prozent der Fälle Grund für eine stationäre Aufnahme. Dafür sind mangelnde Informationen bei Selbstmedikation, falsche Anwendung von Medikamenten, schlechte Compliance sowie mangelnde Unverträglichkeitsabklärungen (z.B. Allergiekenntnisse) verantwortlich. Durch Teilnahme an der Visite lassen sich pharmakotherapeutische Probleme (TDM, Interaktionen, Toxizität) aufdecken, die aktuelle Therapie beurteilen und gegebenenfalls optimieren. Die pharmakotherapeutische Beratung sollte dokumentiert und zusammen mit den Patientenakten in einer elektronischen Datenbank erfasst werden.

In den Workshops des zweiten Tages wurde der Praxisalltag des klinischen Pharmazeuten (Visiten, Medikationschecks, Sondenbestellungen usw.) an Beispielen aus dem Spital Bruderholz vorgestellt. Der dritte Workshop befasste sich mit praktischer Pharmakokinetik als Grundlage einer sinnvollen Implementierung eines TDM durch die Klinikapotheke. Dazu müssen interdisziplinär alle wichtigen Fach-Partner wie Labor, behandelnde Ärzte, die Pflege und Apotheker in ein gemeinsames Konzept integriert werden. Die pharmazeutisch-pharmakologische Funktion des Apothekers besteht in der Teilnahme an der Visite sowie der Interpretation der Laborwerte im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild.

Klinische Pharmazie und ihre interdisziplinären Schnittstellen

Über «Spitaleintritt – Spitalaustritt aus der Sicht des Offizinapothekers» berichtete PD Dr. Kurt Hersberger, Universität Basel. Der Patient wird von der Spitalaufnahme bis zur Entlassung mit Therapiemodifikationen konfrontiert. Dazu kommen Dauertherapien vor der Hospitalisation, Hausarztverordnungen und Beratungen durch den Offizinapotheker nach dem Spitalaustritt (Pharmaceutical Care).

In ihrem Spezialgebiet Infektiologie erläuterte Prof. Dr. Dorothea Rudorf die Problematik resistenter MRSA. Anfällig sind immungeschwächte Patienten, Patienten im Seniorenalter, Patienten mit chronischen Hauterkrankungen oder solche, die bereits mit Antibiotika vorbehandelt wurden. Einen optimalen Therapieplan mit der richtigen Wahl geeigneter Antibiotika aufzustellen gehört zur Funktion und Kompetenz eines klinischen Apothekers in diesem Spezialgebiet.

Die Arzneimittelkommission (AMKO), deren (besondere) Anforderungen und Aufgaben zur Arznei- und Medikationssicherheit wurden von Prof. Stefan Mühlebach und Dr. Stefanie Deuster, Chefapothekerin der Spitalapotheke des Universitätsspitals Basel, vorgestellt. Zu den Hauptaufgaben der AMKO gehören die Evaluation und Selektion der Arzneimittel für ein Spital, das Erstellen zugehöriger Therapierichtlinien sowie Monitoring und Statistik der eingesetzten Arzneimittel in einem Spital als Interventionsmittel zum guten Gebrauch der Arzneimittel. Es fallen beim Entscheid auch wichtige Aspekte zur Medikationssicherheit ins Gewicht: Anwendungsfreundlichkeit, gute Identifizierbarkeit, Reduktion der Verwechslungsgefahr. Der gesamte Medikationsprozess – von der Diagnose, dem Therapie-Entscheid über Verordnung, Beschaffung, Zubereitung, Distribution und Anwendung bis zum Patienten-Outcome und allfälliger Arzneimittel-Entsorgung – muss durch die Fachleute im Sinne einer «Good Pharmaceutical Practice» begleitet werden.

> InteraktionsCheck ist als Arbeitsschritt fest zu etablieren

Der Vortragsteil des dritten Kurstages wurde mit einem Beitrag von Dr. pharm. Patrick Muff über die Arzneimittel- und Medikationssicherheit abgeschlossen. Das Schweizerische Heilmittelgesetz (1.1.2002) verpflichtet jede Fachperson sowie die Pharmaindustrie zur Meldung schwerwiegender, bisher unbekannter oder in der aktuellen Fachinformation ungenügend erwähnter oder weiterer medizinisch relevanter, unerwünschter Wirkungen (UAW). Dabei muss der Kausalzusammenhang nicht nachgewiesen sein, der Verdacht allein ist ausreichend. Das Pharmacovigilanz-Team von Swissmedic überprüft anhand der eingegangenen Meldungen, ob neue Signale zur Arzneimittel-Sicherheit feststellbar sind, und leitet bei Bedarf entsprechende Massnahmen ein.

Auch die GSASA hat Initiativen zum Risikomanagement publiziert. Dazu gehören die elektronische Unterstützung und Automatisierung etwa bei der Verordnung und der Medikamentenverteilung, wie dies in den USA und der EU zunehmend praktiziert wird. In der Schweiz werden Zwischenfälle durch Medikationsfehler vermehrt von einem spitalweiten Meldesystem CIRS (Critical Incident Reporting System) erfasst. Seit Jahren läuft ebenfalls die Entwicklung eines umfassenden Meldesystems MERS (Medication Error Reporting System) sowie das Projekt «Pharmakoepidemiologie und Adverse Drug Event Monitoring in Schweizer Spitälern».

Einer der Workshops des letzten Tages galt den Aufgaben der AMKO. Ein Dokument zur vergleichenden Evaluation von Arzneimitteln wurde erarbeitet. Dabei zeigte sich, dass die entscheidenden Kriterien (Indikation, Darreichungsformen, Sicherheitsprofil, Preis der Arzneimittel, Therapiekosten, Anwendungsfreundlichkeit, Lagerung usw.) je nach Patientengruppen und Institution anders gewichtet werden. In einer zweiten Aufgabe wurde eine Leitlinie für den Ersteinsatz von Antibiotika bei Harnwegsinfekten mit unbekannten Erregern angegangen. Die dritte Aufgabe befasste sich mit der Dosisumstellung von Opiaten. Ein elektronisches Tool zur Dosisberechnung bei einer Opiatumstellung aus der Spitalapotheke des Universitätsspitals Basel, das Internet-verfügbar ist, wurde vorgestellt. ▮

Quelle

Kurs Spitalpharmazie: «Klinische Pharmazie – eine Standortbeurteilung in Theorie und Praxis»; Advanced Study Center der Universität Basel, Abtlg. Spitalpharmazie des Instituts für Klinische Pharmazie. 25.–27. September 2008, Kantonsspital Bruderholz, Basel. (www.spitalpharmazie.ch)

Die Veranstaltung wurde durch Sponsoring verschiedener Pharmafirmen ermöglicht.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. pharm. Stefan Mühlebach
Departement pharmazeutische Wissenschaften
Institut für klinische Pharmazie
Universität Basel
E-Mail: stefan.muehlebach@unibas.ch

Karies, UAW einer Morphin-Langzeittherapie

Doris Ballinari

Ein Zahnarzt stellt bei einem Patienten unter einer analgetischen Langzeittherapie mit Morphintropfen Mundschleimhautveränderungen und Karies fest und klärt ihn darüber auf, dass seine Symptome eine unerwünschte Wirkung der Morphin-Analgesie sind. Der Patient fragt beim Apotheker nach, dieser wundert sich und bittet die WIZE um Hintergrundinformationen.

UAW von Morphin an Mund und Zähnen

Es besteht ein klarer Zusammenhang zwischen der Einnahme von Morphin und einem trockenen Mund [1,2,3]. In klinischen Studien an Krebspatienten klagten fünf bis zehn Prozent der Patienten unter Morphin über Mundtrockenheit [4]. Der Mechanismus dieser UAW ist nicht geklärt; die UAW scheint dosisabhängig zu sein [5].

Mundtrockenheit oder Xerostomie

Die Xerostomie äussert sich in trockener, klebriger Mundschleimhaut, schaumigem oder fadenziehendem Speichel und in einer durch den verringerten Speichelfluss beeinträchtigten Mundhygiene und damit Mundgeruch. Die Remineralisierung der Zähne durch den Speichel fällt weg [6] und die ungenügend weggeschwemmten Bakterien bilden mit der Zeit Plaques; beides zusammen verursacht schliesslich Karies. Medikamente, darunter Opioide, sind einer der häufigsten Risikofaktoren der Mundtrockenheit [7,8].

Morphin verursacht Karies

Die Speicheldrüsen Gesunder produzieren täglich zwischen 0,6 und 1,7 Liter Speichel, der dank seines Mineralgehalts die Zähne vor Karies und dank seines Enzymgehalts die Mundschleimhaut vor Infekten schützt. Eine Morphin-Langzeiteinnahme schränkt die Speichelproduktion stark ein und ebnet dadurch Schäden an der Mundschleimhaut und Karies den Weg [6]: der betreffende Zahnarzt hat den Durchblick. ▮

Korrespondenzadresse
Doris Ballinari, Apothekerin pharmaSuisse
E-Mail: doris.ballinari@pharmasuisse.org

Referenzen
siehe unten

Spot WIZE

Caries, EI d'un traitement prolongé à la morphine

Doris Ballinari

Un dentiste observe des modifications de la muqueuse buccale et des caries chez un patient suivant un traitement antalgique au long cours avec des gouttes de morphine. Il lui explique que ces symptômes sont un effet indésirable de l'analgésie par la morphine. Le patient se renseigne auprès de son pharmacien qui s'étonne et demande des précisions à la WIZE.

Effets indésirables de la morphine sur la bouche et les dents

Il existe un lien très clair entre la prise de morphine et une bouche sèche [1,2,3]. Dans des études cliniques sur des personnes cancéreuses, 5 à 10% des patients sous morphine se sont plaints de sécheresse buccale [4]. Le mécanisme de ces effets indésirables n'est pas connu; ils semblent néanmoins être dose-dépendants [5].

Sécheresse buccale ou xérostomie

La xérostomie se manifeste par une muqueuse buccale sèche et collante, une salive moussante ou filamenteuse et une hygiène buccale entravée par une salivation diminuée. Il s'ensuit donc une mauvaise haleine. Les dents ne peuvent pas être reminéralisées par la salive [6], et les bactéries insuffisamment éliminées constituent des plaques avec le temps; ces deux éléments sont finalement à l'origine des caries. Les médicaments, dont les opioïdes, représentent l'un des principaux facteurs de risque de la sécheresse buccale [7,8].

Morphine à l'origine de caries

Les glandes salivaires des personnes en bonne santé produisent quotidiennement entre 0,6 et 1,7 litre de salive. Cette dernière protège les dents des caries grâce à sa teneur en minéraux et la muqueuse buccale des infections grâce à sa teneur en enzymes. Une prise prolongée de morphine restreint considérablement la production de salive et favorise donc les inflammations de la muqueuse et la production de caries [6]: le dentiste en question a établi un diagnostic tout à fait correct. ▮

Adresse de correspondance:
Doris Ballinari, pharmacienne de pharmaSuisse
doris.ballinari@pharmasuisse.org

Références:

[1] Meyler's Side Effects of Drugs, 15.Ed. Elsevier 2006
[2] Martindale 35.Ed, 2007
[3] BMJ 1989; 298: 1222–1223
[4] Micromedex 1/2009
[5] Palliative Medicine 2002; 16 (2): 107–114
[6] www.pta-forum.de (online 9.2008)
[7] MSD Manual, 7. Aufl. Urban+Fischer 2007
[8] Memorix Zahnmedizin 2. Aufl. Thieme 2003

World Kidney Day 2009

Christina Haas

Am 12. März 2009 findet der World Kidney Day statt. In der diesjährigen Aktion engagieren sich über 25 Apotheken in den Kantonen Luzern und Zug und bieten ihren Kundinnen und Kunden die Möglichkeit, mit einem einfachen Test ihr Risiko einer beginnenden chronischen Nierenerkrankung zu testen.

Die Nieren sind lebenswichtig: Pro Minute fliesst ein Liter Blut hindurch, sie filtern pro Tag rund 200 Liter Wasser und produzieren so ein bis zwei Liter Urin. Die Nieren sind verantwortlich für das Ausscheiden von Abfall- und Giftstoffen und regulieren den Wasser- und Mineralstoffhaushalt. Die veränderte heutige Lebensweise überfordert unsere Nieren zunehmend: Man geht davon aus, dass heute bereits jede zehnte Person an einer chronischen Nierenerkrankung leidet, die Tendenz ist steigend. Schuld am Vormarsch diverser Nierenleiden sind zunehmend hoher Blutdruck und die sich verbreitende Diabetes.

Hohe Kosten und grosse Belastung für die Betroffenen

Wird eine Nierenerkrankung nicht frühzeitig erkannt, drohen dem Patienten Komplikationen und langwierige Therapiesequenzen: Bei fortschreitender Krankheit verliert die Niere allmählich ihre Fähigkeit zur Blutreinigung und Wasserausscheidung. Nur noch mit Hilfe einer Maschine, der Dialyse, kann sie ihre Funktionsfähigkeit behalten. Im schlimmsten Falle muss eine Transplantation in Betracht gezogen werden, auf eine Spenderniere muss der Patient aber unter Umständen jahrelang warten. Zusammen mit einer Niereninsuffizienz treten häufig auch Herz-Kreislauferkrankungen auf, die eine komplizierte Medikation erfordern.

Risikotest in der Apotheke

Die Früherkennung einer beginnenden Nierenerkrankung ist nicht schwierig. Mit einem einfachen Urintest kann bereits im frühesten Stadium festgestellt werden, ob die Niere noch voll funktionsfähig ist. Bereits zum zweiten Mal engagieren sich die Apotheker auch in diesem Jahr in der Aktion zum World Kidney Day und bieten während einiger Wochen Risikotests in ihrer Apotheke an. Die rund 25 pharmaSuisse-Mitgliedsapotheken in den Kantonen Luzern und Zug verfügen für die Risikotests über ein Gerät, welches nicht nur den Eiweissgehalt im Urin misst, sondern welches eine Messung des Quotienten von Albumin und Kreatinin ermöglicht. Das Gerät DCA 2000+, welches vor allem in Spitälern und bei Nephrologen im Einsatz ist, ermöglicht eine Messung bereits ab einer sehr geringen Konzentration von 2 bis 200 mg/mmol. Wird eine reduzierte Nierenfunktion so früh erkannt, kann der weitere Verlauf gestoppt oder zumindest verlangsamt werden.

Zusammenarbeit mit Hausärzten und Nephrologen

In der Apotheke haben die Kundinnen und Kunden die Möglichkeit, rund um den Aktionstag vom 12. März 2009 einen Nierentest zu machen. Die Apothekerinnen und Apotheker haben die Aufgabe, ihre Kunden über die Kampagne zum World Kidney Day zu informieren und ihnen – falls erwünscht – einen Termin für einen Test anzubieten. Bei diesem Test geht es einzig darum, das Risiko einer Nierenerkrankung zu ermitteln und eine Abschätzung der Situation zu machen. Die Apothekerinnen und Apotheker arbeiten in der Aktion Niereninsuffizienz eng mit Hausärzten und Nephrologen zusammen. Die Aufgabe der Apothekerinnen und Apotheker besteht darin, das Risiko zu ermitteln, nicht aber, den Kundinnen und Kunden eine Diagnose zu stellen oder gar eine Therapie einzuleiten. Sobald sich die Werte eines Kunden beim Test über der Norm befinden, wird dieser an seinen Arzt verwiesen. Die Apotheke ist der ideale Ort, um solche präventiven Screenings durchzuführen. Durch die Früherkennung einer beginnenden Niereninsuffizienz kann nicht nur viel Geld gespart sondern auch viel Leid verhindert werden. ▮

Weitere Informationen zum World Kidney Day sind zu finden unter:
www.pharmasuisse.org
im Mitgliederbereich

Kontaktadresse
Christina Haas, Mitarbeiterin Redaktion pharmaJournal
E-Mail: christina.haas@pharmaSuisse.org

Journée mondiale du rein 2009

Christina Haas

La Journée mondiale du rein aura lieu le 12 mars 2009. Plus de 25 pharmacies des cantons de Lucerne et de Zoug participeront à cette action en proposant à leurs clients un test très simple permettant d'évaluer le risque de néphropathie chronique naissante.

Les reins sont un organe vital. Un litre de sang les traverse par minute; ils filtrent quelque 200 litres d'eau par jour et produisent ainsi un à deux litres d'urine. Les reins sont responsables de l'excrétion des toxines et déchets et régulent les quantités d'eau et de substances minérales de l'organisme. Or, le mode de vie actuel sollicite de plus en plus les reins: on estime aujourd'hui qu'une personne sur dix souffre d'une maladie néphrétique chronique, une tendance en constante augmentation. La progression des divers troubles rénaux est principalement due à l'hypertension et au diabète.

Des frais importants et de lourdes contraintes pour les personnes touchées

Si une néphropathie n'est pas diagnostiquée à temps, des complications et des séquences thérapeutiques fastidieuses menacent le patient: lorsque la maladie progresse, le rein perd progressivement sa capacité à nettoyer le sang et à éliminer l'eau. Cette fonction ne sera préservée qu'à l'aide d'un appareil de dialyse. Dans les cas les plus graves, il faudra envisager une greffe mais un patient peut parfois attendre un donneur pendant des années. L'insuffisance rénale s'accompagne souvent de maladies cardiovasculaires qui nécessitent un traitement complexe.

Tester le risque en pharmacie

Identifier précocement une néphropathie naissante est relativement facile. Avec une simple analyse d'urine, on peut vérifier le bon fonctionnement des reins à un stade précoce. Cette année, les pharmaciens participent déjà pour la deuxième fois à l'action «World Kidney Day» en proposant pendant plusieurs semaines des tests de risques à leurs clients. Dans les cantons de Lucerne et de Zoug, quelque 25 pharmacies membres disposeront pour ce test d'un appareil qui permet de mesurer la teneur en protéines de l'urine, mais aussi le quotient albumine/créatinine. L'appareil DCA 2000+, surtout utilisé dans les hôpitaux et par les néphrologues, autorise une mesure à partir d'une concentration de 2–200 mg/mmol déjà. Lorsqu'une insuffisance rénale est détectée aussi tôt, son évolution peut être stoppée ou du moins ralentie.

Collaboration avec les généralistes et les néphrologues

En prélude à la Journée d'action du 12 mars 2009, les clients auront la possibilité de faire un test rénal en pharmacie. Les pharmaciens ont pour mission d'informer leurs clients sur la campagne et – s'ils le souhaitent – de leur proposer un rendez-vous pour effectuer un test. Ce dernier consiste à détecter le risque de néphropathie et à évaluer la situation. Dans le cadre de cette action, les pharmaciens travaillent en collaboration étroite avec les généralistes et les néphrologues. Ils se contenteront uniquement d'identifier le risque. Ils ne poseront pas de diagnostic et n'initieront pas de traitement. Dès que les valeurs d'un client dépassent la norme, ce dernier est invité à consulter son médecin. La pharmacie est l'endroit idéal pour organiser de tels dépistages préventifs. Car la détection précoce d'une insuffisance rénale débutante permet non seulement d'économiser beaucoup d'argent mais aussi de prévenir bien des souffrances inutiles. ▮

Plus d'informations sur la Journée mondiale du rein sur le domaine protégé du site www.pharmaSuisse.org.

Adresse de correspondance:
Christina Haas, collaboratrice à la rédaction du pharmaJournal
E-mail: christina.haas@pharmaSuisse.org

06 | 3.2009

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 19.3.2009, 147. Jahrgang

Nr. | No
06



Fehlanreize

im Gesundheitswesen S. 23

Fausses incitations

dans le système de santé p. 27

→ Pharmazie und Medizin · Pharmacie et médecine

Medikamente im Fokus

En savoir plus sur les médicaments

Medikation: Fehlermanagement

Médication: gestion des erreurs

→ Politik · Politique

Ressourcen verantwortungsvoll nutzen

Exploitation responsable des ressources

→ Markt · Economie

About FIP 2008

Atomoxetin: ein weiterer Wirkstoff gegen Hyperaktivität

Cristina Cerise

Eine wichtige Aufgabe des Apothekers besteht in der Information der Patienten und Eltern hinsichtlich Wirksamkeit und Sicherheit der verschiedenen ADHS-Therapien. In diesem Beitrag wird Atomoxetin (Strattera®) vorgestellt. Es handelt sich um das erste nicht psychostimulierende Medikament, das in mehreren Ländern zur Therapie dieser Störung offiziell zugelassen ist. Im Gegensatz zu Methylphenidat untersteht es nicht der Betäubungsmittelkontrolle.

Typisch für die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sind drei Typen von Symptomen: motorische Agitation, Aufmerksamkeitsdefizit und Impulsivität [6]. ADHS-Patienten sind nicht in der Lage, konzentriert und aufmerksam zu bleiben [7] (siehe «Übersicht über die diagnostischen Kriterien von ADHS»). Die Symptome und Zeichen nehmen mit dem Alter tendenziell ab. Bei einigen Patienten kann sich die Störung jedoch bis ins Erwachsenenalter fortsetzen [8], was Probleme im Bereich der Arbeit, der zwischenmenschlichen Beziehungen oder beim Autofahren zur Folge haben kann [9]. Eine medikamentöse Therapie ist nur im Rahmen eines Gesamtansatzes zusammen mit psychologischer, erzieherischer und eventuell sozialer Betreuung indiziert [3,4,6,9].

Pharmakologie von Atomoxetin

Atomoxetin weist im Gegensatz zu den Amphetaminen keinen psychostimulierenden Effekt auf [3].

Seine Wirkung beruht auf der Erhöhung der katecholaminergen, v.a. der noradrenergen und wahrscheinlich in geringerem Masse der dopaminergen Transmission [10].

An Ratten durchgeführte Studien zeigten, dass Atomoxetin im Bereich des präfrontalen Kortex die noradrenerge und dopaminerge Transmission und im subkortikalen Bereich nur die noradrenerge Transmission erhöht [10]. Ticks, die gelegentlich unter Psychostimulanzien auftreten, könnten dadurch theoretisch verhindert werden [11]. Es ist jedoch schwierig zu sagen, ob dies auch beim Menschen zutrifft.

Wirkungseintritt und Behandlungsdauer

Die Zeit bis zum Wirkungseintritt ist bei Atomoxetin in therapeutischer Dosierung länger als bei den Psychostimulanzien und liegt zwischen zwei und vier Wochen [4].

Steckbrief

Handelsname:	Strattera® Kapseln (in der Schweiz zurzeit in Zulassung; Stand: März 2009)			
Indikationen:	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern über 6 Jahren und Erwachsenen [1]			
Wirkstoffklasse:	Nicht stimulierendes, zentral wirksames Sympathomimetikum (ATC N06BA09)			
Dosierung [2,3]:		**Kinder > 6 J. [2] und Jugendliche [3] < 70 kg**	**Kinder [2], Jugendliche und Erwachsene [3] > 70 kg**	**Einnahmefrequenz (mit oder ohne Nahrung)**
	Initiale Behandlungsphase (3–7 Tage)	Ca. 0,5 mg/kg täglich	40 mg	1 × tgl. morgens, oder in 2 Gaben [2] zur Reduktion der UAW [3] (2. Gabe spätestens früh abends) [2,3]
	Erhaltungstherapie	1,2 mg/kg täglich	Kinder und Jugendliche: max. 80 mg tgl.; Erwachsene: max. 100 mg	
	Reduzierte Dosis bei Leberschädigung, bei Komedikation mit Cytochrom 2D6-Inhibitoren [4] und bei Slow-Metabolizern (CYP2D6) (die Halbwertszeit kann stark erhöht sein) [4]			
Kontraindikation:	Engwinkelglaukom [4]			
Unerwünschte Arzneimittelwirkungen:	→ Sehr häufig (> 10%): Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Mundtrockenheit, Übelkeit und Erbrechen, verminderter oder fehlender Appetit, Verstopfung, Schlafstörungen [2,5] → Häufig (> 1%): Dermatitis, Schwindel, Schweissabsonderungen und Müdigkeit [2,5] → Beschriebene unerwünschte kardiovaskuläre Wirkungen: Tachykardie, Herzklopfen, Blutdruckanstieg, orthostatische Hypotonie [1,2] → Schwerwiegende UAW: suizidale Gedanken, psychiatrische Probleme, Hepatotoxizität, Konvulsionen [1–4]			
Interaktionen:	Nicht mit MAO-Hemmern wie Moclobemid, Selegilin kombinieren [4]. Atomoxetin wird hauptsächlich hepatisch über Cytochrom P450 2D6 metabolisiert. Inhibitoren von CYP2D6 (z. B. Paroxetin, Fluoxetin) erhöhen die Plasmakonzentration von Atomoxetin; eine Dosisanpassung kann dadurch erforderlich sein [4]. Vorsicht mit Medikamenten, die das QT-Intervall verlängern (Makrolide, Fluorchinolone, Neuroleptika usw.) [1,2]. Orale oder parenterale Beta-2-Agonisten, wie z.B. Salbutamol [4].			

Die optimale Behandlungsdauer ist unklar und muss demnach individuell in Funktion der vordefinierten therapeutischen Ziele und der Verträglichkeit evaluiert werden. Zu beachten ist, dass die meisten kontrollierten Studien nur eine kurze Dauer umfassten (6–10 Wochen) [4]. Mögliche Langzeit-UAW sind folglich kaum bekannt.

Positionierung in der Therapie

Die neuesten Empfehlungen nennen in erster Linie Psychostimulanzien zur medikamentösen ADHS-Therapie [3]. In der Schweiz ist nur Methylphenidat (Ritalin®, Concerta®) im Handel.

Atomoxetin (Strattera®) gilt als Zweitlinientherapie, sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen [3]: Es ist nicht wirksamer als Methylphenidat oder sogar etwas weniger wirksam [3,12] und könnte für mehr unerwünschte Wirkungen verantwortlich sein, die zum Therapieabbruch führen [3]. Atomoxetin könnte aber wegen seines geringeren Missbrauchsrisikos eine Alternativtherapie zu Methylphenidat darstellen [3].

Besondere unerwünschte Arzneimittelwirkungen

Suizidale Gedanken

Die Einnahme von Atomoxetin wurde v. a. bei Kindern und Jugendlichen mit einer Zunahme von suizidalen Gedanken und anderen psychiatrischen Störungen in Verbindung gebracht. Die Patienten müssen während der ersten Behandlungsmonate oder bei einer Dosisänderung [3] engmaschig auf Verhaltensänderungen kontrolliert werden: Reizbarkeit, Aggressivität, Depression, Angst usw. [13].

Hepatotoxizität

Einige Fälle von schwerer Hepatotoxizität wurden mit diesem Wirkstoff in Zusammenhang gebracht. Gemäss britischen Empfehlungen ist eine Kontrolle der Leberenzyme nicht erforderlich, aber man soll auf die Zeichen und Symptome eines Ikterus achten [2,3], besonders bei einer Langzeittherapie [11]. Dieser Effekt kann auch mehrere Monate nach Therapiebeginn auftreten [4].

Schwere kardiovaskuläre Ereignisse und plötzlicher Tod

Der Zusammenhang zwischen der Einnahme von Atomoxetin und diesen Ereignissen ist nicht klar belegt. Allerdings verstarben Patienten an den Folgen kardiovaskulärer Ereignisse, und Zweifel mahnen zur Vorsicht bei der Verschreibung von Atomoxetin. So wird beispielsweise eine Evaluation des kardialen Risikos durch den Arzt empfohlen: Anamnese einschliesslich Familienanamnese, Untersuchung auf kardiale Fehlbildungen, koronare Herzkrankheit usw. [4]. Bei Risikopatienten werden Kontrollen des Blutdrucks und der Herzfrequenz empfohlen [13].

Fazit

Manche Patienten oder Eltern wünschen vom Apotheker Informationen über die verfügbaren Therapien bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. Atomoxetin bildet eine Alternative zu Methylphenidat. Es empfiehlt sich, über die Eigenheiten dieses Wirkstoffs (Wirkungseintritt, unerwünschte Wirkungen) Bescheid zu wissen, um Patientenerwartungen bestmöglich erfüllen und die Therapie optimieren zu können. ∎

Korrespondenzadresse
Cristina Cerise, Apothekerin pharmaSuisse
E-Mail: cristina.cerise@pharmasuisse.org

Relecture
Martine Ruggli, Nadja Stohler

Literatur siehe Seite 6.

Das Wichtigste in Kürze:

- → Atomoxetin ist ein Wirkstoff gegen ADHS, der kein Psychostimulans ist und nicht der Betäubungsmittelkontrolle untersteht [5].
- → Zur Pharmakotherapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ist Atomoxetin eine Zweitlinienoption zu Methylphenidat [3].
- → Atomoxetin ist nicht wirksamer als Methylphenidat; die Wirksamkeit scheint etwas geringer zu sein [3,12].
- → Atomoxetin ist bei Therapieversagen oder Missbrauchsrisiko mit Methylphenidat indiziert [3].
- → Beratung des Apothekers bei der Abgabe von Strattera®:
  - Informieren, dass die Wirkung nicht sofort eintritt: Es braucht eine Zeit von 2 bis 4 Wochen nach Erreichen der Erhaltungsdosis [11].
  - Um unerwünschte Wirkungen wie Somnolenz und gastrointestinale Störungen abzuschwächen, ist die schrittweise Dosiserhöhung strikt einzuhalten [3].
  - In folgenden Fällen sofort einen Arzt aufsuchen:
    - → Verhaltensänderung des Patienten (Aggressivität, Angst, Depression usw.). Engmaschige Überwachung, besonders zu Beginn der Therapie [2,3].
    - → Symptome, die auf eine hepatische Störung hindeuten: Bauchschmerzen, unerklärliche Übelkeit, Ohnmacht, dunkler Urin oder Ikterus [3]. Das Medikament ist sofort abzusetzen [4].

Übersicht über die diagnostischen Kriterien von ADHS gemäss DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association)

Bei beiden Formen müssen 6 von 9 der nachstehenden Kriterien erfüllt sein:

Unaufmerksame Form	Hyperaktive Form
→ Beachtet Einzelheiten nicht.	→ Bewegt sich ständig.
→ Hat Schwierigkeiten, bei Spiel oder Arbeit aufmerksam zu bleiben.	→ Steht auf, wenn Sitzen erwartet wird.
→ Hört nicht zu, wenn er/sie angesprochen wird.	→ Läuft herum oder klettert in unpassenden Situationen.
→ Beendet eine Arbeit nicht oder führt Anweisungen nicht vollständig aus.	→ Ist unfähig, ruhig zu spielen.
→ Hat Schwierigkeiten, Arbeit oder Spiel zu organisieren.	→ Scheint ständig in Bewegung zu sein.
→ Hat eine Abneigung gegen Aktivitäten, die länger dauernde Anstrengung erfordern.	→ Redet übermässig viel.
→ Verliert Gegenstände, die für die Aktivitäten benötigt werden.	→ Antwortet, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.
→ Lässt sich leicht ablenken.	→ Hat Schwierigkeiten, zu warten, bis er/sie an der Reihe ist.
→ Ist bei Alltagstätigkeiten vergesslich.	→ Unterbricht Gespräche oder Spiele.

Diese Kriterien müssen in zwei Lebensbereichen während mindestens 6 Monaten nachgewiesen sein.
Deutliche Auswirkungen auf das Alltagsleben müssen beobachtbar sein.
Der Beginn muss vor dem 7. Lebensjahr beobachtet oder vermutet werden.
Es dürfen keine anderen Krankheiten vorliegen, die Verhaltensstörungen zur Folge haben können.

Atomoxétine: un médicament de plus lors d'hyperactivité

Cristina Cerise

Un rôle important du pharmacien est d'informer les patients et les parents quant à l'efficacité et à la sécurité des divers traitements du trouble déficitaire d'attention avec hyperactivité. Nous présentons ici l'atomoxétine (Strattera®). Il s'agit du premier médicament non psychostimulant officiellement enregistré dans plusieurs pays pour le traitement de ce trouble. Contrairement au méthylphénidate, il n'est pas soumis au contrôle des stupéfiants.

Le trouble déficitaire d'attention, souvent appelé ADHD («Attention deficit/hyperactivity disorder»), est caractérisé par trois types de symptômes: une agitation motrice, un déficit de l'attention et une impulsivité [6]. Les malades souffrant d'ADHD sont incapables de rester concentrés et attentifs [7] (voir «Résumé des critères diagnostiques de l'ADHD»). Les symptômes et les signes ont tendance à diminuer avec l'âge. Cependant, chez certains patients, le trouble peut persister jusqu'à l'âge adulte [8] ce qui peut entraîner des problèmes dans la sphère du travail, des relations interpersonnelles ou pour la conduite automobile [9].

Un traitement pharmacologique ne devrait se concevoir que dans le cadre d'une approche globale associant un suivi psychologique, éducatif et éventuellement social [3,4,6,9].

Pharmacologie de l'atomoxétine

L'atomoxétine, contrairement aux amphétamines n'a pas un effet psychostimulant [3]. Elle agit en augmentant la transmission catécholaminergique, avant tout noradrénergique et, probablement dans une moindre mesure, dopaminergique [10].

Selon des études conduites chez des rats, l'atomoxétine augmente la transmission de noradrénaline et de dopamine au niveau préfrontal alors qu'au niveau subcortical seule la noradrénaline augmente [10]. En théorie, cela pourrait éviter l'apparition de tics parfois observés sous psychostimulants [11]. Cependant, il est difficile de dire s'il en va de même chez l'Homme.

Délai d'action et durée du traitement

Le délai d'action de l'atomoxétine à dose thérapeutique est plus long que celui des psychostimulants, soit entre deux et quatre semaines [4].

La durée optimale du traitement n'est pas connue et doit donc être évaluée sur une base individuelle en fonction des objectifs thérapeutiques prédéfinis et de la tolérance. A noter que la plupart des études contrôlées ont été réalisées sur du court terme (6–10 semaines) [4]. Les éventuels effets indésirables tardifs sont par conséquent encore mal caractérisés.

Fiche signalétique

Nom commercial:	Strattera® capsules (en cours d'enregistrement en Suisse: état 03/2009)			
Indication:	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité de l'enfant de plus de 6 ans et de l'adulte [1]			
Classe de produit:	Sympathomimétique d'action centrale non stimulant (ATC N06BA09)			
Posologie [2] [3]:		**Enfants > 6 ans [2] et ado. [3] < 70kg**	**Enfants [2], ado. et adultes [3] > 70kg**	**Fréquence de prise (avec ou sans nourriture)**
	Phase initiale de traitement (3–7 j)	Env. 0,5 mg/kg/j	40 mg	1 ×/j, le matin, ou en 2 doses [2] pour diminuer les EI [3]
	Traitement d'entretien	1,2 mg/kg/j	Enfants et ado.: max. 80 mg/j Adultes: max. 100 mg	(2e dose au plus tard en début de soirée) [2,3]
	Dose réduite en cas d'atteinte hépatique, de co-médication avec inhibiteur du cytochrome 2D6 [4] et chez les métaboliseurs lents (2D6) (la demi-vie peut grandement augmenter) [4]			
Contre-indication:	Glaucome à angle fermé [4]			
Effets indésirables:	→ Très fréquents (> 10%): céphalées, douleurs abdominales, sécheresse buccale, nausées et vomissements, diminution ou perte d'appétit, constipation, troubles du sommeil [2,5] → Fréquents (> 1%): dermatite, vertiges, sudations et fatigue [2,5] → des effets indésirables cardio-vasculaires sont décrits: tachycardie, palpitation, augmentation de la pression artérielle, hypotension [1,2] → effets indésirables graves: idées suicidaires, troubles psychiatriques, hépatotoxicité, convulsions [1-4].			
Interactions:	Ne pas associer un inhibiteur de la mono-amine oxydase (IMAO) [4] tel que mocobémide, sélégiline. L'atomoxétine est principalement métabolisée par voie hépatique via le cytochrome P450 2D6. Les médicaments inhibiteurs du CYP2D6 (tels que paroxétine, fluoxétine) augmentent la concentration plasmatique de l'atomoxétine; une adaptation des doses peut être nécessaire [4]. Prudence avec les médicaments qui allongent l'intervalle QT (macrolides, fluoroquinolones, neuroleptiques …) [1,2]. Beta2-agoniste administré par voie orale ou parentérale tel que le salbutamol [4].			

Positionnement dans le traitement

Les recommandations les plus récentes proposent les psychostimulants, comme première ligne des traitements médicamenteux de l'ADHD [3]. En Suisse, seul le méthylphénidate (Ritaline®, Concerta®) est commercialisé.

L'atomoxétine (Strattera®) est considérée comme un traitement de 2ème ligne aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte [3]: elle n'est pas plus efficace que le méthylphénidate voire un peu moins efficace [3,12] et pourrait être responsable de plus d'effets indésirables conduisant à l'arrêt du traitement [3]. L'atomoxétine, moins associée à un risque d'abus que le méthylphénidate, pourrait constituer une alternative dans ce contexte [3].

Effets indésirables particuliers

Idées suicidaires

La prise d'atomoxétine a été associée à une augmentation des idées suicidaires et autres troubles psychiatriques, en particulier chez les enfants et les adolescents. Les patients doivent être suivis de manière étroite, en particulier pendant les premiers mois de traitement ou lors de changement de dose [3] à la recherche d'un changement de comportement: irritabilité, agressivité, dépression, anxiété, etc. [13].

Hépatotoxicité

Quelques cas d'hépatotoxicité grave ont été associés à ce médicament. Selon les recommandations britanniques, un suivi des enzymes hépatiques n'est pas nécessaire mais il faut rester attentif aux signes et symptômes d'ictère [2–3] en particulier lors d'un traitement au long court [11]. Cet effet peut apparaître plusieurs mois après le début du traitement [4].

Evénements cardio-vasculaires sévères et morts subites

Le lien entre la prise d'atomoxétine et ces événements n'est pas clairement établi. Cependant, des patients sont décédés des suites d'événements cardio-vasculaires et les doutes conduisent à la prudence lors de la prescription d'atomoxétine. Ainsi, une évaluation du risque cardiaque par le médecin est recommandée: anamnèse y compris anamnèse familiale, recherche de malformation cardiaque, coronaropathie… [4]. Un suivi de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque est conseillé chez les patients à risque [13].

Messages à retenir

- → L'atomoxétine est un traitement de l'ADHD non psychostimulant et non soumis au contrôle des stupéfiants [5].
- → Dans le traitement pharmacologique du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, l'atomoxétine est une option de 2e choix par rapport au méthylphénidate [3].
- → L'atomoxétine n'a pas une efficacité supérieure au méthylphénidate; elle semble même un peu moins efficace [3,12].
- → L'atomoxétine peut être indiquée en cas d'échec avec le méthylphénidate ou de risque d'abus de ce dernier [3].
- → Conseils du pharmacien lors de la délivrance du Strattera®:
  - – Informer que l'action n'est pas immédiate: il faut un délai de 2 à 4 semaines après avoir atteint la dose d'entretien [11].
  - – Afin d'atténuer certains effets indésirables tels que la somnolence et les troubles gastro-intestinaux, l'augmentation progressive de la dose doit être strictement respectée [3].
  - – Consulter un médecin sans délai:
    - → lors de changement de comportement du patient (agressivité, anxiété, dépression …). Surveillance étroite surtout en début de traitement. [2,3]
    - → lors de symptômes évocateurs d'un trouble hépatique: douleurs abdominales, nausées inexpliquées, malaise, urines foncées ou ictère [3]. Le médicament doit être immédiatement stoppé [4].

Conclusion

Le pharmacien peut être sollicité par des patients ou des parents souhaitant des informations quant aux traitements à disposition dans le trouble déficitaire de l'attention. L'atomoxétine est une alternative au méthylphénidate. Les particularités de ce traitement (délai d'action, effets indésirables) méritent d'être connues pour répondre au mieux aux attentes des patients et optimiser le traitement. ∎

Adresse de correspondance
Cristina Cerise, pharmacienne pharmaSuisse
E-mail: cristina.cerise@pharmasuisse.org

Relecture
Martine Ruggli, Nadja Stohler

Références

[1] Martindale «The complete drug reference», online, 02/2009
[2] British National Formulary Children, 2008
[3] National Institute for Clinical Excellence NICE 2008: «Attention deficit hyperactivity disorder Diagnosis and management … in children, young people and adults»
[4] AHFS Drug Information, Am. Society of Health-System Pharmacists, 2008
[5] arznei-telegramm 2005; 36 (4): 33–34
[6] Rev Prescrire 2004; 24 (249): 289–291
[7] DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association)
[8] The Merck Manual, online, 01/2009
[9] Québec Pharmacie 2008; 55 (7): 31–38
[10] Drugs 2004 ; 64 (2): 205–222
[11] Québec Pharmacie 2008; 55 (7): 41–48
[12] Pharmacist's Letter 2008; 24 (240907)
[13] Medication Guide FDA, Version 2007

Résumé des critères diagnostiques de l'ADHD selon le DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

6 de ces 9 critères doivent être présents dans l'une ou l'autre des situations suivantes

Forme inattentive	Forme hyperactive
→ Néglige de porter attention aux détails	→ Remue constamment
→ A de la difficulté à rester attentif au jeu ou au travail	→ Quitte son siège de manière inappropriée
→ N'écoute pas quand on lui parle	→ Court ou grimpe quand ce n'est pas le temps
→ Ne termine pas un travail ou néglige d'écouter toutes les instructions	→ Est incapable de jouer sans faire de bruit
→ A de la difficulté à organiser son travail ou ses jeux	→ Semble perpétuellement en mouvement
→ Affirme détester certaines activités qui demandent un effort soutenu	→ Parle trop
→ Perd les objets nécessaires à ses activités	→ Répond avant la fin de la question
→ Est facilement distrait	→ A de la difficulté à attendre son tour
→ Oublie les choses du quotidien	→ Interrompt les conversations ou les jeux

La présence de ces critères doit être confirmée dans 2 milieux pendant au moins 6 mois.
On doit observer des répercussions importantes dans la vie quotidienne.
Le début doit être observé ou soupçonné avant l'âge de 7 ans.
Il ne doit pas y avoir d'autres affections pouvant entraîner des troubles du comportement.

Methotrexat-Überdosierung: kein Einzelfall!

Monika Lutters

Patienten, die eine Behandlung im Spital benötigen, werden von verschiedenen Fachpersonen medikamentös betreut. Arzneimittel werden sowohl vom Hausarzt als auch vom Spitalarzt verordnet, abgegeben werden sie von der Offizin und der Spitalapotheke, verabreicht von Pflegepersonen. Dabei ergeben sich zahlreiche Schnittstellen, die Ursache vielfältiger Fehler sein können.

Erster Fall [1]

Ein 79-jähriger Patient wurde wegen eines neu aufgetretenen zerebrovaskulären Insultes auf die Notfallstation zugewiesen. Es bestand eine sensomotorische Hemiparese rechts. Der Patient konnte nicht gehen, die Bewusstseinslage war aber normal. Man stellte einen deutlich reduzierten Allgemeinzustand, Rasselgeräusche links, eine normokarde Arrhythmie, Varikosis und Unterschenkelödeme beidseits fest. Weitere Diagnosen: chronische Polyarthritis, Mitralinsuffizienz, leichte Aortenstenose, chronisches Vorhofflimmern behandelt mit oraler Antikoagulation, insulinbedürftiger Diabetes mellitus Typ 2 und Adipositas.

Wegen der Polyarthritis hatte er bisher einmal pro Woche Methotrexat erhalten. Methotrexat wurde auf der Notfallstation weiterverordnet, jedoch ohne das Dosierungsintervall von einer Woche festzuhalten. Auf der Bettenstation wurde Methotrexat täglich verabreicht. Am zehnten Tag des Spitalaufenthalts stellte man erstmals eine Leukopenie fest, die dann in eine Agranulozytose überging (Leukozytenzahl $0{,}3\times10^9$/l). Bei der Suche nach möglichen Ursachen fiel der Dosierungsfehler auf. Da inzwischen das CRP auf 330 mg/l angestiegen war, wurde eine antibiotische Behandlung eingeleitet, ohne dass jedoch ein Infektfokus fassbar war. Der Patient und seine Kinder wurden über die Fehldosierung aufgeklärt, lehnten aber eine Antidot-Behandlung ab. Unter Hinweis auf seine Patientenverfügung verzichtete der Patient auf alle lebensverlängenden Massnahmen und starb am 14. Hospitalisationstag.

Zweiter Fall [1]

Eine 59-jährige Patientin mit Diabetes mellitus wurde wegen einer chronischen Polyarthritis mit Methotrexat behandelt. Mangelnde Sprachkenntnisse bzw. Analphabetismus erschwerten die Verständigung mit der Frau. Der behandelnde Rheumatologe war in den Ferien und konnte nicht erreicht werden. Laut den Angaben des Ehemanns wurde Methotrexat in einer Dosierung von 10 mg pro Tag verordnet. Im Verlauf des Spitalaufenthalts traten Fieber, Halsschmerzen und vereinzelte Eiterpusteln auf. Das Fieber wurde einem Harnwegsinfekt zugeschrieben und antibiotisch behandelt. Gleichzeitig wurde bemerkt, dass die Symptome der Patientin mit einer Methotrexatintoxikation übereinstimmten. Das Medikament wurde nach fünf Tagen Behandlung abgesetzt und als Antidot Calciumfolinat verabreicht. Wegen Zunahme der klinischen Symptome mit kutanen und enoralen Ulcera, musste die Patientin parenteral ernährt werden. Zur Behandlung der aufgetreteten Agranulozytose erhielt sie Filgastrim (Granulozyten-Kolonien stimulierender Faktor), sowie auch wegen Hämatomen und Petechien [2] ein Thrombozytenkonzentrat. Ausserdem musste die Patientin isoliert werden. Der Spitalaufenthalt verlängerte sich durch die Komplikationen um sieben Tage.

Kommentar

In beiden Fällen wurde Methotrexat einmal täglich statt einmal wöchentlich verabreicht. Diese Überdosierung hatte gravierende Folgen für die Patienten. Im ersten Fall wurde das Dosierungsintervall von einer Woche auf der Notfallstation nicht schriftlich festgehalten. Bei der Übergabe an den Stationsarzt wurde nicht darauf hingewiesen. Auch bei den regelmässigen Visiten entging den Ärzten die täglich verabreichten Methotrexatdosen.

Im zweiten Fall haben die Sprachschwierigkeiten der Patientin und die Ferien ihres behandelnden Arztes zu der Fehldosierung beigetragen. Im Vordergrund stehen bei beiden Fällen jedoch Unerfahrenheit im Umgang mit einem selten verschriebenen Medikament (für eine nicht onkologische Indikation) und fehlende Kontrolle der Dosierung. Ein Blick ins Kompendium hätte gezeigt, dass die übliche Dosierung bei rheumatoider Arthritis 5 bis 15 mg einmal pro Woche beträgt. [3]

Leider sind diese beiden Fälle keine Ausnahme. Von 1998 bis 2007 sind dem Verein Komplikationenliste [4] fünf Zwischenfälle gemeldet worden, bei denen Methotrexat (bei nicht neoplastischer Indikation) fälschlicherweise öfter als einmal pro Woche verabreicht wurde. Die beiden oben beschriebenen Fälle gehören dazu. In einem weiteren Fall wurde Methotrexat von einem Assistenzarzt der Chirurgie verordnet, ohne das Dosisintervall von einer Woche

anzugeben. Die tägliche Verabreichung verursachte eine Sepsis wegen Knochenmarksdepression. Bei einem anderen Patienten mit Morbus Crohn wurde aus unbekannten Gründen die Dosierung auf zweimal pro Woche verdoppelt, was zu erhöhten Leberwerten und einem verlängerten Spitalaufenthalt führte. Der letzte Vorfall wurde durch einen Hausarzt verursacht. Die tägliche statt wöchentliche Einahme von Methotrexat führte zu einer Leuko- und Thrombopenie mit Sepsis.

Mangelndes Wissen und Erfahrung, fehlende Rückversicherung oder Kontrolle, Kommunikationsprobleme und ungenaue schriftliche Verordnungen führten zu einer Methotrexat-Überdosierung und den oben beschriebenen Komplikationen. Die Schnittstellen Spitaleintritt bzw. Notfallstation-Bettenstation spielten wiederum eine wichtige Rolle. Durch einen aktuellen Medikamentenpass oder eine Medikamentenkarte (ausgestellt vom Hausarzt oder der Apotheke) hätten die im Spital aufgetretenen Fälle möglicherweise vermieden werden können. Aber auch die Patienten können mithelfen, solche Fehler zu vermeiden. Sie sollten – wenn sie dazu in der Lage sind – die Medikation im Spital kritisch beobachten und im Zweifel Fragen stellen. ▮

Korrespondenzadresse
Dr. Monika Lutters
Kantonsspital Baden
Spitalapotheke
5404 Baden

[1] Beide Fälle stammen aus dem Bulletin Komplikationenliste 18/2008, herausgegeben von dem Verein Komplikationenliste und der Chefärztevereinigung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin.
[2] Unter Petechien versteht man eine Vielzahl von stecknadelkopfgrossen Blutungen aus den Kapillaren in die Haut oder Schleimhäute. Sie sind Zeichen einer Störung der Blutstillung. (Wikipedia)
[3] Kompendium 2009, Monographie Methotrexat Farmos
[4] Bulletin 18/2008. Der Verein Komplikationenliste sammelt in Zusammenarbeit mit der Chefärztevereinigung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin Komplikationen, die in den beteiligten Kliniken für Innere Medizin als Folge der Behandlung auftreten. Diese Ereignisse werden von Experten kommentiert und den Schweizer Spitälern zur Kenntnis gebracht, damit diese vorbeugende Massnahmen treffen können.

Problèmes médicamenteux à la suite d'une hospitalisation

Surdosage de méthotrexate: problème fréquent

Monika Lutters

Les patients qui suivent un traitement à l'hôpital reçoivent des médicaments de divers professionnels. Des médicaments sont prescrits par le médecin de famille et le médecin d'hôpital, puis remis par la pharmacie d'officine et d'hôpital ou administrés par le personnel soignant. Ceci entraîne donc de nombreuses interfaces à l'origine de multiples erreurs.

Premier cas [1]

Un patient de 79 ans a été admis au service des urgences suite à un récent accident cérébro-vasculaire. Il souffrait d'une hémiparésie du côté droit et ne pouvait pas se déplacer. Toutefois, son état de conscience était normal. Un état général très diminué, des râles côté gauche, une arythmie, une varicosité et un œdème de la jambe ont été observés. Autres diagnostics: polyarthrite chronique, insuffisance mitrale, légère sténose de l'aorte, fibrillation auriculaire chronique traitée par des anticoagulants oraux, diabète de type 2 nécessitant l'administration d'insuline, et adiposité.

Jusqu'à présent, il recevait du méthotrexate une fois par semaine pour sa polyarthrite. Le service des urgences a continué à lui prescrire ce médicament, mais sans respecter l'intervalle d'une semaine. L'unité des soins a donc administré le méthotrexate tous les jours. Au dixième jour de l'hospitalisation, une leucopénie a été diagnostiquée pour la première fois. Celle-ci a ensuite évolué en agranulocytose (nombre de leucocytes: $0{,}3\times10^9$/l). L'erreur de posologie est apparue au moment de rechercher les possibles causes. Comme la CRP avait augmenté jusqu'à 330 mg/l dans l'intervalle, un traitement antibiotique a été démarré malgré l'absence de foyer infectieux. Le patient et ses enfants ont été informés de l'erreur de posologie, mais n'ont pas accepté le traitement par antidotes. Se référant à ses directives anticipées, le patient a renoncé à toute mesure destinée à prolonger sa vie. Il est finalement décédé le 14e jour de son hospitalisation.

Deuxième cas [1]

Une patiente de 59 ans souffrant de diabète recevait du méthotrexate en raison d'une polyarthrite chronique. Le dialogue avec la patiente s'avérait difficile en raison de ses connaissances linguistiques insuffisantes et de son analphabétisme. Son rhumatologue traitant était en vacances et impossible à joindre. Selon les dires de son époux, le méthotrexate était prescrit à un dosage de 10 mg par jour. Au cours de l'hospitalisation, la patiente s'est plainte de fièvre, de maux de gorge et de pustules. La fièvre a été attribuée à une infection des voies urinaires et traitée par des antibiotiques. Dans le même temps, il a été constaté que les symptômes de la patiente correspondaient à une intoxication au méthotrexate. L'administration du médicament a été interrompue après cinq jours de traitement. Du folinate de calcium a été administré comme antidote. Suite à l'augmentation des symptômes cliniques par des ulcères cutanés et énoraux, la patiente a dû être alimentée par voie parentérale. Pour traiter l'agranulocytose, elle a reçu du filgastrim (facteur stimulant les colonies de granulocytes), ainsi que des concentrés de thrombocytes pour ses hématomes et pétéchies [2]. En outre, la patiente a dû être mise en quarantaine. Les complications ont prolongé l'hospitalisation de sept jours.

Commentaire

Dans les deux cas, le méthotrexate a été administré une fois par jour au lieu d'une fois par semaine. Ce surdosage a eu des conséquences graves pour les patients. Dans le premier cas, l'intervalle de dosage d'une semaine n'a pas été noté par écrit au service des urgences. Lors du transfert à l'unité des soins, ceci n'a pas été mentionné. L'administration quotidienne de méthotrexate a aussi échappé aux médecins lors de leurs visites régulières.

Dans le deuxième cas, les difficultés linguistiques de la patiente, ainsi que les vacances de son médecin traitant ont entraîné l'erreur de posologie. Dans les deux situations, l'origine du problème était toutefois le manque d'expérience avec un médicament rarement prescrit (pour une indication non oncologique) et le contrôle insuffisant du dosage. La consultation du compendium aurait permis de constater que le dosage habituel est de 5 à 15 mg une fois par semaine lors d'arthrite rhumatoïde. [3]

Malheureusement, ces deux cas ne sont pas une exception. Entre 1998 et 2007, cinq cas au cours desquels du méthotrexate a été administré par mégarde plus d'une fois par semaine (en l'absence d'indication néoplastique) ont été signalés à l'association «Liste des complications». [4] Les deux cas décrits plus haut en font partie. Dans un autre cas, le méthotrexate a été prescrit par un médecin-assistant qui a omis de mentionner l'intervalle d'une semaine. L'administration quotidienne a entraîné une septicémie pour cause d'hypoplasie médullaire. Chez un autre patient souffrant de la maladie de Crohn, le dosage a été augmenté à deux fois par semaine pour des raisons inconnues. Ceci a provoqué des valeurs hépatiques plus élevées et prolongé l'hospitalisation. Le dernier incident est dû à un médecin de famille. La prise quotidienne et non hebdomadaire de méthotrexate a entraîné une leucopénie et une thrombopénie avec septicémie.

Un manque de connaissances et d'expérience, une absence de vérification ou de contrôle, des problèmes de communication et des ordonnances imprécises ont été à l'origine du surdosage de méthotrexate et des complications décrites plus haut. L'interface entre le service des urgences et l'unité de soins s'est révélé une fois de plus essentiel. La délivrance (par le médecin de famille ou le pharmacien) d'un passeport-médicaments ou d'une carte-médicaments aurait probablement permis d'éviter les cas survenus à l'hôpital. Cependant, les patients peuvent aussi contribuer à prévenir ce genre d'erreurs. S'ils sont en mesure de le faire, ils devraient examiner d'un œil critique la médication prescrite à l'hôpital et poser des questions au moindre doute. ▮

Adresse de correspondance
Dr. Monika Lutters
Kantonsspital Baden
Spitalapotheke
5404 Baden

[1] Les deux cas proviennent du Bulletin «Liste des complications» 18/2008, publié par l'association «Liste des complications» et l'association des médecins-chefs de la Société Suisse de Médecine Interne.

[2] Une pétéchie est une petite tache de couleur rouge à violacée, ne blanchissant pas sous la pression. Les pétéchies sont dues à l'infiltration de sang sous la peau (hémorragie mineure induite par la rupture d'un capillaire sanguin). Ces petites hémorragies sont typiques des cas de purpura. (Wikipedia)

[3] Compendium 2009, Monographie «Méthotrexate Farmos»

[4] Bulletin 18/2008. L'association «Liste des complications» rassemble, en collaboration avec l'association des médecins-chefs de la Société Suisse de Médecine Interne, les complications survenues dans les services de médecine interne à la suite d'un traitement. Ces résultats sont ensuite commentés par des experts, puis communiqués aux hôpitaux suisses afin que ces derniers puissent prendre des mesures préventives.

Opening Ceremony on Sunday, August 31st, 2008

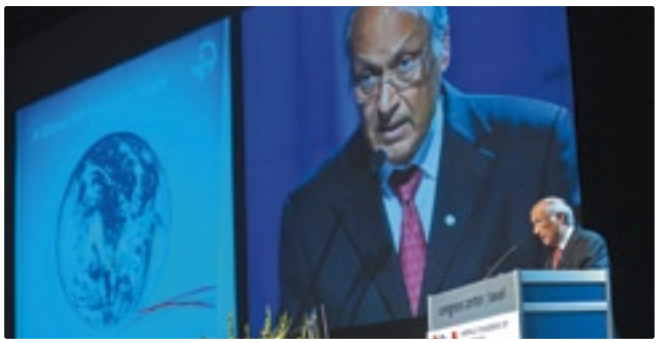
Last autumn the world of pharmaceutics was invited to an event in Basel. More than 3200 pharmacists from over 120 nations came to Switzerland for the world's largest pharmaceutical meeting. On August 31st, 2008 the FIP 2008 was officially opened: With a speech by Swiss Confederation President Pascal Couchepin and a accompanying varied cultural programme.



pharmaSuisse President Dominique Jordan.



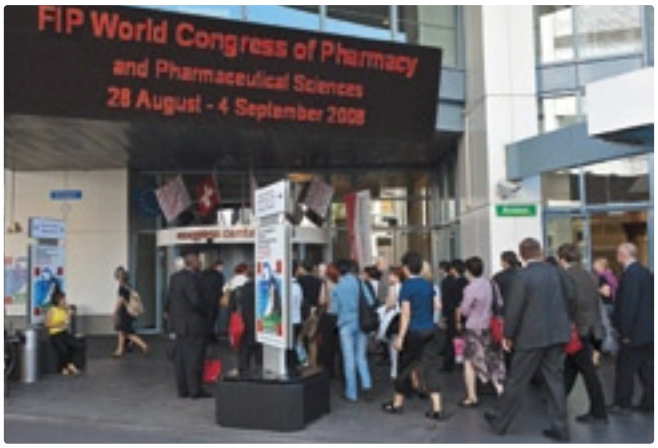
Swiss Confederation President Pascal Couchepin.



FIP President Dr. Kamal K. Midha.



Drum Corps from Basel.



Visitor rush to the FIP 2008.

The 69th International Congress of FIP will take place from 3–8 september 2009 in Istanbul/Turkey. The Congress theme is «Responsibility for Patient Outcomes – are you ready?», a timely and relevant topic considering global changes and trends within the pharmacy profession and pharmaceutical sciences. For further information and registration see www.fip.org/istanbul2009.



One of many honours.



Accompanying varied cultural program.



Nous sommes prêts pour des solutions vraies et efficaces

La santé devient de moins en moins abordable en termes de coûts. Alors certains de préconiser des actions sur les prix. Les prix des médicaments suisses sont donc comparés aux prix en vigueur en Grèce et de les trouver extrêmement chers. Il est cependant à noter que ces gens-là ne sont pas payés aux salaires grecs pour nous faire part de leurs remarques! Alors d'autres de propager des modèles particuliers d'assurances qui sont meilleur marché parce qu'ils diminuent les prestations et la qualité tout en, soi-disant, augmentant la responsabilité individuelle ou «empowerment» selon l'expression à la mode chez nos amis anglo-saxons! La liste des tentatives est trop longue pour toutes les énumérer dans le cadre de cet éditorial. Quel est le résultat de toutes ces pseudo-solutions: les coûts de santé continuent d'augmenter!
Et pourquoi? Parce que les solutions envisagées ne sont que des demi-mesures qui ne s'attaquent pas au fond du problème. Il faudrait s'attaquer à la cause du mal. Tout d'abord et j'en reste persuadé, ce serait l'affaire des professionnels de santé d'amener des solutions à nos politiciens et à nos autorités. Malheureusement, la dispensation médicale ainsi que la défense d'intérêts particuliers des médecins empêchent que les synergies avec les pharmaciens soient utilisées au mieux pour le bien des patients et de notre système de santé. Ainsi nous courrons le risque que des solutions inadaptées soient choisies sur des bases purement économiques et imposées à notre système de santé.
Les pharmaciens ont énormément d'atouts qu'ils n'ont jusqu'à aujourd'hui pu offrir au public que de façon limitée. Il est évident que les infrastructures existantes, le personnel à disposition, ainsi que les compétences acquises par une formation universitaire coûteuse doivent être impérativement mieux utilisés.
Dans notre pays, 300 000 personnes par jour entrent dans une pharmacie. Elles peuvent bénéficier d'une palette importante de services à très bon prix, comme nos prestations de triage, de conseil, de détection précoce de maladie, de suivi lors de maladies chroniques pour n'en citer que quelques-unes. Elles peuvent à chaque instant, sans rendez-vous préalable, bénéficier des connaissances d'un spécialiste du médicament, membre d'une profession médicale. Plus de 4000 pharmaciens ainsi que 10 000 professionnels composant leur équipe se tiennent jour après jour à disposition de notre population.
Il est primordial pour l'avenir d'intégrer dans la politique de santé les possibilités nouvelles que peuvent proposer les pharmacies dans de multiples domaines. Mesdames et Messieurs les politiciens, chères autorités, vous pouvez compter sur nous.

Dominique Jordan

Wir sind bereit für echte und effektive Lösungen

Gesundheit ist heute immer weniger finanzierbar, weshalb gewisse Kreise bei den Preisen intervenieren wollen. Dabei werden die Preise für Medikamente in der Schweiz mit jenen in Griechenland verglichen mit dem Resultat, dass die hiesigen Preise als extrem hoch bewertet werden. Allerdings ist festzuhalten, dass die Urheber dieser Überlegung keine Gehälter nach griechischen Tarifen beziehen! Andere propagieren besondere Versicherungsmodelle, die kostengünstiger sind, weil sie Leistungen und Qualität reduzieren, indem sie vermehrt auf die Eigenverantwortung des Einzelnen setzen, was gerne mit dem aus dem Angelsächsischen entlehnten Modewort «Empowerment» bezeichnet wird! Die Liste der Versuche ist zu lang, um sie hier vollständig wiederzugeben. Doch haben diese Scheinlösungen bisher nur ein Ergebnis gebracht: Die Gesundheitskosten klettern weiter in die Höhe!
Und warum? Weil alle diese Lösungsansätze nur halbherzige Massnahmen sind, die dem Problem nicht auf den Grund gehen. Das Übel muss bei der Wurzel gepackt werden. Ich bin nach wie vor überzeugt, dass es Sache der Gesundheitsfachleute ist, Politikern und Behörden Lösungsvorschläge zu unterbreiten. Leider verhindern Selbstdispensation und Einzelinteressen der Ärzte, dass die Synergien mit den Apothekern zum Wohle der Patienten und des Gesundheitssystems optimal ausgeschöpft werden. Auf diese Weise laufen wir Gefahr, dass unserem Gesundheitssystem rein wirtschaftlich begründete und damit ungeeignete Lösungen aufoktroyiert werden.
Die Apothekerinnen und Apotheker haben viele Trümpfe in der Hand, die sie bis jetzt nur begrenzt ausspielen und der Öffentlichkeit zugänglich machen konnten. Ohne Frage müssen die bestehenden Infrastrukturen, die vorhandenen Fachkräfte sowie die in einer teuren akademischen Ausbildung erworbenen Kenntnisse besser genutzt werden.
Tag für Tag betreten 300 000 Menschen in der Schweiz eine Apotheke. Ihnen wird ein breites Spektrum an sehr kostengünstigen Dienstleistungen angeboten, wie pharmazeutische Triage, Beratung, Früherkennung von Krankheiten, Betreuung bei chronischen Erkrankungen, um nur einige zu nennen. Die Kunden können jederzeit und ohne vorherige Terminvereinbarung die Kompetenzen eines Arzneimittelspezialisten und Angehörigen eines Medizinalberufs in Anspruch nehmen. Über 4000 Apothekerinnen und Apotheker sowie 10 000 Fachkräfte in ihrem Team stehen ihnen jeden Tag zur Verfügung.
Oberstes Ziel für die Zukunft muss sein, die neuen Möglichkeiten, die Apotheker in verschiedensten Bereichen anzubieten haben, in die Gesundheitspolitik einzubeziehen. Liebe Politikerinnen und Politiker, liebe Behördenmitglieder, Sie können auf uns zählen.

Dominique Jordan

Interview mit Nationalrätin Ruth Humbel

Fehlanreize im Gesundheitswesen bereinigen

Ursprünglich bestand das Problem vor allem darin,zu klären, ob Rabatte auf Arzneimitteln vollständig verboten sind und ob sie zu 100% weiterzugeben sind. Ist dieses Problem heute aus Ihrer Sicht gelöst?

Ruth Humbel: Die Problematik hat an Aktualität verloren. Die Entrüstung von Spitälern und Kantonen ist verstummt, weil die Spitäler wieder Rabatte bekommen. Ich gehe davon aus, dass die Rabatte transparent ausgewiesen werden und namentlich im stationären Spitalbereich via Taxberechnungen den Versicherten zu Gute kommen. Wie die Rabattierung im ambulanten Bereich, von Spitälern, Apotheken und Ärzten gehandhabt wird, entzieht sich meiner Kenntnis.

Es ist anzunehmen, dass auch hier Rabatte üblich sind, welche aber wohl kaum an die Patientinnen und Patienten, bzw. die Versicherten weitergegeben werden. Gelöst ist das Problem also nicht.

Die CVP befasst sich nun ernsthaft mit Fehlanreizen. Beide Räte haben die von Ihnen mitverfasste Motion nun genehmigt, der Ständerat im Dezember 2008. Wo sehen Sie den dringendsten Handlungsbedarf?

Die Hauptforderung der Initiative liegt in der Unabhängigkeit bei der Verschreibung und Abgabe von Medikamenten. Sie gilt selbstverständlich auch bei der Beeinflussung der Patienten in der Wahl des Medikamentenabgabekanals sowie insbesondere bei der Ausdehnung der Selbstdispensation. Ich bin eher skeptisch gegenüber der Selbstdispensation und vertrete grundsätzlich die Haltung: «Wer verschreibt gibt nicht ab und wer abgibt verschreibt nicht». Gemäss Volksabstimmungen scheint es indes einem Kundenbedürfnis zu entsprechen, Medikamente direkt vom Arzt zu erhalten. Wenn die Selbstdispensation ausgedehnt wird, muss das Vergütungssystem geändert werden. Mit der Abgabe von Medikamenten soll kein zusätzliches Einkommen generiert werden können. Bei der Frage der Selbstdispensation nimmt die Schweiz im Vergleich zu Europa eine einzigartige Stellung ein. In allen Ländern ist die Selbstdispensation für Ärztinnen und Ärzte verboten, mit Ausnahme weniger abgelegener Gebiete, in denen Apotheken nur äusserst schwer erreichbar sind. Im OECD-Bericht von 2006 über das Schweizerische Gesundheitswesen empfiehlt die WHO denn auch ein Selbstdispensationsverbot.



Ruth Humbel, Nationalrätin

Im ersten Abschnitt der Motion wird das Prinzip der Objektivität betont. Wie soll das umgesetzt werden?

Die Diskussion hat gezeigt, dass es kaum möglich ist, eine praktikable Lösung zu finden. Zum einen steht diese Forderung bereits heute im Gesetz, kann aber nicht durchgesetzt werden. Zum andern hat kaum jemand ein Interesse daran, Rabatte auszuhandeln, wenn der ganze Rabatt weitergegeben werden muss. Im Übrigen ist davon auszugehen, dass Medikamentenpreise zu hoch sind, wenn grosszügig Rabatte gewährt werden können. Ich würde heute noch weiter gehen als bei der Einreichung der Motion vor vier Jahren und unterstütze ein generelles Rabattierungsverbot für Medikamente im Bereich der obligatorischen Sozialversicherung.

«Mit der Abgabe von Medikamenten soll kein zusätzliches Einkommen generiert werden können.»

In Abschnitt zwei sind lediglich die Hersteller und Importeure von Arzneimitteln als beeinflussende Akteure erwähnt. Sind aus Ihrer Sicht die Fehlanreize auf verschreibende Personen durch Drittorganisationen, insbesondere bei direkter Beteiligung, nicht ebenfalls problematisch?

Ein Verbot von geldwerten Vorteilen muss auch für Drittorganisationen und gegenüber Versicherten gelten. Ich finde es falsch und problematisch, wenn Patientinnen und Patienten mittels Geschenken, Mengenrabatten oder irgendwelchen anderen geldwerten Vorteilen auf einen Vertriebskanal gesteuert werden. Damit verkommt ein Medikament zu einem gewöhnlichen Konsumgut, was ein verschreibungs- und kassenpflichtiges Medikament definitiv nicht ist.

05.3016 – Motion – Unabhängigkeit bei der Verschreibung und Abgabe von Medikamenten

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird aufgefordert, über das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) Grundlagen für die Schaffung von Transparenz bei der Abgabe und Verschreibung von Arzneimitteln zu schaffen. Die Unabhängigkeit von Verschreibung und Abgabe ist wie folgt zu gewährleisten:

1. Die zur Verschreibung und/oder Abgabe von Arzneimitteln berechtigten Personen müssen ihre Aufgabe absolut objektiv erfüllen können, d. h., sie dürfen keinen direkten oder indirekten finanziellen Anreizen beim Verschreibungsentscheid ausgesetzt sein.
2. Hersteller oder Importeure von Arzneimitteln dürfen Medizinalpersonen, welche Arzneimittel verschreiben oder/und abgeben, nicht durch das Anbieten von geldwerten Vorteilen in der Verschreibungsgewohnheit beeinflussen.
3. Rabatte und Vergünstigungen sind grundsätzlich zugelassen. Sie müssen von den Leistungserbringern transparent ausgewiesen und von den Tarifpartnern in den Verträgen geregelt werden, damit sie den Versicherten zugute kommen.

Gilt der 3. Abschnitt aus Ihrer Sicht gleichermassen für verschreibende und abgebende Personen?

Ja, das Beeinflussungsverbot muss sowohl für verschreibende wie für abgebende Personen gelten.

Sollte man nicht, im Sinne der Motion, dafür sorgen, dass die Hausärzte aus ihren Leistungen (Tarmed) gut oder sogar besser verdienen, dafür im KVG gar nicht für den Medikamentenverkauf abgegolten werden?

Hausärzte müssen via Tarmed angemessen entschädigt werden und sollen auf Grund ihres Einsatzes und ihrer Leistungen, aber nicht via Medikamentenverkauf, ein gutes Einkommen erzielen können. In einigen Kantonen werden die tiefen Tarmed-Taxpunktwerte mit dem zusätzlichen Einkommen aus Medikamentenverkauf begründet. Wenn dem so ist und der Medikamentenverkauf tatsächlich eine wesentliche Einkommenskomponente wäre, müsste ein Ausfall kompensiert werden. Es gibt indes auch Kantone, wie beispielsweise Basel-Land, wo der Tarmed-Taxpunktwert bei gleichzeitiger Selbstdispensation höher ist als in Basel-Stadt mit einem SD-Verbot.

«Hausärzte müssen angemessen entschädigt werden und sollen auf Grund ihrer Leistungen, aber nicht via Medikamentenverkauf, ein gutes Einkommen erzielen können.»

Gut geregelt ist heute, dass ein rezeptfreies Medikament der SL ab sofort nicht mehr von der OKP übernommen wird, wenn der Hersteller Publikumswerbung macht. Sehen Sie noch weitere Fehlanreize im Gesundheitssystem, die man korrigieren sollte?

Ich plädiere grundsätzlich für einen Paradigmenwechsel zur integrierten Gesundheitsversorgung als ordentliches Grundversicherungsmodell.

Integrierte Versorgungsmodelle können dabei unterschiedlich ausgestaltet sein. Die gesetzlichen Anforderungen an integrierte Versorgungsmodelle können sich auf die Qualitätssicherung und die Budgetmitverantwortung der Leistungserbringer beschränken. In diesem System würde die Position der Grundversorger aufgewertet und die Apotheker hätten eine bessere Voraussetzung, ihre pharmazeutische Kompetenz für die Überprüfung der Interaktionen zwischen Medikamenten und der Compliance einzusetzen.

Die Erfahrungen in der Finanzkrise scheinen zu einem neuen Konsens zu führen, dass unkontrollierte liberalisierte Märkte zu katastrophalen Entwicklungen führen können. Sehen Sie solche Zusammenhänge auch im Gesundheitswesen?

Ich führe die katastrophale Situation in der Finanzwelt nicht primär auf die liberalisierten Märkte zurück, sondern vielmehr auf eine verantwortungslose Gier von Menschen, welche in ihrer virtuellen Welt mit virtuellem Geld vermeintlich unbeschränktes Wachstum zu produzieren glaubten. Die reale Welt hat indes überall Grenzen, vor allem auch im Wachstum. Eine Parallele besteht durchaus zum Gesundheitswesen: Alles scheint heute medizinisch machbar und der Tod überlistbar zu sein. Doch das Leben ist endlich. Begrenzt sind auch die Mittel, welche wir kollektiv-solidarisch für die Gesundheitsversorgung aufbringen können. Die Politik hat Bedingungen zu schaffen, damit der Bevölkerung der Zugang zu einer angemessenen, qualitativ guten, kosteneffizienten Gesundheitsversorgung erhalten bleibt. Und von den Beschäftigten im Gesundheitswesen braucht es einen sorgsamen, verantwortungsbewussten Umgang mit den Ressourcen. ∎

Interview: PD Dr. Marcel Mesnil
E-Mail: info@pharmasuisse.org

Dieses Interview ist bereits im dosis Nr. 49/3. 2009 erschienen.

Eradiquer les fausses incitations dans le système de santé

A l'origine, l'objectif était le suivant: déterminer si les rabais devaient être entièrement interdits sur les médicaments ou s'ils devaient être répercutés à 100%. Le problème est-il aujourd'hui réglé?

Ruth Humbel: Il ne s'agit plus vraiment d'un problème d'actualité. Les hôpitaux bénéficient à nouveau de rabais. Leur colère et celle des cantons est donc retombée. Dans le domaine hospitalier stationnaire, je présume que les rabais sont accordés en toute transparence puis transmis aux assurés via les calculs de taxes. Par contre, je ne sais pas comment la question des rabais est traitée dans le domaine ambulatoire des hôpitaux, les pharmacies et les cabinets médicaux. Les rabais sont certainement usuels dans ces domaines également. Cependant, ils ne sont probablement pas répercutés sur les patients resp. assurés. Le problème n'est donc pas résolu.

Le PDC a décidé de se pencher sérieusement sur le problème des fausses incitations. Les deux Chambres ont approuvé la motion dont vous êtes le co-auteur. Le Conseil des États a traité de la question en décembre 2008. Où faut-il donc agir en priorité?

L'initiative cherche avant tout à garantir l'indépendance dans la prescription et la remise des médicaments. L'influence des patients dans le choix du canal de distribution des médicaments ainsi que l'extension de la dispensation médicale sont bien sûr aussi visés. Je désapprouve plutôt la dispensation médicale et défends le principe selon lequel celui qui prescrit ne vend pas et celui qui vend ne prescrit pas. Il semble toutefois, d'après le résultat des votations, que les clients ressentent le besoin de recevoir leurs médicaments directement du médecin. Si la dispensation médicale est étendue, il faut aussi modifier le système de rémunération. Aucun revenu supplémentaire ne doit pouvoir être généré par la remise de médicaments. Par rapport à l'Europe, la Suisse a une position absolument unique sur cette question. Tous les autres pays interdisent aux médecins de délivrer des médicaments, exception faite de quelques régions reculées où les pharmacies sont très difficiles d'accès. Dans le rapport OCDE de 2006 sur le système de santé suisse, l'OMS recommande d'ailleurs une interdiction de ce système.



Ruth Humbel, Conseillère nationale

Dans le premier paragraphe, vous insistez sur la notion d'objectivité. Comment comptez-vous la faire appliquer?

Les discussions ont montré la difficulté de trouver une solution praticable. D'une part, cette exigence est déjà inscrite dans la loi mais ne peut pas être imposée. D'autre part, personne n'a intérêt à négocier des rabais s'ils doivent être entièrement répercutés. En outre, les prix des médicaments sont certainement trop élevés si des rabais aussi généreux peuvent être octroyés.

Aujourd'hui, j'irais encore plus loin que lors du dépôt de la motion il y a quatre ans. Je suis favorable à une interdiction généralisée de tout rabais pour les médicaments dans le domaine de l'assurance obligatoire.

> «Aucun revenu supplémentaire ne doit pouvoir être généré par la remise de médicaments.»

Dans le deuxième paragraphe, vous mentionnez uniquement les fabricants et les importateurs comme acteurs influents. Les fausses incitations d'organisations tierces sur les médecins prescripteurs ne constituent-elles donc pas aussi un problème, surtout en cas de participation directe?

L'interdiction d'accepter des avantages matériels doit également s'appliquer aux organisations tierces et aux assurés. A mon avis, il n'est pas juste et même problématique d'orienter les patients vers un canal de distribution précis à travers l'octroi de cadeaux, de rabais de quantité ou de tout autre avantage matériel.

05.3016 – Motion – Indépendance pour la prescription et la remise de médicaments

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé d'inscrire dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) des dispositions visant à assurer la transparence en matière de prescription et de remise de médicaments.

L'indépendance dans la prescription et la remise de médicaments sera garantie de la manière suivante:

1. Les personnes autorisées à prescrire ou à remettre des médicaments doivent pouvoir s'acquitter de leur tâche en toute objectivité, c'est-à-dire qu'elles ne doivent être soumises à aucune incitation financière directe ou indirecte lors du choix du médicament.
2. Les fabricants et les importateurs de médicaments n'ont pas le droit d'influencer dans leurs habitudes, notamment en leur offrant des avantages matériels, les membres du personnel médical qui prescrivent ou remettent des médicaments.
3. Les rabais et autres ristournes sont admis. Ils doivent toutefois être déclarés de manière transparente par les fournisseurs de prestations et être réglés dans les contrats par les partenaires tarifaires de sorte que les assurés en soient finalement les bénéficiaires.

Le médicament devient de la sorte un bien de consommation courant. Tout produit soumis à ordonnance et à charge des caisses ne l'est cependant pas.

Le troisième paragraphe s'applique-t-il aussi bien aux personnes qui prescrivent et aux personnes qui remettent des médicaments?

Tout à fait. L'interdiction de toute influence doit s'appliquer aux deux catégories de personnes.

Ne faudrait-il pas faire en sorte que les médecins de premier recours perçoivent un revenu correct voire supérieur à travers leurs prestations (TARMED) et ne soient pas rémunérés pour la vente de médicaments dans le cadre de la LAMal?

Les médecins de premier recours doivent être rémunérés adéquatement via le TARMED et percevoir un revenu suffisant à travers leur travail et leurs prestations, mais pas à travers la vente de médicaments. Certains cantons justifient la valeur basse des points par les revenus additionnels générés par la vente de médicaments. Si tel était vraiment le cas et si la vente de médicaments représentait une composante aussi essentielle du revenu, toute perte devrait alors être compensée. A Bâle-Campagne, canton à dispensation médicale, la valeur du point TARMED est cependant plus élevée qu'à Bâle-Ville où cette pratique est pourtant interdite.

«Les médecins de premier recours doivent être rémunérés adéquatement et percevoir un revenu suffisant à travers leur travail et leurs prestations, mais pas à travers la vente de médicaments.»

Avec effet immédiat, un médicament de la LS disponible en vente libre n'est plus remboursé par l'AOS si le fabricant fait de la publicité pour ce dernier. Avez-vous décelé d'autres fausses incitations qu'il faudrait supprimer dans le système de santé?

Je plaide pour un changement de paradigme et pour des soins intégrés comme modèle d'assurance standard. Les modèles intégrés d'assurance peuvent prendre différentes formes. Les exigences légales aux modèles intégrés d'assurance peuvent se limiter à la garantie de la qualité et à la responsabilité budgétaire des fournisseurs de prestations. Ce système permettrait de relever la position des fournisseurs de base. Les pharmaciens pourraient ainsi mieux exploiter leurs compétences pharmaceutiques pour vérifier les interactions entre médicaments et l'observance thérapeutique.

A travers la crise financière, certains semblent avoir pris conscience que la libéralisation incontrôlée des marchés peut avoir des conséquences graves. Un lien peut-il être établi avec le système de santé?

La situation catastrophique du système financier n'est pas due en priorité à la libéralisation des marchés, mais plutôt à la cupidité et à l'irresponsabilité de personnes qui vivaient dans un monde virtuel et pensaient pouvoir produire une croissance illimitée avec de l'argent virtuel. Le monde réel connaît cependant des limites partout, y compris au niveau de la croissance. Un parallèle peut facilement être tiré avec le système de santé: aujourd'hui, tout semble médicalement possible au point de pouvoir défier la mort. Pourtant, la vie prend fin tôt ou tard. Les moyens que nous pouvons investir collectivement et solidairement dans les services de santé sont également limités.

La politique doit créer des conditions qui permettent à la population d'avoir accès à des services de santé adéquats, de bonne qualité et soucieux des coûts qu'ils engendrent. Les professionnels de la santé doivent pour leur part utiliser les ressources soigneusement et avec responsabilité. ▮

Interview: PD Dr Marcel Mesnil
E-mail: info@pharmasuisse.org

Cette interview à déjà été publiée dans le dosis nº 49/3. 2009.

Agenda 2009

Februar–Juli / février–juillet

14.2.–31.7. Lust, Leid & Wissen: Eine Geschichte der Syphilis und ihrer Therapie, Pharmazie-Historisches Museum Basel, Basel

März / mars

23.–25. Europäische Jahrestagung der Drug Information Association, Berlin

25. Umdasch-Seminar: Wie Platzhirsche ihr Revier behaupten, Oberentfelden

27.–29. Interpharm 2009, Hamburg

März/April / mars/avril

30.3.–1.4. 13. Jahrestagung Gesellschaft für Dermopharmazie e.V., Heidelberg

April/avril

20. Umdasch-Seminar: Visual Merchandising für Praktiker (frz.), Renens

Mai/mai

6. Umdasch-Seminar: Visual Merchandising für Praktiker, Oberentfelden

7. Umdasch-Seminar: Visual Merchandising für Praktiker, Oberentfelden

Den Veranstaltungskalender finden Sie auch auf www.pharmaSuisse.org unter Pharmazie&Fachpublikum → Beruf Apotheker → Fortbildung FPH/Weiterbildung FPH → Veranstaltungskalender
Le calendrier des manifestations se trouve également sur www.pharmasuisse.org, sous Pharmaciens&Politique → Profession pharmacien → Formation postgraduée/Formation continue → Calendrier des manifestations.

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH**

Manifestations reconnues par la FPH officine (O), hôpital (H) et homéopathique (HOM)

Date	O/H/ Hom	titre	organisateur	lieu	heure	informations	PC/ Module	numéro d'identification	prix
Mars									
19.03.	O/H	L'asthme infantile (étude de cas online)	pnn pharma nation network ag	www.online-academy.ch		Tél. 044 225 15 00 online-academy@pnn.ch	6.25	**1**-162-63-09-P6.25	abonnement annuel «online academy 100»
26.03.	O/H	Prise en charge des extravasations lors d'administration de cytotoxiques	CHUV	Lausanne	12.15–13.00	Tél. 021 314 43 00 Andre.Pannatier@chuv.ch	6.25	**1**-103-362-09-P6.25	gratuit
30.03.	O	La contraception	Les Séminaires Sandwich	La Chaux-de-Fonds	12.15–13.45	Tél. 032 910 70 00	8.25	**1**-54-32-09-P8.25	gratuit
31.03.	O	Nozioni sulla medicina tradizionale cinese	OFCT	Biasca	19.15	Tél. 091 922 68 66 segretariato@ofct.ch	12.5	**1**-10-21-09-P12.5	gratuit
Avril									
02.04.	O/H	Monitoring pharmacothérapeutique d'antiépileptiques	CHUV	Lausanne	12.15–13.00	Tél. 021 314 43 00 Andre.Pannatier@chuv.ch	6.25	**1**-103-363-09-P6.25	gratuit
20.04.	O	Faites de votre pharmacie une référence – Module I	CAP	Neuchâtel	09.00–17.00	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	50	**3**-2-174-09-P50	Membres du CAP: 275.– Non-membres: 330.–
20.+ 21.04.	O/H	Maitrise de la fabrication aséptique en milieu hospitalier 7ème édition: partie théorique	GSASA	Genève	sur demande	Pascal.bonnabry@hcuge.ch	100	**1**-103-359-09-P100	600.–
20.– 22.04.	O	Efficiency of Pharmceutical Treatments	UNIL	Lausanne	sur demande	www.hec.unil.ch/pharma	150	**1**-189-01-09-P150	6500.–
21.04.	O	Diabète de type 2 en 2008: Nouveaux traitements et bilan	Société de pharmaciens du canton de Fribourg	Fribourg	19.30–21.00	www.pharmacies-fribourg.ch	12.5	**1**-210-02-09-P12.5	gratuit
21.04.	O	La desensibilizzazione	OFCT	Biasca	19.15	Tél. 091 922 68 66 segretariato@ofct.ch	12.5	**1**-10-22-09-P12.5	gratuit
22.04./ 29.04./ 06.05.	O/H	Maitrise de la fabrication aséptique en milieu hospitalier 7ème édition: partie pratique en salle blanche	GSASA	Genève	sur demande	Pascal.bonnabry@hcuge.ch	50	**1**-103-360-09-P50	400.–
23.04.	O	«FISH» conseils d'excellence	CAP	Morges	09.00–17.00	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	50	**4**-2-184-09-P50	Membres du CAP: 275.– Non-membres: 330.–
23.04.	O	Urgenze dermatologiche	OFCT	Mendrisio	12.30	Tél. 091 922 68 66 segretariato@ofct.ch	9	**1**-10-06-09-P9	gratuit
23.04.	O/H	Le Novoseven: Etat des lieux et expérience au CHUV	CHUV	Lausanne	12.15–13.00	Tél. 021 314 43 00 Andre.Pannatier@chuv.ch	6.25	**1**-103-364-09-P6.25	gratuit

Nous vous demandons de conserver le calendrier des manifestations FPH car les dates de ces manifestations ne seront mentionnées qu'une seule fois dans le pharmaJournal.
Domaines de compétences (correspond au 1er chiffre du numéro d'identification)
1: Compétences pharmaceutiques 2: Compétences en santé communautaire 3: Compétences en gestion 4: Compétences personnelles

→

FPH-anerkannte Veranstaltungen im Bereich Offizin (O)- und Spitalpharmazie (S) sowie klassischer Homöopathie (H)

Datum	O/S/H	Titel	Veranstalter	Ort	Zeit	Informationen	KP/Modul	ID-Nummer	Preis
März									
19.03.	O/S	Kindliches Asthma (online Fallstudie)	pnn pharma nation network ag	www.online-academy.ch		Tel. 044 225 15 00 online-academy@pnn.ch	6.25	**1**-162-63-09-P6.25	Jahresabonnement «online academy 100»
24.03.	O	Drogen in der Schwangerschaft und Stillzeit	VAW	Winterthur	19.30–21.00	Tel. 052 640 20 20 vaw.fortbildung@gmx.ch	12.5	**1**-14-32-09-P12.5	90.–
25.03.	O	Thrombosen und Antikoagulantien	pharmActuel	Bern	19.30	Fax 031 302 23 22 laenggass.apotheke@bluewin.ch	15	**1**-3-222-09-P15	Abonnenten: 20.– Nicht-Abonnenten: 30.– Studenten: 5.–
28.03.	H	Der Zugang zu Patient und Arznei	BAKH	Bern	09.00–17.00	vorlesung_bakh@mac.com	50	KH-16-02-09-P50	2000.–/Jahr, Studenten: 300.–/Jahr
April									
03.–05.04.	H	Familiensystemische Krankheiten	Simillimum	Bern	09.00–17.00	www.simillimum.ch	125	KH-10-02-09-P125	560.–
06.04.	O	Biopharmazeutika	Agfam	Zürich	08.30–12.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-8-09-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
06.04.	O	Master of Using HEIDAK – Bewegungsapparat	Heidak AG	Emmenbrücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-02-09-P50	1950.–
06.04.	O	Arbeitsrecht – Fragen rund um den Lohn	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-02-09-P50	590.–
06.04.	O	Spagyrik Lehrgang 1 «Spagyrik und akute Krankheiten»	Spagyros AG	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 959 55 88 kurse@spagyros.ch	50	**1**-142-33-09-P50	172.15
06.–10.04.	H	Schmerz	Indrani Meier	Kappel	09.00	www.indrani-meier.ch	233.5	KH-12-03-09-P233.5	860.–
06.04.+ 20.04.+ 27.04.	O	KLIPS (Klinisch Pharmakologischer Service)	Universitätsspital Basel	Basel	12.00–12.45	Tel. 061 265 88 62 raetza@uhbs.ch	8.25	**1**-244-2-09-P8.25	150.–/Semester
07.04.	O	Richtig dosieren für Jung und Alt	Agfam	Zürich	08.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	50	**1**-1-15-09-P50	380.– im 6er-Abonnement, 420.– als Einzelkurs
07.04.	O	Basic 1	Heidak AG	Emmenbrücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-01-09-P50	195.–
09.04.	O	Master of Using HEIDAK – Bewegungsapparat	Heidak AG	Emmenbrücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-02-09-P50	1950.–
15.04.	O	CERES-Tagesseminar: Die Anwendung der CERES-Heilmittel	ebi-pharm ag	Olten	09.30–17.00	Tel. 031 828 12 22 office@ebi-pharm.ch	50	**1**-30-132-09-P50	120.–
16.04.	O	Basic 3	Heidak AG	Emmenbrücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-01-09-P50	195.–
17.04.	O	World in Balance	Agfam	Zürich	13.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-14-09-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
17.04.	O	Blutdruck	Agfam	Zürich	08.30–12.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-16-09-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
18.04.	H	Fachkurs Materia Medica	Spagyros AG	Bern	12.30–16.00	Tel. 031 959 55 88 kurse@spagyros.ch	50	KH-14-05-09-P50	107.60
20.+ 21.04.	O	Führen von Projekten	SPA AG	Bern	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-75-09-P100	2760.–
21.04.	O	Atopische Dermatitis	medinform GmbH	Zürich	08.30–12.00	Tel. 044 994 75 61 mariannebeutler@medinform.ch	25	**1**-226-209-09-P25	200.–
21.04.	O	Akne für Fortgeschrittene	medinform GmbH	Zürich	13.30–17.00	Tel. 044 994 75 61 mariannebeutler@medinform.ch	25	**1**-226-210-09-P25	200.–
21.04.	O	Arbeitsrecht – Fragen rund um den Lohn	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-2-09-P50	590.–
21.04.	O	Basic 4	Heidak AG	Emmenbrücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-01-09-P50	195.–
21.+ 22.04.	O	Überzeugend auftreten – Wirkung erzielen	SPA AG	Hostellerie am Schwarzsee	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-3-09-P100	2510.–
22.04.	O	Arbeitsrecht – Beendigung des Arbeitsverhältnisses	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-3-09-P50	590.–

→

22.04.	O/S	Update Mamma-CA: Krankheitsbild, Therapie, Begleitmedikation	Universitäts-spital Basel	Basel	17.30–18.30	www.spitalpharmazie-basel.ch/lehre/fortbil-dung.html	8.25	**1**-103-356-09-P8.25	gratis
22.04.+ 29.04.+ 06.05.	O	Homotoxikologie	ebi-pharm ag	Winter-thur	09.30–17.00	Tel. 031 828 12 22 office@ebi-pharm.ch	150	**1**-30-111-09-P150	400.–
23.04.	O	Mitarbeiterführung – von Beginn an sicher (Modul II)	SPA AG	Bern	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	50	**3**-7-7-09-P50	650.–
23.04.	H	Gastvortrag mit Prof. Dr. med. Frank Nager	SAHP	Luzern	09.15–17.15	www.sahp.ch	50	KH-01-32-09-P50	200.– bis 220.–
23.04.	O	Erfahrungsaustausch Kundenorientiertes Verhalten in der Apotheke	Metabasis GmbH	Basel	09.00–13.00	Tel. +49 7153 6122971 info@metabasisgmbh.de	25	**4**-204-2-09-P25	195.–
23.+ 24.04.	O	Präsentieren als Infotainment	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	100	**4**-48-5-09-P100	3000.–
23.04.+ 30.04.+ 07.05.+ 14.05.	O	Arbeitsrecht kompakt	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	200	**3**-48-1-09-P200	2360.–
24.04.	O	Kompetenter Auftritt und souveräne Wirkung am Telefon – der richtige Draht zum Kunden	Metabasis GmbH	auf Anfrage	09.00–18.00	Tel. +49 7153 6122971 info@metabasisgmbh.de	50	**4**-204-5-09-P50	345.–
24.04.	O/S	ACCP-ESCP Premeeting symposia	GSASA	Orlando	08.00	www.escpweb.org	50	**1**-103-357-09-P50	US$ 185.– bis 365.–
25.04.	O	2. Schüssler-Kongress	ebi-pharm ag	Zürich	09.00–17.15	Tel. 031 828 12 22 office@ebi-pharm.ch	50	**1**-30-110-09-P50	120.–
25.04.	H	Analyse und Verschreibung	BAKH	Bern	09.00–17.00	vorlesung_bakh@mac.com	50	KH-16-03-09-P50	2000.–/Jahr, Studenten: 300.–/Jahr
25.04.	O	Schlagfertig + erfolgreicher	Centre Patronal	Luzern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**4**-48-6-09-P50	1450.–
25.–28.04.	O/S	ACCP-ESCP	GSASA	Orlando	07.00	www.escpweb.org	175	**1**-103-358-09-P175	US$ 455.– bis 925.–
27.–30.04.	O	Basisseminar Weleda SelbstmedikationsberaterIn	Weleda AG	Arlesheim	09.00	Tel. 061 705 21 21 mkaeser@weleda.ch	225	**1**-99-9-09-P225	400.–

Haben Sie Anregungen, Bemerkungen, Vorschläge zu Kursprogrammen oder einzelnen Kursen?
Wir freuen uns auf Ihr Feedback! Fax 031 978 58 59; kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Veuillez adresser vos remarques, suggestions et propositions concernant les programmes ou les divers cours à Madame Kathrin Zybach (fax 031 978 58 59; e-mail: kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Mitteilungen
Communications

pharmActuel
bietet aktuelle Fortbildung

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH** Fortbildungsprogramme

pharmActuel-Regionalkonferenzen

Bern

Datum: Mittwoch, 25. März 2009
Thema: **Thrombosen und Antikoagulantien**
Referent: Dr. Christoph Caliezi, Lindenhofspital Bern
ID-NR: 1-3-222-09-P15
Sponsor: Pfizer AG, Bayer Schering Pharma
Zeit: 19.30 Uhr
Ort: Hörsaal des Universitätsgebäudes Unitobler, Lerchenweg 36, Bern
Preis: Fr. 20.– für pharmActuel-Abonnenten
Fr. 30.– für Nichtabonnenten
Fr. 5.– für Studenten
Anmeldung: Länggass-Apotheke, Christine Waldner, Fax 031 302 23 22
E-Mail: laenggass.apotheke@bluewin.ch

Vorgesehene Marktrücknahme des Psoriasis-Medikaments Raptiva

Swissmedic informiert, dass vorgesehen sei, die Zulassung des Präparats Raptiva der Firma Merck Serono zu sistieren. Raptiva wird für eine Übergangsfrist, voraussichtlich bis Anfang Mai, in der Schweiz verfügbar bleiben. In dieser Zeit können alle mit Raptiva behandelten Patienten auf eine andere für sie geeignete Therapie umgestellt werden. Merck Serono wird den Fachleuten in Absprache mit Swissmedic ein weiteres Rundschreiben mit detaillierten Informationen zur Verfügung stellen.

Retrait prévu du marché du médicament Raptiva contre le psoriasis

Swissmedic prévoit de suspendre l'autorisation de la préparation Raptiva, de la société Merck Serono. Raptiva restera disponible en Suisse probablement jusqu'à début mai. Ceci permettra à tous les patients actuellement sous Raptiva de changer de traitement. D'entente avec Swissmedic, Merck Serono va adresser très bientôt une nouvelle circulaire comportant des informations détaillées aux spécialistes.

Zecken-Präventionsflyer 2009

Der neueste Aufklärungsflyer der Liga für Zeckenkranke Schweiz und des Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V. «Lassen Sie sich nicht täuschen» informiert über Borreliose, deren Symptome und die FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis). Der Flyer kann in den Sprachen Deutsch, Französisch und Italienisch direkt bei der Liga für Zeckenkranke Schweiz bestellt werden unter www.zeckenliga.ch.

Optimisation du QMS-Pharmacie

«QMS-Pharmacie», le système de gestion de la qualité développé par pharmaSuisse, est actuellement en train d'être remis à jour.

Pour l'instant, les pharmacies qui s'inscrivent au QMS peuvent choisir d'être auditées selon l'«ancien» ou le nouveau système. A partir de la mi-avril, les pharmacies qui s'inscrivent au QMS recevront la nouvelle version du Manuel de Qualité et seront auditées selon le nouveau système (à partir de juillet 2009).

Les audits pourront encore être effectués selon l'«ancien» système (à condition que le contrat soit signé avant la mi-avril) jusqu'à la mise en place des audits dans leur nouvelle forme, c'est-à-dire en juillet 2009.

Optimierung von QMS-Apotheke

«QMS-Apotheke», das von pharmaSuisse entwickelte Qualitätsmanagement-System, wird zurzeit überarbeitet.

Momentan können diejenigen Apotheken, welche sich für die Teilnahme an QMS-Apotheke einschreiben, wählen, ob sie sich nach dem «alten» oder dem neuen System auditieren lassen wollen. Ab Mitte April werden alle Apotheken, welche sich für QMS-Apotheke anmelden, die neue Version des Qualitätsmanagement-Handbuches erhalten und nach dem neuen System auditiert (ab Juli 2009).

Die Audits können noch nach dem «alten» System erfolgen (vorausgesetzt, der Vertrag wird bis Mitte April 2009 unterschrieben) bis zum Ersatz durch das überarbeitete Audit ab Juli 2009.

Ecole de pharmacie Genève-Lausanne (EPGL):

Maîtrise universitaire d'études avancées en pharmacie hospitalière (MAS)

Une formation post-graduée de trois ans pour pharmaciens diplômés aboutissant à une maîtrise universitaire d'études avancées en pharmacie hospitalière (MAS) débutera en janvier 2010 à Genève et Lausanne (en milieu hospitalier).

Le nombre de places à cette spécialisation étant limité, nous nous verrons contraints de faire un choix, après examen des dossiers et audition des candidats.

Les dossiers de candidature doivent comprendre:

→ une lettre de motivation décrivant notamment les attentes dans une telle formation;
→ un curriculum vitæ détaillé (formation, stages pharmaceutiques ou extra-pharmaceutiques, activités diverses, participation à des associations, etc.);
→ les certificats de stages ou d'activités autres;
→ les crédits ECTS obtenus ainsi que les notes réalisées lors des examens.

Délai d'inscription: 15 septembre 2009
Inscriptions et renseignements:
Prof. André Pannatier
Chef du Service de Pharmacie
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
Rue du Bugnon 46, 1011 Lausanne
Tél. 021 314 43 00, fax 021 314 49 92
E-mail: Andre.Pannatier@chuv.ch

pharmaSuisse: Neue Mitglieder
pharmaSuisse: Nouveaux membres

Um die Mitgliedschaft beim Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse bewerben sich:

Ont posé leur candidature à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse:

Apotheker/Pharmaciens
Joset Noémie, Glovelier, JU

Stud. pharm. / Etudiants pharm.
Bouchra Hmicha, Genève, GE
Felser Andrea, Meyriez, FR

Einsprachen gemäss Reglement Art. 3 Ziff. 3.2 sind innert 10 Tagen schriftlich mit Begründung an den Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld zu richten.

Selon l'art. 3 chiffres 3.2 du règlement, les oppositions éventuelles doivent être motivées et adressées par écrit, dans les 10 jours, à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld.

Wieviel Obsoletes erträgt die Magistralrezeptur?

Doris Ballinari

Am Beispiel der desinfizierenden Solutio Castellani colorata, für die immer wieder Rezepte von Dermatologen auftauchen, versucht die WIZE, den Offizinapothekern eine zeitgemässe Neuformulierung einer altbewährten, aber heute nicht mehr vetretbaren Magistralrezeptur anzubieten; auch sie ist aber mit Vorsicht zu geniessen.

Solutio Castellani colorata – zahlreiche Variationen

Index auctorum [1]	
Fuchsin	0,8
Phenol. liquefact.	4,0
Resorcin	8,0
Aceton	4,0
Spir. conc.	10,0
Acid. boric. solut. 3%	40,0
Aqua dest.	ad 100,0

FH [2]	
Fuchsinum	0,4
Phenolum liquefactum	4,0
Resorcinolum	8,0
Acidum boricum	0,8
Ethanolum 96%	15,6
Acetonum medicinale	4,0
Aqua purificata	67,2

Dermatologische Magistralrezepturen [3]	
1. Aceton	4,0
Ethanol 96%	15,6
Fuchsin Certistain C.I.42510	0,4
Wasser gereinigt	68,0
Resorcin	8,0
Phenol verflüssigt 80%	4,0
2. Aceton	4,0
Ethanol 96%	12,4
Fuchsin	0,5
Wasser gereinigt	74,0
Resorcin	8,0
Chlorcresol	0,1
Ascorbinsäure	1,0
3. Aceton	4,0
Ethanol 96%	9,5
Fuchsin Certistain C.I.42510	0,5
Wasser gereinigt	74,0
Resorcin	8,0
Phenol 85%	4,0

Wirkungen, Indikationen, Dosierung

Die antiseptische und antiparasitäre Wirkung der gefärbten Castellani-Lösung, die früher, auch unter der Bezeichnung «Karbolfuchsinlösung», in der dermatologischen Praxis häufig verwendet wurde, beruht auf der Kombination ihrer Wirkstoffe. Die Lösung wirkt auch juckreizstillend, austrocknend, gerbend, adstringierend, abschorfend und antiproliferativ. Sie ist dank ihres breiten Wirkungsspektrums bei verschiedenen Hautkrankheiten indiziert, die durch Dermatophyten, Hefen und zahlreiche Mikroben hervorgerufen werden, sowie zur Behandlung pseudoallergischer Hautaffektionen und Neurodermitis [2]. Intertriginöse Infektionen (nässende Hautmykosen, Tinea pedis) und verschiedene Ekzemformen, vor allem in subakuten und chronischen Stadien, sind «beliebte» Indikationen [3]. Der Farbstoff Fuchsin ist wirksam gegen Strepto- und Staphylokokken und andere, vor allem grampositive Keime; zusätzlich wirkt er auch (schwach? [5]) antimykotisch [3]. Die Lösung wird 1- bis 3-mal täglich, nie grossflächig, mit einem Wattestäbchen (-bausch) oder Pinsel auf die zuvor mit Wasser gereinigte und getrocknete Haut aufgetragen und die behandelte Stelle gegebenenfalls abgedeckt [2,3]. Cave: Verfärbung der Kleidung und Wäsche!

Die Wirkstoffe

Phenol, Resorcinol, Chlorocresol und Borsäure gehören ganz klar auf die Liste der obsoleten Arzneistoffe [3 (obsolete Wirkstoffe), 4]: sie sind bedenklich und umstritten, da potenziell allergen, toxisch, strumigen und kanzerogen. Der Apotheker muss sich also bei Erhalt eines Rezepts für Solutio Castellani colorata verpflichtet fühlen, dem Arzt eine unbedenkliche Rezeptur vorzuschlagen. Ist dieser, evtl. wegen der zusätzlichen Wirkungen der Castellani-Lösung, nicht bereit, auf ein anderes Desinfiziens, wie z.B. Chlorhexidin, umzusteigen, so bleibt Fuchsin als einziger Wirkstoff der alten Zusammensetzung vertretbar. Das Neue Rezeptur-Formularium NRF hat für diesen Fall eine Formulierung ausgearbeitet [5]:

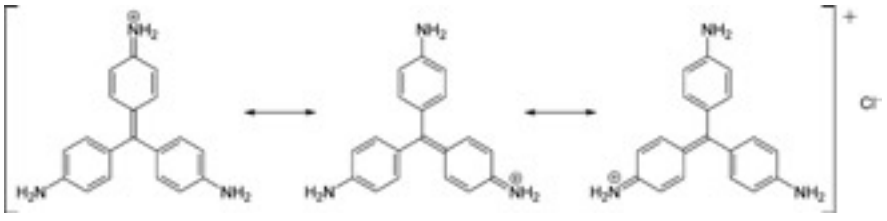
Ethanolhaltige Fuchsin-Lösung 0,5% NRF 11.26

5%ige ethanolische Fuchsin-Stammlösung	
(Fuchsin in Ethanol 70%)	5,0
Ethanol 96%	10,0
Gereinigtes Wasser	ad 50,0

Mikrobiell nicht anfällig (Fuchsin und Ethanol, keine zusätzliche Konservierung); Haltbarkeit und Aufbrauchsfrist in Glasflasche: sechs Monate.

Fuchsin

Die Applikation des Arzneimittelfarbstoffs Fuchsin (Synonyma: Rosanilin, Anilinrot, Diamantfuchsin, Brillantfuchsin, Basic Violet 14, Basic Magenta), eines des-



Fuchsinhydrochlorid, mesomeriestabilisiert

infizierenden kationischen Triarylmethanfarbstoffs, ist auch nicht völlig unumstritten: er darf wegen Nekrosegefahr nicht auf, auch nur wenig, geschädigter Haut angewendet werden und kann Irritationen und Allergien auslösen. Fuchsin darf nicht grossflächig bei Kleinkindern, Schwangeren und schwerkranken Patienten aufgetragen werden. Im Gegensatz zu andern Farbstoffen wird Fuchsin aber nicht als krebserregend, erbgutverändernd oder fortpflanzungsgefährdend eingestuft [5 (Farbstoffe)]. Das Problem, dass Farbstoffe meist nicht in geeigneter Qualität vorliegen, stellt sich für Fuchsin nicht: laut NRF genügt das Fuchsin für Mikroskopie C.I. 42510 (Certistain) den pharmazeutischen Anforderungen.

Fazit

Die Frage «Wieviel Obsoletes erträgt die Magistralrezeptur?» kann nicht eindeutig beantwortet werden; im Fall der Solutio Castellani colorata kommt das NRF zum Schluss: «Derzeit ist praktisch keine Situation vorstellbar, in der die Castellanische Lösung, auch in einer Borsäure-, Phenol-, Resorcinol- oder Chlorocresol-freien Modifikation, auf ärztliche Verordnung abgegeben werden sollte», ein Statement, das die WIZE voll unterstützt.

Übrigens: pharmaSuisse, die AKA, die Kantonsapotheker und Swissmedic haben sich für ein Projekt, in dem alte Rezepturen gesammelt und gesichtet werden und eine Gefährdungsbeurteilung der Wirkstoffe vorgenommen wird, zusammengetan. Die Apotheker dürfen auf die Resultate gespannt sein! ▮

Referenzen

[1] Index auctorum 1969, Schweiz. Apothekerverein

[2] Formularium Helveticum 1991, Schweiz. Apothekerverein

[3] www.magistralrezepturen.ch

[4] www.dac-nrf.de (Castellanische Lösung, umstrittene Rezepturen)

[5] Neues Rezeptur-Formularium, Govi-Verlag: Ringblatt-Ordner, fortlaufend aktualisiert

Korrespondenzadresse

Doris Ballinari, Apothekerin pharmaSuisse

E-Mail: doris.ballinari@pharmasuisse.org

Wissenschaftliche Zentralstelle (WIZE)

E-Mail: wize@pharmasuisse.org

Tel. 031 978 58 50, Fax 031 978 58 59

Bürozeiten: Montag–Freitag 8–12 Uhr und 13.30–18 Uhr

Die Dienstleistung ist für pharmaSuisse-Mitgliedsapotheken kostenlos, für Nicht-Mitgliedsapotheken kostenpflichtig.

La WIZE informe sur une nouvelle formulation de la solution de Castellani colorée

Préparations magistrales: séparer le bon grain de l'ivraie

Doris Ballinari

Le centre scientifique de pharmaSuisse souhaite proposer aux pharmaciens d'officine des formulations plus modernes de préparations magistrales obsolètes. Prenons l'exemple de la «solution de Castellani colorée»: un désinfectant encore prescrit de temps en temps par les dermatologues. La variante proposée est aussi à prendre avec prudence.

Solution de Castellani colorée – De nombreuses variantes

Index auctorum [1]

Fuchsine	0,8
Phenol. liquefact.	4,0
Résorcine	8,0
Acétone	4,0
Spir. conc.	10,0
Acid. boric. solut. 3%	40,0
Aqua dest.	ad 100,0

FH [2]

Fuchsinum	0,4
Phenolum liquefactum	4,0
Resorcinolum	8,0
Acidum boricum	0,8
Ethanolum 96%	15,6
Acetonum medicinale	4,0
Aqua purificata	67,2

Préparations magistrales dermatologiques [3]

1. Acétone	4,0
Ethanol à 96%	15,6
Fuchsine	0,4
Eau purifiée	68,0
Résorcinol	8,0
Phenol	4,0
2. Acétone	4,0
Ethanol à 96%	12,4
Fuchsine	0,5
Eau purifiée	4,0
Résorcinol	8,0
Chlorocrésol	0,1
Acide ascorbique	1,0
3. Acétone	4,0
Ethanol à 96%	9,5
Fuchsine Certistain CI 42510	0,5
Eau purifiée	74,0
Résorcinol	8,0
Phénol 85%	4,0

Effets, indications, posologie

La solution de Castellani colorée, aussi connue sous le nom de «solution de fuchsine phéniquée» possède un effet antiseptique et antiparasitaire qui repose sur la combinaison de ses composants. Elle était souvent utilisée, autrefois, en pratique dermatologique. La solution a aussi un effet anti-prurigineux, desséchant, tannant, astringent, anti-croûteux et antiprolifératif. Grâce à son large spectre d'action, elle est indiquée dans différentes maladies cutanées dues à des dermatophytes, des champignons et de nombreux microbes. Elle peut aussi être utilisée dans le traitement d'affections cutanées pseudoallergiques et de la neurodermite [2]. Les infections intertrigineuses (mycoses cutanées humides, Tinea pedis), ainsi que différentes formes d'eczéma, surtout à des stades subaigus et chroniques, constituent les indications «courantes» [3]. La fuchsine est un colorant actif contre les streptocoques, les staphylocoques et contre d'autres germes Gram-positifs. Accessoirement, elle possède (une faible? [5]) activité antimycoti-

que [3]. La solution est appliquée une à trois fois par jour, jamais sur une grande surface, avec un coton-tige ou un pinceau sur une peau préalablement nettoyée à l'eau et séchée; le cas échéant, un pansement doit être appliqué sur la zone traitée [2,3]. Attention à la coloration des vêtements et du linge!

Les principes actifs

Phénol, résorcinol, chlorocrésol et acide borique appartiennent très clairement à la liste des substances obsolètes [3 («obsolete Wirkstoffe»),4]: ce sont des produits douteux et controversés en raison de leurs potentiels effets allergisants, toxiques, strumigènes (facilite la survenue d'un goitre) et cancérigènes. Lorsqu'il reçoit une ordonnance pour une solution de Castellani colorée, le pharmacien doit donc impérativement conseiller une meilleure alternative au médecin. Si ce dernier n'est pas prêt à se tourner vers un autre désinfectant, tel que la chlorhéxidine, en raison des effets supplémentaires de la solution de Castellani, la fuchsine reste la seule substance valable de l'ancienne composition. Le NRF («Neue Rezeptur-Formularium») a élaboré une nouvelle formulation pour ce cas de figure [5]:

Solution alcoolique de fuchsine à 0,5% NRF 11.26

Solution-mère de fuchsine 5% (Fuchsine dans éthanol 70%)	5,0
Ethanol 96%	10,0
Eau purifiée	ad 50,0

La présence de fuchsine et d'alcool permet d'éviter l'emploi d'agents conservateurs; délai de conservation et d'emploi dans un flacon en verre: six mois.

Fuchsine

L'application de la fuchsine (synonymes: rosaniline, rouge d'aniline, fuchsine diamant, fuchsine brillant, violet basique 14, magenta basique), un colorant triarylméthane cationique désinfectant, n'est pas incontestée non plus; en raison d'un risque de nécrose, la fuchsine ne doit pas être utilisée, même en petite quantité, sur une peau lésée. Elle peut en effet déclencher des irritations et des allergies. La fuchsine ne doit pas être utilisée sur de grandes surfaces chez les nourrissons, les femmes enceintes et les patients gravement malades. À la différence d'autres colorants, la fuchsine n'est toutefois pas classée comme cancérigène, génotoxique, ou susceptible d'avoir des effets délétères sur la reproduction [5 («Farbstoffe»)]. Le problème de la qualité souvent mauvaise des colorants n'existe pas pour la fuchsine: selon le NRF, la fuchsine C.I. 42510 (Certistain) destinée aux examens en microscopie a une qualité suffisante pour un emploi pharmaceutique.

Conclusion

Il est difficile de dire combien de substances obsolètes persistent dans nos préparations magistrales. Dans le cas de la solution de Castellani colorée, le NRF conclut: «Actuellement, il n'existe pratiquement aucune situation qui justifierait une délivrance sur prescription médicale de la solution de Castellani; il en va de même pour les versions modifiées sans acide borique, phénol, résorcinol ou chlorocrésol». Le centre scientifique de pharmaSuisse soutient entièrement cette affirmation.

L'ensemble des préparations magistrales devraient être passées au crible afin d'évaluer leur bénéfice et risques. Un projet de pharmaSuisse réunissant la CMPS, les pharmaciens cantonaux ainsi que Swissmedic va dans ce sens. Les pharmaciens attendent les résultats avec impatience! ∎

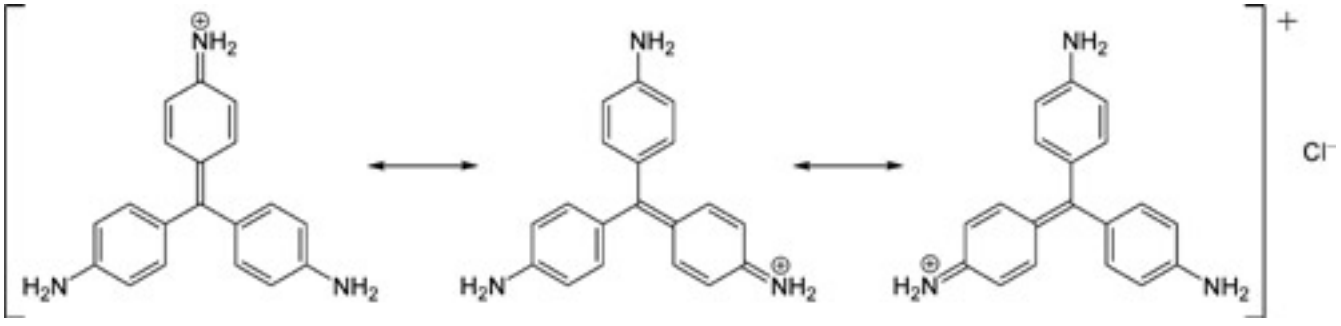
Références

[1] Index auctorum 1969. Société Suisse de Pharmacie
[2] Formularium Helveticum 1991. Société Suisse de Pharmacie
[3] www.magistralrezepturen.ch
[4] www.dac-nrf.de (Castellanische Lösung, umstrittene Rezepturen)
[5] Neues Rezeptur-Formularium, Govi-Verlag; classeur à anneaux, mises à jour régulières

Adresse de correspondance

Doris Ballinari, pharmacienne de pharmaSuisse
E-mail: doris.ballinari@pharmasuisse.org

Centre scientifique de pharmaSuisse (WIZE)
E-mail: wize@pharmasuisse.org
Tél. 031 978 58 50
Fax 031 978 58 59
Heures d'ouverture: du lundi au vendredi, de 8 h 00 à 12 h 00 et de 13 h 30 à 18 h 00
La prestation est gratuite pour les pharmacies membres de pharmaSuisse et payante pour les pharmacies non-membres.



Chlorhydrate de fuchsine, stabilisé par mésomérie

Standortbestimmung der SAPP

Sara Iten

Am 4. Dezember 2008 fand die 1. Jahrestagung der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Perinatale Pharmakologie (SAPP) statt. Die Gründung der SAPP wurde Ende 2007 initiiert durch deren heutige Präsidentin, Prof. Dr. pharm. Ursula von Mandach, tätig am Universitätsspital Zürich als Leiterin der Forschungsgruppe Perinatale Pharmakologie und klinische Pharmazeutin Forschung Geburtshilfe.

Die SAPP

Die SAPP soll ein Ansprechpartner für Akteure rund um die Perinatale Pharmakologie sein, wo Informationen aus Forschung, Industrie, Behörden und Praxis zusammenkommen und so für alle austauschbar werden. Ziel der SAPP ist es, die Anwendung von Arzneimitteln und anderen Substanzen in Schwangerschaft und Stillzeit mit Hilfe von Guidelines, einfach zugänglichen Datenbanken, Stellungnahmen und regelmässigen Fortbildungen praktisch machbarer und damit auch sicherer zu gestalten.

Datenlage – wo stehen wir heute?

In einem ersten Teil berichteten drei ausgewiesene Fachleute (Dr. Alice Panchaud PhD aus Lausanne, Dr. med. Wolfgang E. Paulus, Leiter für Reproduktionstoxikologie aus Ravensburg und Dr. med. Christof Schaefer, Ärztlicher Leiter Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie in Berlin) über die Datenbasis der Medikamente zur Anwendung in Schwangerschaft und Stillzeit mit dem Fokus auf die Teratovigilanz. Es resultiert daraus nicht selten eine Fehleinschätzung des Medikamentenrisikos mit der Folge, dass notwendige Medikamente nicht verschrieben oder nicht eingenommen werden, nach bereits erfolgter Einnahme erwünschte Schwangerschaften abgebrochen werden, unnötige Diagnostik (z.B. Amniozentese) durchgeführt wird oder unzureichend erprobte oder riskante Medikamente mit erhöhtem Risiko für das Ungeborene verschrieben werden.

Die Zentren bieten den Fachleuten Beratungen zu potenziellen v.a. auf das ungeborene/neugeborene Kind bezogene Gefahren, die mit der Einnahme von Arzneimitteln in der Schwangerschaft und Stillzeit verbunden sind. Bei Arzneimittelexpositionen, von denen die Zentren Kenntnis haben, werden Daten zum Schwangerschaftsverlauf und dem Befinden des Neugeborenen in Datenbanken gesammelt. Die Daten werden anonym mit den anderen Mitgliedszentren des Europäischen Netzwerks für Teratovigilanz (ENTIS) ausgetauscht. In Ravensburg werden beispielsweise bei jährlich 4500 Konsultationen ca. 52 Prozent der Anfragen in die Follow-up-Prozedur eingeschlossen. Die Rückmeldequote kann durch intensives Nachfragen auf ca. 73 Prozent gesteigert werden. Die Datenbank verfügt derzeit über ca. 18500 komplette Falldokumentationen. In Berlin wurden 2007 von 13031 Beratungen über 3000 Schwangere mit rund 10000 relevanten Expositionen einem Follow-Up-Verfahren unterworfen, d.h. im Durchschnitt nahm jede Schwangere 3,3 Medikamente ein. Daraus wurden ca. 300 UAW-Berichte generiert. Die erhobenen Daten fliessen ausserdem in epidemiologische Beobachtungsstudien ein.

Aus ethischen Gründen verbieten sich randomisierte kontrollierte Studien zur Medikamentenexposition in der Schwangerschaft weitgehend. Deshalb gelingt eine Bewertung von Abort- und Fehlbildungsrisiken nur durch Nachverfolgung von Medikationen nach Kontaktaufnahme in der Frühgravidität.

Weitere Informationen:
www.swisstis.ch,
www.reprotox.de,
www.embryotox.de.

Kinder und Arzneimittelentwicklung

Dr. med., Dr. sc. nat. Klaus Rose, Head Pediatrics, F. Hoffmann-La Roche Ltd., Basel

Medikamentenstudien an gesunden Kindern sind grundsätzlich nicht erlaubt. Klinische Pharmakologiestudien sind nur als Teil von therapeutischen Studien erlaubt. Vorgängig muss die klinische Wirksamkeit einer Substanz an Erwachsenen nachgewiesen sein. Je weiter das Medikament in der Erwachsenentestung voranschreitet, desto konkreter werden die kindlichen Entwicklungspläne (= Pediatric Investigation Plan PIP).

In der EU trat im Januar 2007 die «Pediatric Regulation» in Kraft, die pharmazeutische Firmen zur Berücksichtigung von Kindern in der Arzneimittelentwicklung verpflichtet und dafür am Ende der Patentlaufzeit eine Patentverlängerung von sechs Monaten einräumt.

Diese europäische Gesetzgebung ist neu und die Zulassungsbehörden (national und international) sind gegenwärtig daran, sich in diesem System zurechtzufinden.

Arzneimittelrichtlinien für die Pädiatrie

Dr. sc. nat. Stephan Buchmann, Actelion Pharmaceuticals Ltd, Allschwil

Für die Marktzulassung eines Arzneimittels in der EU sind seit 2007 auch Studien über die Verwendung

dieses Arzneimittels in der Pädiatrie erforderlich. Das bedeutet, dass in die Entwicklung geeigneter Darreichungsformen investiert werden muss. Physiologisch verträgliche Formulierungen, toxikologisch unproblematische Hilfsstoffe und ausreichende Stabilität sind prioritär. Für Früh- und Neugeborene sowie Kleinkinder sollten spezielle Darreichungsformen gemäss der EMEA (Reflection paper: Formulations of choice for the pediatric population) entwickelt und vermarktet werden. Spital- und Offizinapotheken bieten zusätzlich Hand durch fallweise Herstellung von Magistralrezepturen.

Swissmedic: Gesetzliche Vorgaben und Empfehlungen

Dr. med. Robert Kenzelmann, Head Clinical Research Division R&D, Spirig Pharma AG, Egerkingen

Mit der Ausnahme, dass in der «Verordnung des Schweizerischen Heilmittelinstituts über die Anforderungen an die Zulassung von Arzneimitteln» die Anforderungen an die Inhalte der Fach- und Patienteninformationen auch betreffend Schwangerschaft und Stillzeit vorgeschrieben werden, sind in der Schweizerischen Gesetzgebung die Schwangeren und Stillenden nicht expressis verbis erwähnt

Hinsichtlich der klinischen Versuche (HMG und VKlin) sind keine speziellen Empfehlungen bezüglich Schwangerschaft und Stillzeit zu finden. Es ist somit nicht verboten, mit schwangeren und/oder stillenden Frauen klinische Versuche durchzuführen, aber die Sicherheitsvorkehrungen bedürfen der besonderen Aufmerksamkeit. Das HMG schreibt vor, dass international anerkannte Richtlinien und Normen berücksichtigt werden müssen. In diesem Sinne können die «International Ethical Guidelines für Biomedical Research involving human subjects» des Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) zu Rate gezogen werden.

Chirale Arzneimittel in der Schwangerschaft

Dr. sc. nat. Irmgard A. Werner, Institut für pharmazeutische Wissenschaften, ETH Zürich

Bei Thalidomid – die schlimmen Folgen sind immer noch allgegenwärtig – waren unterschiedliche chirale Formen die Ursache für die sedierende und teratogene Wirkung. Weltweit betrachtet sind rund 50 Prozent Racemate, davon wieder weniger als die Hälfte Enantiomere. Von Jahr zu Jahr kommen durch die Fortschritte der Synthesewege und der Aufreinigungen immer mehr Enantiomere auf den Markt, nicht zuletzt auch auf Druck der Zulassungsbehörden. Sorgfältige klinische Studien, eine angepasste Dosierung bei Umstellung auf ein Enantiomer, eine seriöse Kontrolle der Ausgangsstoffe und der Endprodukte und schliesslich zuverlässige Meldungen sind immer noch die besten Instrumente zur Patientensicherheit.

Cannabis Konsum in der Schwangerschaft

Prof. Dr. pharm. Rudolf Brenneisen, Dept. Clinical Research, Bern

Die meisten Cannabinoide, wie das in Cannabis vorherrschende THC, passieren leicht die Plazentaschranke und zirkulieren so im fetalen System. THC steht in Konkurrenz am gleichen Rezeptor mit Anandamid (AA), welches für eine erfolgreiche Schwangerschaft wichtig ist. Exocannobinoide wie THC haben einen ungünstigen Einfluss auf die Gehirnentwicklung. Es ist aber unwahrscheinlich, dass der Cannabiskonsum während der Schwangerschaft embryonale resp. fetale Missbildungen hervorruft. Pränatale Tabakexposition ist wesentlich schädlicher für Intelligenz und Kognition als eine pränatale Marihuanaexposition.

Weitere Informationen: http://www.phytopharm.dkf.unibe.ch/.

Pflanzliche Extrakte und Präparate in der Schwangerschaft

Dr. sc. nat. Beatrix Falch, Apothekerin, Lehrbeauftragte ETHZ

Es existiert eine Vielzahl von pflanzlichen Zubereitungen, die von Hebammen und phytotherapeutisch orientierten Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern bei Beschwerden in Schwangerschaft und Stillzeit regelmässig empfohlen und als risikoarm eingestuft werden. Schwangere und Stillende ziehen sie chemisch-synthetischen Präparaten vor. Verunsicherungen treten trotzdem immer wieder auf, v.a. wenn es sich um eine weniger gebräuchliche Arzneipflanze oder eine Arzneipflanze mit potenziell schädlichen Inhaltsstoffen handelt.

Ein grosser Bedarf besteht an klinischen Untersuchungen zu Wirksamkeit und Sicherheit von pflanzlichen Zubereitungen während Schwangerschaft und Stillzeit. Da dies nicht in nützlicher Frist möglich ist, gilt es, das gesamte bisherige Datenmaterial zu sichten und zu bündeln, um Empfehlungen zu formulieren. Dies kann als Grundlage für eine offizielle Positiv-/Negativliste dienen, die aktualisiert werden soll. ▮

Korrespondenzadresse
Sara Iten, Apothekerin pharmaSuisse
E-Mail: sara.iten@pharmasuisse.org

Weitere Informationen:
SAPP, Prof. Dr. pharm. Ursula von Mandach
Universitätsspital, Forschung Geburtshilfe
Frauenklinikstrasse 10, 8091 Zürich
www.sappinfo.ch

07 | 4.2009

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 2.4.2009, 147. Jahrgang

Nr. | No
07



Leber und Galle

in der Komplementärmedizin S. 5

Foie et vésicule biliaire

dans la médecine complémentaire p. 8

→ Pharmazie und Medizin · Pharmacie et médecine

Jahrestagung Phytotherapie

Congrès annuel de phytothérapie

Homéopathie: aménorrhée

Homöopathie: Amenorrhoe

Liste des antidotes

→ Politik · Politique

Networking thanks to FIP

→ Markt · Economie

Medikamentenpreise: Parlamentarischer Vorstoss

Concept d'approvisionnement d'urgence

Antidotes contre les intoxications 2009

Hugo Kupferschmidt

Le groupe de travail «Antidotes» du Centre suisse d'information toxicologique (CSIT) et de la Société suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux (GSASA) a remis à jour la liste suisse des antidotes et l'a publié dans le Bulletin de l'OFSP 2009/11. Cette liste indique le type des antidotes et leur disponibilité.

Ne sont inclues dans la liste que des substances qui ne font pas déjà partie de l'équipement normal des pharmacies publiques et des pharmacies d'hôpital, et qui correspondent aux critères suivants:

→ utilisation de la substance comme antidote classique;
→ utilisation antidotale d'un médicament peu répandu dans les hôpitaux;
→ l'utilisation antidotale exige des quantités plus importantes que celles normalement en stock dans un hôpital;
→ l'utilisation comme antidote est peu connue.

La liste reflète plus le souci d'une distribution sûre des antidotes sélectionnés qu'un souci d'exhaustivité. Le système qui couvre l'ensemble du territoire national a été approuvé en 1986 par la Conférence des directeurs sanitaires qui l'ont confirmée en 2005. Le conseil de fondation du Centre suisse d'information toxicologique salue ce concept d'approvisionnement d'urgence et soutient son maintien avec la présente liste des antidotes, qui en constitue la base.

L'antidotaire suisse se compose de trois assortiments complémentaires, qui tiennent compte de la fréquence des intoxications, du lieu d'emploi des antidotes et de critères logistiques. Un assortiment de base se trouve dans tous les hôpitaux de soins urgents et toutes les pharmacies publiques, un assortiment complémentaire seulement dans des centres régionaux qui sont situés dans les hôpitaux les plus importants (table). Ces assortiments forment la base pour un approvisionnement médical optimal des situations d'urgence dans le domaine des intoxications.

Une partie des préparations ne disposent pas d'autorisation pour un usage en tant qu'antidote (dénommé «off-label use»). Un exemple représentatif est l'infiltration sous-cutanée de calcium glubionate en cas de brûlure par de l'acide fluorhydrique. Pour maintes raisons, il n'est souvent pas possible d'étendre l'usage et l'indication d'une substance, qui est en main des fournisseurs. Dans ces cas, la liste des antidotes recommande tout de même l'utilisation «off-label».

Disponibilité des antidotes

Plus de la moitié des préparations de la liste des antidotes n'a pas d'autorisation régulière et doit être commandée selon l'article 36 de l'ordonnance sur les autorisations dans le domaine des médicaments (OAMéd), soit directement chez le fabricant, soit par des pharmacies internationales. Seul dans l'assortiment complémentaire des centres régionaux, il y a des antidotes sans autorisation en Suisse, mais avec un enregistrement étranger (charbon actif, néostigmine et calcium gluconate hydrogel en sont des exceptions). On peut obtenir ces produits d'urgence en qualité irréprochable, soit chez un fournisseur reconnu, soit en les produisant à la pharmacie. Vous trouverez une liste à jour avec les sources d'approvisionnement dans l'annexe (chapitre F). Les antidotes enregistrés en Suisse peuvent être obtenus par la voie usuelle utilisée pour les autres médicaments.

Actuellement, Swissmedic développe un concept pour l'autorisation simplifiée et dirigée sur la pratique pour les antidotes de l'assortiment rarement utilisés. Ceci doit se faire dans le sens d'un «well es-

Table: Liste des centres régionaux

Aarau	Kantonsspital Aarau AG	062 838 41 41
Baar	Notfallzentrum Kantonsspital	041 399 11 44
Basel	Universitätsspital	061 265 25 25
Bellinzona	Ospedale San Giovanni Bellinzona	091 811 91 11
Bern	Inselspital	031 632 21 11
Biel	Spitalzentrum Biel	032 324 48 60
Chur	Kantonsspital Graubünden	081 256 61 11
Delémont	Hôpital de Jura	032 421 21 21
Fribourg	Hôpital cantonal HFR	026 426 71 11
Genève	Hôpital universitaire (HUG)	022 372 33 11
Interlaken	FMI Spital Interlaken	033 826 26 26
Lausanne	CHUV	021 314 11 11
Lugano	Ospedale civico	091 811 61 11
Luzern	Kantonsspital	041 205 11 11
Münsterlingen	Kantonsspital	071 686 11 11
Neuchâtel	Hôpital Pourtalès	032 713 43 00
Samedan	Spital Oberengadin	081 851 81 11
St. Gallen	Kantonsspital	071 494 11 11
Schaffhausen	Spitäler Schaffhausen	052 634 34 34
Schwyz	Spital Schwyz	041 818 41 41
Sion	Hôpital de Sion	027 603 40 00
Solothurn	Spitäler AG	032 627 31 21
Winterthur	Kantonsspital	052 266 25 40
Zürich	Universitätsspital	044 255 21 11
Zürich	Stadtspital Triemli	044 466 22 20

Die deutsche Version wird im pharmaJournal 8/09 publiziert.

tablished use» (selon OASMéd art. 12, al. 3, lit. c). C'est-à-dire qu'un médicament est utilisé depuis au minimum 10 ans, que son efficacité et sa sécurité sont bien documentés et généralement reconnus dans la littérature scientifique. Pour plusieurs antidotes en usage depuis longtemps, il s'avère en pratique difficile de rassembler des données scientifiques ou même des données de la littérature suffisantes pour documenter l'autorisation d'une nouvelle préparation sur la base d'une efficacité et sécurité démontrées, conformément aux normes actuelles («Evidence Based Medicine»). Selon ce concept, les préparations d'antidotes rarement utilisées seraient considérées comme «well established», et leur autorisation devraient s'appuyer sur une documentation qualité complète, telle que disponible auprès du fabricant. Le manque d'études précliniques et cliniques sera compensé par une surveillance renforcée des effets secondaires et de l'efficacité clinique dans le cadre d'une documentation adéquate des cas d'intoxication.

Le réseau des dépôts suisses d'antivenins [1] a délivré des antivenins à quatorze reprises en 2008 (Viperfav 6×, Antivipmyn 1×, Black Snake Antivenom 1×, CroFab 2×, Green Pit Viper 1×, SAIMR Polyvalent 3×). Dans six cas, les antivenins n'ont pas été nécessaires et ont été retournés. En 2008, le CSIT a enregistré 58 cas ayant trait à des morsures de serpents chez l'homme (18 enfants de moins de 16 ans et 40 adultes), 35 concernant des serpents indigènes, 23 des serpents exotiques. Dans 39 cas, il s'agissait de serpents venimeux, dont dix en captivité.

Nouveau en 2009

→ La pharmacie hospitalière d'Aarau a cessé sa production d'antidotes à fin 2008. Il est donc nécessaire de s'adresser à d'autres fabricants pour les préparations telles que le charbon actif sous forme de suspension, le calcium glubionate en gel, l'atropine en flacon de 100 ml et du physostigmine (annexe de la liste des antidotes). Le groupe de travail remercie la pharmacie hospitalière d'Aarau pour son fidèle engagement dans le domaine des antidotes. La pharmacie de l'armée va désormais devenir active dans le secteur des antidotes. A l'avenir, D. Heer et Th. Meister prendront par conséquent place dans le groupe de travail en tant que représentants de la pharmacie de l'armée.

Note concernant le charbon actif et le calcium gluconate hydrogel

L'attention des pharmaciens est attirée sur le fait qu'il n'y a pas actuellement de préparations autorisées de charbon actif et de calcium gluconate hydrogel en Suisse. Ces produits d'urgence doivent être obtenus à l'étranger (voir l'annexe de la liste des antidotes pour les préparations et les fournisseurs). Alternativement, il y a la possibilité de l'autoproduction selon FC. Le groupe de travail «Antidota» GSASA-STIZ est en train de chercher des nouvelles solutions pour ce problème.

→ Le producteur Streuli a révoqué l'autorisation de l'Atropin 1 ml (0,5 mg/ml) au 5.6.2008. Un produit comparable est offert par Amino, Bichsel et Sintetica comme produit de la Pharmacopée.

→ Selon les informations du fournisseur, les ampoules Dimaval® ainsi que les capsules (DMPS) sont à nouveau disponibles.

→ La néostigmine n'est plus produite en Suisse et il faudra donc faire appel aux fournisseurs étrangers.

→ Il y a de nouvelles publications dans la littérature scientifique non seulement sur l'administation intravéneuse établie, mais encore sur le succès de l'injection intrathécale de glucarpidase (carboxypeptidase G2, Voraxase®) après l'administration intrathécale de méthotrexate [2,3].

→ Le dexrazoxan, qui est utilisé dans le domaine de l'oncologie contre la toxicité cardiaque des anthracyclines depuis plus de 25 ans, est également efficace en cas d'extravasations accidentelles. Après une administration par voie intraveineuse, suite à une extravasation de ce type, seul le 1,8% des nécroses et ulcères cutanés ont requis un traitement contre 25–50% lors de contrôles historiques [4,5]. La dose utilisée s'est élevée à 1000 (jour 1), 1000 (jour 2) et 500 (jour 3) mg/m² par jour et la thérapie a été initiée dans les six premières heures après l'extravasation.
Une petite étude au Népal [6] démontre que le bleu de méthylène est plus efficace contre la méthémoglobinémie lorsqu'il est administré de manière continue plutôt qu'intermittente. Chez onze enfants de 38 à 61 mois, sous thérapie antilépreuse avec dapsone, ayant au départ un taux de méthémoglobine moyen de 52,7%, on a constaté que ce taux était de 25% plus bas lors d'une administration continue que lors d'une prise intermittente (dose cumulée identique).

→ Tous les ans, à partir de 2009, les centres régionaux confirment (sur demande) la disponibilité des antidotes au groupe de travail. Ce moyen permet de rencenser les manques à combler.

La liste des antidotes paraît régulièrement tous les ans dans le Bulletin de l'OFSP. Elle peut être consultée aussi sur www.toxi.ch (ce site comprend aussi des liens vers des informations complémentaires – monographies antidotes, informations pour professionnels) ou www.pharmasuisse.org. ∎

Groupe de travail «Antidotes» du Centre suisse d'information toxicologique (CSIT) et de la Société suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux (GSASA).

Adresse de correspondance

Dr méd. Hugo Kupferschmidt, directeur
Centre suisse d'information toxicologique
Freiestrasse 16, CH-8032 Zurich
Tél. +41-1-634 1020, fax +41-1-252 8833
E-mail: hkupferschmidt@toxi.ch

Literature

sur www.pharmasuisse.org

Interview with pharmaSuisse President Dominique Jordan: Retrospect on the FIP Congress 2008 in Basel

International Exchange: Guaranteed Success for Pharmacies

The 68th FIP Congress (FIP: Fédération de Pharmacie) in Basel last summer has given important impulses to Swiss pharmacists. Dominique Jordan, pharmaSuisse President and Member of CPS (Community Pharmacy Section) Executive Committee (EXCO) of FIP since 2006, is sure of this. In view of urgent problems such as counterfeit medicines, internet medicine sales and the changing role of the pharmaceutical profession international networking is becoming more and more important. The exchange across country borders makes it possible to find out which structural changes are necessary and feasible to prepare the pharmaceutical profession for the challenges in a constantly changing environment.

The FIP Congress in Basel last summer broke all records. What was the recipe for success?

Yes, we are delightful that so many committed and interested pharmacists turned up in Basel. There are many reasons for this. Certainly, Switzerland enjoys a good reputation. In addition, Swiss pharmacies are internationally considered to be the standard with respect to quality and innovation. Last but not least the FIP's outstanding congress organisation was able to highlight the characteristics of Switzerland and present them attractively.

Did the topic of "Counterfeit Medicines" also arouse a lot of interest?

This is surely one of the hottest topics in our field. It has been found that counterfeit medicines have become a global problem and cannot be restricted to the black market and dubious sources any longer. We were shown examples where counterfeit medicines surfaced in hospitals in the USA and Europe, and that they are extremely difficult to detect because the counterfeiters are becoming increasingly professional and sophisticated. Clearly internet distributors are a big problem, too. Here everything from original products to perfect counterfeits and cheap generics is available. Personally I was very impressed by how ruthlessly these gangs operate and how recklessly they endanger patients. This phenomenon has acquired a dimension which can only be tackled through international cooperation.

Switzerland has already taken measures against illegal medicines imports: in 2008, Swissmedic was informed of 687 potentially illegal medicines imports by Swiss customs. This is an increase of 75% in comparison with the previous year. A part of the blocked shipments contains counterfeit medicines and approximately half of the medicines ordered via internet are of poor quality. Have Swiss pharmacists additionally benefited from the extensive thematising of the problem within the FIP framework?

I don't know if benefit, at least financially, is the right expression. Certainly after the congress, the pharmacies should be warned. They now know that sooner or later counterfeit medicines are to be expected also through legal channels and that they must be extremely cautious to prevent them from getting in the market. If a community pharmacy sold counterfeit medicines, the damage would be enormous.

The cooperation with various international agencies was a very good experience for us. In this way Swiss customs and Swissmedic have been actively collaborating in the area of counterfeit medicines.



The 69th International Congress of FIP will take place from 3–8 september 2009 in Istanbul/Turkey. The Congress theme is "Responsibility for Patient Outcomes – are you ready?" a topical and relevant subject considering global changes and trends within the pharmacy profession and pharmaceutical sciences. For further information and registration see www.fip.org/istanbul2009.

Thanks to this international exchange strategies to protect patients and pharmacies against counterfeit medicines were discussed and their implementation decided.

Swiss pharmacists had the opportunity of getting a concrete picture about their position within the international pharmaceutical family and presented themselves with pride and self-confidence. Switzerland has functioning organisations, authorities and pharmacies. This is by no means an international standard. This is what we have to work for and cultivate.

On the other hand many foreign colleagues were surprised by the high level of self-dispensing in Switzerland.

Yes, this form of dispensing triggers astonishment and disapproval among many of our international colleagues. How can Switzerland with its many leading solutions in public healthcare commit such a sin? The WHO dictates the basic rule "Whoever prescribes is not allowed to sell". This is the international standard. From this point of view the Swiss solution is absolutely incomprehensible. Indeed, we had a lot of questions concerning this matter.

In this regard the congress provided the Swiss delegation with a new, important insight: The main problem for SD is not the competition between two different distribution channels. SD itself is a veritable innovation killer. All improvements in the public health sector which are based on quality and competence stem from innovations in the cooperation between the partners. However, SD is categorically blocking this. In regions where SD is present a doctor has no interest whatsoever in cooperating with the pharmacist. Consequently, innovations are extremely rare in these cantons.

During the congress attendants organised themselves spontaneously to visit pharmacies in Switzerland. Some excursions with more than a hundred participants took place. In what way are Swiss pharmacies of interest for foreign countries?

The reason for this huge interest was primarily curiosity about practical solutions in community pharmacies and large laboratories. Swiss pharmacies have a good reputation and offer interesting practical solutions. The spontaneous participation of Basel pharmacists in this event was excellent. The congress evoked a team spirit, which is all too rarely felt. Thanks to FIP!

Switzerland is a very small country compared to the native countries of many congress visitors and is divided into 26 public health systems. How important is international networking for you as president of the Swiss Pharmacist Association?

It is true that Switzerland is small. It is also true that Switzerland is divided into almost microscopically small sub-units by its cantonal health laws. But in international comparison Switzerland has a very high competence level in research and practice and an enormous innovation density.

Therefore we benefit greatly from international exchange because our health care system is developing very quickly and we can only keep pace with other health care systems because of our international networking. For pharmaSuisse international networking and exchange are Swiss pharmacies' central guarantors of success. The next few years will be eventful. We can approach them with both confidence and commitment precisely because of our international integration. ▮

Interview
Claudia Sedioli
E-Mail: csedioli@hispeed.ch



König ist der Kunde

Die einen schwören darauf, die andern überschütten sie mit Häme, die dritten benutzen sowohl als auch: Komplementärmedizin lässt die wenigsten kalt. Viele Patienten möchten heute ganzheitlicher behandelt werden als dies Schulmediziner oft tun, fürchten unerwünschte Wirkungen von hochpotenten Medikamenten oder suchen Linderung von Leiden, deren Behandlung mit schulmedizinischen Mitteln erfolglos war. Dazu stehen verschiedenste Methoden zur Auswahl. Neben Behandlungsweisen, die auch von den Krankenversicherern anerkannt sind und deren Wirkung bewiesen ist, stehen andere, bei denen, oft auch aus finanziellen Gründen, entsprechende Studien fehlen, ganz zu schweigen von jenen Therapeuten, die über keine adäquate Ausbildung verfügen und ihr Wissen aus nicht anerkannten Quellen beziehen. Klar ist: Es ist letztlich immer Sache des Patienten, sich für eine Behandlungsart zu entscheiden und eine entsprechende Fachperson für seine Betreuung zu wählen. Der Patient bestimmt, ob er möglichst schnell seine Beschwerden los werden will und dabei unerwünschte Wirkungen in Kauf nimmt, oder ob er überzeugt ist, mit einer sogenannt sanfteren Methode auch zum Ziel zu kommen. Als Patientin interessiert es mich meist weniger, mit wievielen Studien meine Therapie untermauert ist, als vielmehr, wie wirksam sie ist. Je grösser deshalb die Palette an Möglichkeiten ist, die gerade auch Apotheken anbieten, desto besser kann der Nachfrage genügt werden. Und die Nachfrage nach komplementären Heilmethoden ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen.
Das pharmaJournal publiziert deshalb immer wieder Fallbeispiele von Behandlungen nach der Methode der Klassischen Homöopathie. In der vorliegenden Ausgabe finden Sie ausserdem, wie jedes Jahr, auch den Bericht über die Jahrestagung für Phytotherapie, an der sowohl Therapiemöglichkeiten von Schul-, Volks- als auch Komplementärmedizin behandelt worden sind.

Christa Rüedi

Le client est roi

Les uns ne jurent que par elle, les autres la dénigrent, les troisièmes utilisent les deux méthodes: pour résumer, la médecine complémentaire ne laisse personne indifférent. De nombreux patients souhaitent bénéficier aujourd'hui d'un traitement plus complet que ne le propose la médecine traditionnelle. Ils craignent les effets indésirables des médicaments très puissants ou cherchent à soulager des douleurs après l'échec de toutes les autres tentatives.
Des méthodes très variées sont disponibles. Hormis les traitements reconnus par les caisses-maladie dont l'efficacité est prouvée, il en existe d'autres pour lesquels aucune étude n'est disponible, souvent faute de moyens. Il n'est même pas question ici des thérapeutes qui ne disposent d'aucune formation adéquate et qui ont acquis leurs connaissances à partir de sources peu recommandables. En fin de compte, c'est toutefois le patient qui décide en dernier ressort du type de traitement dont il veut bénéficier et qui choisit le spécialiste qu'il veut consulter. Le patient dispose de deux solutions: soit il veut se débarrasser de ses symptômes relativement rapidement et accepte en contrepartie d'éventuels effets indésirables soit il est persuadé qu'une méthode douce lui permet aussi d'obtenir l'effet escompté. Comme patiente, je suis plus intéressée par l'efficacité du traitement que par le nombre d'études qui ont été organisées pour prouver sa qualité. Plus les possibilités offertes par les pharmacies sont étendues, plus la demande pourra être satisfaite. L'intérêt pour les méthodes thérapeutiques complémentaires n'a cessé de croître ces dernières années. Le pharmaJournal publie donc régulièrement des exemples concrets de traitements d'après la méthode de l'homéopathie classique. Dans la présente édition, vous trouverez en outre, comme chaque année, un compte rendu sur le séminaire annuel de phytothérapie qui a présenté des traitements à la fois issus de la médecine traditionnelle, de la médecine populaire et de la médecine complémentaire.

Christa Rüedi

Hat die Offizinapothekerin noch eine Zukunft?

Der Druck auf die Apothekerinnen und Apotheker nimmt zu. Vor allem die Selbstdispensation könnte nach der Zürcher Abstimmung zum Flächenbrand werden. Da stellt sich die Frage, wie die Offizin auch in der Zukunft ihre Dienste flächen- und kostendeckend anbieten kann.

Mit neuen Kompetenzen in die Zukunft

Ich meine, dass sich die Apothekerin im Interesse des Gesundheitswesens neue Kompetenzen aneignen und neue Dienstleistungen anbieten soll. Als ehemaliger Präsident der Studienreformkommission Pharmazie muss ich dabei allerdings darauf hinweisen, dass sie nur Dienstleistungen anbieten soll, für die sie auch genügend aus- oder weitergebildet ist. Alles andere wäre nicht glaubwürdig. Da sind aber die Apothekerinnen und pharmaSuisse mit der Weiterbildung und dem FPH auf gutem Weg. Und bei der Ausbildung an den Universitäten könnte man entsprechend zulegen.

Zu diesen neuen Kompetenzen könnten gehören:

→ Diagnosedienstleistungen für Patienten, gestützt auf Tests mit In-Vitro-Diagnostica (IVD's), ein Bereich, der bisher fast völlig an der Offizin vorbeigegangen ist. Hier geht es um Laborwerte und in Laborfragen ist die Apothekerin besser ausgebildet als der Arzt. Das Gebiet der IVD's entwickelt sich sehr schnell. In mittlerer Zukunft wird ein schöner Teil aller Diagnosen mittels IVD's gemacht oder zumindest abgesichert werden. Urin, Stuhl und Sputum kann die Apothekerin heute schon analysieren. Wenn sie auch das «Stechen» lernt, kann sie künftig auch Blut oder Körperzellen zur Analyse verwenden. Für das Ganze ist eine Zusatzausbildung notwendig, die der Apothekerin zeigt, welche IVD's es gibt, wie man sie sinnvoll einsetzt und die Resultate auswertet und interpretiert.

→ Das Impfen (am Anfang ohne Kleinkinder und Gelbfieber), um die Vorbeugung vorwärts zu bringen. Das wäre für die Patienten vor allem bei Fernreisen bequem, weil die Apotheke viel leichter erreichbar ist als eine Arztpraxis. In der Apotheke gibt es bereits das Beispiel der Impfung gegen Kinderlähmung, die der Autor dieser Zeilen damals mitermöglicht hat. Das Ganze würde eine Änderung der Abgabeliste B erfordern und eine Ausbildung der Apothekerin im «Spritzen». Das ist aber kein grosses Hindernis, können doch sogar Nichtmedizinalpersonen wie Krankenschwestern oder Diabetiker dies lernen und ausüben.

→ Die Überwachung der Therapie von jenen (in der Regel chronischen) Erkrankungen, die eigentlich nur eine Erstdiagnose des Arztes brauchen, sowie die Abgabe von Medikamenten und deren Kontrolle allenfalls über Monate und Jahre. Die Krankenkassen müssten daran ein Interesse haben, weil es für sie billiger ist als dauernde Arztkonsultationen. Dies bedingt eine Neuregelung der Abgabelisten B und allenfalls C. Und falls jemand gegen solche Kompetenzen für die Apothekerin argumentiert: Bereits die «Pille danach» und die Abgaberegelung «nur durch die Apothekerin», die wir damals eingeführt haben, zeigen, dass auch dieser Weg gangbar ist.

Ausblick

Bleibt die Frage, wie realistisch ein solcher Approach ist. Geschenkt wird einem Berufsverband mit Sicherheit nichts. Die Ärzte würden gegen eine Ausweitung der Kompetenzen sicher auf die Barrikaden steigen. Ihre Chancen wären aber klein, weil die Apothekerin in einigen Jahren für diese neuen Kompetenzen besser ausgebildet wäre als der Arzt heute in den Bereichen Labor oder Selbstdispensation. pharmaSuisse muss allerdings gewillt sein, die neuen Kompetenzen neben der Schaffung der Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten auch rechtlich und politisch zu erkämpfen. Hier wären eine gute Planung, politisches Lobbying und ein langer Atem nötig.

Zwar habe ich immer die Meinung vertreten, dass im Interesse des Patienten Arzt und Apothekerin zusammenarbeiten müssen. Das geht aber nur, wenn man auf Augenhöhe miteinander verkehren kann. Wollen das die Einen nicht, müssen auch die Anderen sich wehren. Im Widerstreit der Angebote sollen deshalb künftig der Patient und die Krankenkassen entscheiden, wo sie welche Dienstleistungen einkaufen wollen. ▮

Paul J. Dietschy, Rüttenen

Homöopathie in der Apotheke

Eine störende Amenorrhoe

Sabine Carbonara



Pulsatilla (Wiesenküchenschelle)

Der vorliegende Fall zeigt, wie das Ausbleiben der Menstruation und weitere Symptome bei einer jungen Patientin durch die Gabe einiger homöopathischer Dosen geheilt werden können, so wie es die Methode der Klassischen Homöopathie vorschreibt.

Ein 17-jähriges Mädchen kam am 27. April 2006 wegen einer Amenorrhoe und Gewichtszunahme in die homöopathische Konsultation.

Vorgeschichte

Erst mit zweieinhalb Jahren begann sie als Kleinkind mit Sprechen. Mit vier Jahren war es dann mehr ein Stottern, sie kannte nur wenige Worte und sprach sehr laut.

Das Schielen beider Augen nach innen und eine Sehschwäche des rechten Auges kamen hinzu. Vom zweiten bis zum zehnten Lebensjahr musste sie eine Augenbedeckung tragen.

Mit zwei Jahren erlitt sie eine Kopfverletzung, die mit 17 Stichen genäht werden musste. Sie war sehr waghalsig, liebte es, überall hinaufzuklettern, was einige Knochenbrüche zur Folge hatte. Ein richtiger Wildfang!

Sie litt regelmässig an Ohrenentzündungen, weshalb nur 20 Prozent Hörvermögen beim Hörtest übrig blieben und eine Operation erforderlich war.

Auch eine Mandeloperation war nötig.

Während der Adoleszenz traten eine Mykose am Rücken und eine Sonnenallergie der Augen (Photophobie) auf.

Die erste Menstruation erfolgte mit 10 Jahren (1999) und war sehr schmerzhaft, besonders am ersten Tag.

Sie wuchs sehr schnell – schon im Alter von elf Jahren hatte sie einen deutlichen Busen, aber danach stoppte das Wachstum. Heute misst sie 1,54 m und ist übergewichtig (insbesonders ausgeprägte Oberschenkel).

Psychische Symptome

Sie weint viel in der Zeit vor dem Mensbeginn.
Mit der Mutter ist sie stark verbunden (sie kommt sogar mit ihr zusammen in die Behandlung).
Schwierigkeiten hat sie mit dem Abstrakten.

Sie errötet leicht.
Sie ist sehr kontaktfreudig.
Sie spricht laut, kann nicht flüstern.
Sie leidet an mangelndem Selbstvertrauen.
Seit Beginn der Lehre fühlt sie sich gestresst, ängstlich und kann mit Lampenfieber nicht umgehen. Sie hat dann starkes Herzklopfen und beginnt zu schwitzen. Sie hat Angst, vor Leuten sprechen zu müssen, hat Blackouts und stottert. «Was denken die dann von mir?»
Sie hat vor lauter Angst Magenschmerzen (vor allem nachts).
Sie ist gerne zuhause (in der Sicherheit).

Allgemeine Symptome

Sie hat eine Abneigung gegen Hitze, hat aber schnell warm.
Sie liebt frische Luft.
Am Kopf schwitzt sie stark.

Vorlieben und Abneigungen bezüglich Nahrungsmitteln

Spaghetti bringen sie zum Erbrechen.
Gegenüber Weichkäse und Eiern (ausser weichgekochten) hat sie eine Abneigung.
Sie mag Fischgerichte, Schalentiere und Süsses.

Schlaf

Sie schläft immer mit Musik ein, um nicht das Gefühl von Alleinsein zu haben. Sie liegt auf der rechten Seite mit einem Bein auf dem Duvet.

Oft spricht oder schreit sie und bewegt sich stark während des Schlafes. Auch Schlafwandeln um Mitternacht kommt vor.

Um fünf Uhr morgens wacht sie jeweils auf.

Lokale Symptome

Ihr Zyklus war unregelmässig (ungefähr 30 Tage) und dauerte sieben Tage.

Seit Dezember 2005 blieben die monatlichen Blutungen aus und sie nahm zu.

Ihr Gynäkologe machte eine Ultraschall-Untersuchung und fand unreife Eizellen vor. Er verschrieb ihr eine hormonelle Behandlung, welche sie aber ablehnte.

Sie leidet auch unter Fluor, welcher einen Geruch wie das Mensblut aufweist.

Analyse

Folgende Symptome wurden für die Repertorisation verwendet:

→ Geist und Gemüt – weinen – Menstruation – vorher
→ Geist und Gemüt – reden – Schlaf; während
→ Geist und Gemüt – sprechen – mit lauter Stimme – Schlaf; während
→ Geist und Gemüt – schlafwandeln
→ Geist und Gemüt – Traurigkeit – Menstruation – vorher
→ Geist und Gemüt – redefreudig
→ Geist und Gemüt – Vertrauen – Mangel an Selbstvertrauen
→ Geist und Gemüt – leichtsinnig
→ weibliches Geschlecht – Menstruation – ausbleibend
→ weibliches Geschlecht – Weissfluss – Menstruation – anstelle von
→ weibliches Geschlecht – Weissfluss – Menstruation – Geruch wie
→ Mund – Aussprache, Stimmbildung – stottern
→ Auge – Entzündung – Konjunktivitis – Hordeolum – kalte Anwendungen bessern
→ Auge – schielen
→ Kopf – schwitzen im Kopfhaar – nur am Kopf
→ Allgemeines – Adipositas
→ Allgemeines – Licht – verschlim. – Sonne; von

Das Arzneimittel Pulsatilla erschien damit zuoberst auf der Repertorisationsliste und das Nachschlagen in der Materia Medica bestätigte dieses Resultat.

Eine Dosis C15 wurde sofort verabreicht, eine Dosis C30 für die Woche danach der Patientin mitgegeben.

Weiterer Verlauf

15 Tage nach der Einnahme der zweiten Dosis begann die Mensblutung, stark und schmerzhaft. Die Patientin fand ausserdem, dass sie nun besser mit Stress umgehen könne.

Ein Jahr später (im Mai 2007) meldete sie sich wieder: «Ich habe ziemlich an Gewicht abgenommen, aber ich reagiere wieder stärker auf Stress und habe seit zwei Monaten keine Mens mehr. Ich möchte gerne wieder eine Dosis Globuli haben.»

Nach der erneuten Gabe einer Dosis Pulsatilla C30 normalisierte sich ihr Zyklus wieder und sie selber sagt: «Es geht mir prächtig!» ▮

Korrespondenzadresse
Sabine Carbonara
Fachapothekerin FPH Klassische Homöopathie
Vizepräsidentin der Schweizerischen Apothekergesellschaft für Homöopathie (SAGH)
E-Mail: sabine.carbonara@bluewin.ch

Übersetzung
Cornelia Roth
Fachapothekerin FPH Klassische Homöopathie
Präsidentin der Schweizerischen Apothekergesellschaft für Homöopathie (SAGH)
E-Mail: c.roth@sahp.ch

Une aménorrhée qui perturbe

Sabine Carbonara

Le présent cas montre de quelle façon l'absence de menstruations ainsi que d'autres symptômes ont pu être soignés, chez une jeune patiente, par la prise de quelques doses homéopathiques comme le prescrit l'homéopathie classique.

Une jeune fille de 17 ans est venue en consultation le 27 avril 2006 pour des problèmes d'aménorrhée et de prise de poids.

Antécédents personnels

Elle n'a commencé à parler qu'à l'âge de deux ans et demi. A quatre ans, elle bégayait, ne connaissait que quelques mots et parlait très fort.

De plus, elle avait un strabisme convergent à l'intérieur des deux yeux et une insuffisance visuelle du côté droit. Elle a dû porter un cache de l'âge de deux ans à l'âge de dix ans.

A deux ans, elle a aussi eu un traumatisme à la tête qui a nécessité 17 points de suture. Très casse-cou, elle adorait grimper partout et a eu plusieurs fractures. C'était un vrai garçon manqué.

Elle souffrait régulièrement d'otites qui ne lui ont laissé que 20% d'audition et qui ont donc nécessité une opération.

Elle a aussi eu une amygdalectomie.

A l'adolescence, elle a développé des mycoses dans le dos et souffert d'allergies solaires aux yeux (photophobie).

Ses premières règles sont survenues à dix ans et demi (en 1999). Elles ont été très douloureuses, surtout le premier jour.

Son développement a été rapide.

A 11 ans déjà, elle a une forte poitrine, mais arrêt de la croissance: elle mesure 1 m 54 et est en surpoids manifeste (grosses cuisses).

Symptômes mentaux

Elle pleure beaucoup avant les règles.
Elle est très liée à sa maman (et vient d'ailleurs en consultation avec elle).
Elle éprouve quelques difficultés avec l'abstrait.
Elle rougit facilement.
Elle est très sociable.
Elle parle fort, ne sait pas chuchoter.
Elle manque de confiance. Depuis le début de son apprentissage, elle est stressée, angoissée et ne sait pas gérer son trac. Son cœur bat alors très fort, et elle transpire beaucoup. Elle a peur de parler en public, a des blancs et se met à bégayer: «Qu'est-ce qu'on va penser de moi?».
Elle a mal au ventre par anxiété (surtout la nuit).
Elle aime rester chez elle (en toute sécurité).

Symptômes généraux

Elle déteste la chaleur, mais a facilement chaud.
Elle aime l'air frais.
Elle transpire beaucoup de la tête.

Désirs et aversions alimentaires

Les spaghettis la font vomir.
Elle a une aversion pour le fromage à pâte molle et les œufs (sauf s'ils sont à la coque).
Elle aime le poisson, les crustacés et les sucreries.

Sommeil

Elle s'endort toujours avec de la musique pour avoir l'impression d'une présence. Elle dort sur le côté droit, avec une jambe sur le duvet.

Elle parle et crie de façon cohérente pendant le sommeil. Son sommeil est agité. Il lui arrive aussi de souffrir de somnambulisme vers minuit.

Elle se réveille vers les cinq heures.

Symptômes locaux

Ses cycles étaient irréguliers (env. 30 jours) et ses règles duraient sept jours.

Depuis début décembre 2005, elle n'avait plus de menstruations et avait pris beaucoup de poids.

Lors de l'examen ultrason, son gynécologue a trouvé des ovules immatures. Il lui a donc prescrit un traitement hormonal. Elle refusait toutefois de le prendre.

Elle avait des pertes blanches qui avaient une «odeur de règles».

Analyse

Les symptômes suivants ont été retenus pour la répertorisation:

→ Psychisme – Pleurs – Règles – Avant
→ Psychisme – Parler – Sommeil; pendant le
→ Psychisme – Parole, élocution – Haute voix; à – Sommeil; pendant le
→ Psychisme – Somnambulisme
→ Psychisme – Tristesse – Règles – Avant



Pulsatille des prés

→ Psychisme – Communicatif
→ Psychisme – Confiance – Manque de confiance en soi
→ Psychisme – Imprudente
→ Féminine, sexualité – Règles – Absentes
→ Féminine, sexualité – Leucorrhée – Règles – A la place des
→ Féminine, sexualité – Leucorrhée – Règles – Odeur des règles; ayant l'
→ Bouche – Élocution, phonation – Bégaiement
→ Œil – Inflammation – Conjonctivite – Granulations – Froides, amél; applications
→ Œil – Strabisme
→ Tête – Transpiration du cuir chevelu – Uniquement à la tête
→ Généraux – Obésité
→ Généraux – Lumière – Aggravation – Soleil; du

Le remède PULSATILLA est sorti en tête de la répertorisation, et la matière médicale a confirmé ce choix. Une dose en 15CH a été immédiatement administrée, et une dose en 30CH a été donnée à la patiente pour la semaine suivante.

Évolution

15 jours après avoir pris la dernière dose, les règles sont réapparues, abondantes et très douloureuses. La patiente avait aussi l'impression de mieux gérer son stress.

Une année plus tard (en mai 2007), la patiente me dit: «J'ai perdu beaucoup de poids, mais je ressens de nouveau beaucoup de stress et je n'ai plus de règles depuis deux mois. Je souhaite reprendre une dose.» Je lui ai donc redonné une dose de Pulsatilla en 30CH. Peu après, les règles sont réapparues. «Tout va bien!» d'après les propres dires de la patiente. ∎

Adresse de correspondance:
Sabine Carbonara
Pharmacienne FPH en homéopathie classique
Vice-présidente de l'Ordre suisse des pharmaciens homéopathes (OSPH)
E-mail: sabine.carbonara@bluewin.ch

Le Guide de l'assistant

Le Guide de l'assistant, nouvel ouvrage didactique destiné aux étudiants de l'année d'assistanat, est paru en automne 2008. Le pharmaJournal s'est entretenu avec Cécile Girod, présidente du CAP et coordinatrice du comité de rédaction du Guide de l'assistant.

Pour quelle raison avez-vous décidé de sortir en 2008 un nouvel ouvrage didactique pour les étudiants de l'année d'assistanat? Quels sont les points auxquels vous avez prêté tout particulièrement attention?

Après l'entrée en vigueur du nouveau programme d'études, le CAP a mis sur pied en Suisse romande un séminaire intitulé «Année d'assistanat: de la théorie à la pratique». En effet, le CAP, qui a pour objectif de promouvoir la pharmacie d'officine en Suisse, a toujours animé des séminaires à l'intention des étudiants en pharmacie, ceci afin de faciliter leur entrée dans le monde de l'officine. C'est au cours de ces nouveaux séminaires, en 2006, que nous avons été très surpris d'apprendre que les étudiants en année d'assistanat utilisaient toujours le dossier CAP «Le Stage», qui représentait pour eux un ouvrage de référence irremplaçable. Et nous qui le trouvions terriblement désuet!

Le groupe de travail romand réfléchissait depuis quelques temps à l'actualisation de ce dossier; l'enthousiasme de ces étudiants nous a convaincus de nous lancer dans la rédaction d'un nouvel ouvrage. Son titre a été choisi en concertation avec les étudiants: il s'appellerait «Guide de l'assistant – Maîtrise universitaire en pharmacie».

Nous avons constitué un comité de rédaction composé de pharmaciens d'officine, de pharmaciens-formateurs et d'enseignants universitaires. Notre objectif était de compléter et de résumer l'enseignement prodigué au sein de l'Ecole de pharmacie de Genève et Lausanne (EPGL), dans le but de faire de ce nouvel ouvrage une référence, une source d'informations, un manuel pratique et facile à consulter. Nous avons souhaité y faire figurer «toutes les informations que recherche un jeune pharmacien quand il commence à travailler en officine». L'accent a été mis sur la pratique, afin que ce manuel soit aussi une source d'informations pour tous les pharmaciens d'officine, qu'ils soient formateurs ou non.

Le classeur est subdivisé, tout comme la formation postgraduée FPH en pharmacie d'officine de pharmaSuisse, en quatre domaines de compétences (compétences pharmaceutiques, compétences en santé communautaire, compétences en gestion et compétences personnelles). Comment se déroule donc la collaboration et l'échange d'informations avec pharmaSuisse?

Toutes les formations proposées par le CAP pour les pharmaciens sont reconnues FPH. Il faut rappeler que le CAP a un représentant à la commission FPH de pharmaSuisse.

Nous nous efforçons d'offrir des cours dans les quatre domaines de compétences de la formation postgraduée, pour tous les pharmaciens de Suisse; nous sommes l'un des seuls organismes en Suisse romande à en proposer dans les domaines 3 et 4, compétences en gestion et compétences personnelles. Notre association veille à rester au plus près de l'officine et des besoins qui lui sont spécifiques. Le CAP, ce sont des pharmaciens pour les pharmaciens.

Nous avons des contacts réguliers avec pharmaSuisse qui apprécie notre engagement dans la formation des pharmaciens tout en respectant notre esprit d'indépendance. Nous espérons développer encore notre collaboration avec pharmaSuisse afin de maintenir ces cours spécifiques pour la formation postgraduée. La bibliographie du Guide de l'assistant est aussi riche en références à pharmaSuisse, qui nous a autorisés à reproduire certains de ses documents, afin qu'ils soient connus des étudiants.

Le domaine de compétences 1, qui traite des compétences pharmaceutiques, constitue les trois-quarts du classeur de formation. Ceci signifie-t-il que les domaines de base que représentent la galénique, le triage et l'exécution d'ordonnances sont aussi ceux qui nécessitent le plus d'efforts de formation?

Le domaine de compétences 1, soit par exemple le triage en officine et les préparations en officine, nous a été demandé par les enseignants de l'EPGL. Le

Le Guide de l'assistant
Il doit permettre aux étudiants de cinquième année d'accomplir sereinement l'année d'assistanat en pharmacie d'officine et répondre, entre autres, à leurs interrogations liées à la pratique officinale. Il sert aussi d'ouvrage de référence pour tous les pharmaciens d'officine pour toutes questions concernant la galénique, le triage, etc. Le Guide de l'assistant sera actualisé tous les deux ans par une équipe de pharmaciens d'officine expérimentés et d'enseignants universitaires.
Pour de plus amples informations, consulter le site: www.pharmacap.ch rubrique Publications



triage est au centre de l'activité du pharmacien, et 23 symptômes fréquents sont présentés sous forme de fiches, afin d'en faciliter l'apprentissage. Par ailleurs, les enseignants souhaitaient disposer d'un répertoire de formules pour les étudiants. C'est d'ailleurs le Dr Pascal Furrer, chargé d'enseignement à l'EPGL, qui en a supervisé la rédaction et le contenu. C'est ce chapitre que les étudiants consultaient dans l'ancien guide «Le Stage», car ils ne savaient pas où trouver un répertoire à jour des formules demandées en officine. Nous avons donc conçu ce chapitre en tenant compte des dernières éditions de la pharmacopée comme de la conservation d'anciennes formules, qui constituent en quelque sorte notre patrimoine. Nous avons aussi élargi ce chapitre aux médecines complémentaires, qui sont brièvement abordées lors des cours de 5ème année, mais auxquelles les jeunes pharmaciens sont très vite confrontés lorsqu'ils arrivent en officine. Nous constatons dans nos séminaires une forte demande de formation dans ce domaine.

Il semble évident que la galénique, le triage et la validation d'ordonnances sont et doivent rester au cœur du métier de pharmacien d'officine, puisqu'ils en font la spécificité: c'est notre savoir-faire, notre plus-value, ce que personne d'autre ne peut prétendre faire à notre place!

Le Guide de l'assistant est uniquement disponible en français. Une traduction en allemand est-elle prévue ou est-ce que les étudiants de Suisse alémanique et du Tessin utilisent la version française?

Pour l'heure, les étudiants de Suisse alémanique et du Tessin doivent utiliser la version française, car la demande en Suisse alémanique ne semblait pas suffisante pour nous lancer dans l'édition d'une version en allemand. Nos collègues d'outre-Sarine nous ont dit que l'enseignement dans les écoles de pharmacie de Suisse alémanique était très différent. Il semble que les étudiants ont bien assez de documents à leur disposition, car il existe une littérature beaucoup plus riche en allemand qu'en français, dans le domaine de la pharmacie. Si toutefois le besoin d'une version allemande venait à se préciser, cette question sera soumise au groupe de travail suisse alémanique du CAP. Nous attendons que les étudiants, les enseignants ou la commission régionale pour la formation pratique de pharmaSuisse nous sollicitent officiellement, comme cela a été le cas en Suisse romande. Plusieurs confrères de Suisse alémanique nous ont il est vrai déjà manifesté individuellement leur désir de voir paraître une édition du Guide de l'assistant en allemand. ▮

Interview
Christina Haas, collaboratrice de la rédaction
E-mail: christina.haas@pharmasuisse.org

Kurzfassung

Der «Guide de l'assistant»

Der «Guide de l'assistant», das neue Lehrmittel für Studierende im Assistenzjahr, ist im vergangenen Herbst erschienen. Er wurde von Offizinapothekern, Universitätsdozenten und Ausbildnern aus der französischsprachigen Schweiz auf Initiative des CAP erarbeitet. Er soll den Studierenden im 5. Studienjahr helfen, sich während dem Assistenzjahr in der Offizinapotheke zurechtzufinden und bietet ihnen Antworten auf offizinrelevante Fragen. Er dient zudem als Nachschlagewerk bei Fragen zu Galenik, Triage etc. und bietet viele apothekenrelevante Informationen im Bereich der Komplementärmedizin, einem Bereich, der in der Apotheke laufend an Bedeutung gewinnt. Der Ordner ist, wie die Weiterbildung FPH in Offizinpharmazie von pharmaSuisse, in die vier Kompetenzkreise Pharmazeutische Kompetenzen, Community-Health-Kompetenzen, Management-Kompetenzen und Persönliche Kompetenzen aufgeteilt. Der «Guide de l'assistant» wird alle zwei Jahre von einem Team von erfahrenen Offizinapothekern überarbeitet. Momentan arbeiten die Studierenden in der ganzen Schweiz mit der französischen Ausgabe des «Guide de l'assistant», eine Übersetzung ins Deutsche ist nicht geplant, könnte aber geprüft werden, wenn aus der deutschen Schweiz ein Bedarf an einem solchen Lehrmittel angemeldet werden würde. ▮

Weitere Informationen:
www.pharmacap.ch

Leber und Galle – Stiefkinder der Therapie?

Jean-Michel Jeannin, Beat Meier

Das Thema «Leber und Galle – Stiefkinder der Therapie» stiess anlässlich der 23. Schweizerischen Jahrestagung für Phytotherapie am 20. November 2008 in Baden auf grosse Resonanz. Die phytotherapeutischen Möglichkeiten wurden unter verschiedenen Aspekten behandelt. Vertreter der Schulmedizin, der Volksmedizin, der Komplementärmedizin und komplementärmedizinischer, klinischer Praxis kamen zu Wort.

Die Tagung wurde geplant und geleitet von Prof. Dr. sc. nat. Beat Meier von der Fachgruppe Phytopharmazie der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Wädenswil, und Prof. Dr. Reinhard Saller vom Institut für Naturheilkunde am Universitätsspital in Zürich.

Die Leber aus schulmedizinischer Sicht …

Prof. Dr. med. Jürgen Drewe, klinischer Pharmakologe am Universitätsspital Basel, bot einen Überblick über Anatomie, Physiologie und Pathologie der Leber sowie über die wichtigsten Therapien. Die Leber ist ein wichtiges Organ für die Entgiftung vieler potenziell toxischer, vor allem lipophiler Xenobiotika. Diese stammen aus der Nahrung, von Genussmitteln, Medikamenten, Umweltgiften und Pflanzen. Akute und chronische Krankheiten sowie Intoxikationen durch Alkohol, Medikamente und Gifte können die Leber akut oder chronisch schädigen. Ihrer Funktion entsprechend nimmt die Leber in der Pharmakotherapie eine zentrale Rolle ein. Die von Medikamenten induzierte Hepatopathie gehört zu den häufigsten unerwünschten Wirkungen von Arzneimitteln; eine inakzeptable Hepatotoxizität ist auch der häufigste Grund für den Rückzug von zugelassenen Medikamenten.



Cynara scolymus (Artischocke)



Silybum marianum (Mariendistel)

Das therapeutische Arsenal der Schulmedizin zur spezifischen Behandlung von Lebererkrankungen ist relativ beschränkt: Interferone, Ribavirin zur Behandlung von Hepatitiden, Stimulierung der Regeneration durch Cytokine, Darmsterilisation bei zirrhotischer Enzephalopathie.

… und aus komplementärmedizinischer Sicht

Nach einer kultur- und medizinhistorischen Einführung beschrieb Prof. Dr. med. Reinhard Saller vom Institut für Naturheilkunde an der Universität Zürich die Fülle der komplementärmedizinischen Therapieansätze zur Behandlung der Leber. In der Phytotherapie werden zur Behandlung von Beschwerden im Bereich von Magen, Leber und Galle sowie zur Behandlung der Dyspepsie und des Reizdarms zum grössten Teil dieselben Mittel verwendet, weil enge funktionelle Zusammenhänge bestehen. Saller rief denn auch dazu auf, die vier Organe wieder als System und nicht einzeln zu betrachten.

«Moderne» Lebermittel sind die Artischocke *Cynara scolymus* (Extrakte aus den getrockneten Blättern), Sojaphospholipide (Lecithinum ex soja; Extrakte) und die Mariendistel *Silybum marianum* (Extrakte aus den Früchten standardisiert auf Silymarin/Silibinin). Die Mariendistel fördert die Fähigkeit, sich gegenüber emotionaler und physischer Ausbeutung, gegenüber Angriffen sowie Manipulationen angemessen zu behaupten. Sie unterstützt damit die Wahrung der eigenen Persönlichkeit, indem sie die aktive Abgrenzung gegenüber schädigenden psychischen Einflüssen stärkt.

Mariendistel

Prof. Dr. med. Manfred Wiese, Chefarzt am Klinikum St.Georg in Leipzig, bot einen Überblick über die klinische Forschung und die praktische Anwendung der Mariendistel, welche schon in der Antike als Heilmittel geschätzt war. Die wichtigste wirksame Substanz aus den Früchten der Mariendistel ist das Silymarin, welches nach peroraler Verabreichung zu Silibinin umgewandelt wird und über den enterohepatischen Kreislauf in die einzelne Leberzelle gelangt. Pharmakologisch nachgewiesen sind folgende Wirkungen: Antidot (z.B. nach Knollenblätterpilz-Vergiftung), Hemmung der Lipidperoxidation, Radikalfänger, antifibrotische Aktivität, Verstärkung der Regenerationskraft der Leber. In klinischen Studien unterschiedlicher Qualität konnten eine Verbesserung der Leberfunktion und der Histologie nachgewiesen werden, ebenso eine Verminderung der Lipidperoxidation, eine Verbesserung des physiologischen Antioxidantien-Status und eine Verminderung der nekrotisch-entzündlichen und fibrotischen Vorgänge.

Spektakuläre Ergebnisse wurden mit neuster Forschung in zwei klinischen Studien erzielt: Träger einer chronischen Hepatitis C, die auf eine Kombinations-Therapie mit PEG-Interferon und Ribavirin nicht angesprochen hatten, erhielten in einer ersten Phase Silibinin i.v. verabreicht. Die Behandlung wurde anschliessend mit der üblichen PegIFN-Ribavirin-Therapie und zusätzlich mit der Verabreichung von Legalon® per os weitergeführt. In beiden Studien konnte nach der ersten Phase eine Abnahme der Viruslast beobachtet werden. Diese setzte sich in der

zweiten Phase fort. Sollten diese Resultate bestätigt werden, dürften die Inhaltsstoffe der Mariendistel in Zukunft grosses Interesse wecken.

Gift und Gegengift: Knollenblätterpilz/Mariendistel

Naturstoffe können teleologisch als Abwehrstoffe einer Spezies gesehen werden, die ihr zum Überleben helfen. Es gibt allerdings nur wenige Naturstoffe, die beim Menschen zu klinisch relevanten Leberschäden führen. Der Mechanismus solcher toxischer Wirkungen ist weitgehend ungeklärt, da praktisch keine Forschungsmittel zur Verfügung stehen, beklagt Prof. Dr. Thomas Zilker, Toxikologe am Klinikum der Technischen Universität München. Die Lebertoxizität ist für einige naturheilkundlich auch früher nur selten eingesetzte Pflanzen einigermassen gesichert: Über *Preslia cervina* (Pennyroyal, Englische Wasserminze), *Teucrium chamaedrys* (Garmander) und *Larrea tridentata* (Chaparral) liegen entsprechende Berichte vor. Bei *Symphytum officinalis* (Comfrey, Gemeiner Beinwell) sind die Pyrrolizidinalkaloide für die Vergiftungen nach chronischer Einnahme in grossen Mengen für die Toxizität verantwortlich. Die in der Schweiz zugelassenen topischen Arzneiformen, die zur Nachbehandlung von stumpfen Verletzungen sehr populär sind, enthalten ausschliesslich Extrakte, aus welchen die Pyrrozilidinalkaloide entfernt sind. Daher tauchen in der Arzneimittelinformation keine entsprechenden Warnhinweise auf.



Symphytum officinalis (Gemeiner Beinwell)

Nach wie vor unklar sind die Ursachen der unter Kawa beobachteten fulminanten Hepatitiden. Gesichert scheint nur eine Enzyminduktion bei chronischem Gebrauch mit einem Anstieg der Gamma-GT. Es bleibt trotzdem umstritten, ob Kava-Präparate hepatotoxisch sind.

Fort- und Weiterbildung in Phytotherapie

Hauptaufgabe der Schweizerischen Medizinischen Gesellschaft für Phytotherapie SMGP ist die Gewährleistung und Sicherstellung einer wissenschaftlich orientierten Ausbildung. Die Phytotherapie als Mittler zwischen Schul- und Komplementärmedizin bietet sich an, neue Wege zu beschreiten. Wir garantieren für Kurse auf hohem Niveau, spannende Diskussionen und Auseinandersetzungen. Die Pflanzen werden auf Exkursionen an ihrem natürlichen Standort betrachtet. Die Ausbildung endet im Phytotherapiezertifikat SMGP, mit dem der Phytotherapie-Ausweis UNION/SMGP (für Ärzte/Ärztinnen) respektive der Titel Phytotherapie FPH (für Apotheker/Apothekerinnen) beantragt werden kann. Details zur Weiterbildung mit den Terminen und die entsprechenden Reglemente finden Sie aktuell auf www.smgp.ch. Der Zyklus ist modular aufgebaut, ein Einstieg deshalb jederzeit möglich.



Amanita phalloides (Knollenblätterpilz)

Gesichert ist die Toxizität der Amatoxine des Knollenblätterpilzes, des Nadelholzhäublings und einiger *Lepiota*-Arten (Schirmlinge). Auch wenn keine randomisierten Doppelblindstudien durchgeführt werden können, so ist die intravenöse Verabreichung von Legalon SIL® bei Knollenblätterpilz-Vergiftung im Rahmen einer komplexen Intensivtherapie allgemein akzeptiert.

Von der Klostermedizin zum modernen Extrakt

Dr. med. Dr. rer. nat. Bernhard Uehleke, Berlin, beschrieb die Entwicklung der Cholagoga/Choleretika von der Klostermedizin zur heutigen Anwendung.

Uehleke präsentierte neben der Historie die heute im Indikationsgebiet bedeutenden Arzneipflanzen mit ihren modernen Indikationen: Schöllkraut wird bei krampfartigen Beschwerden der Gallenwege und des Magendarmtrakts angewendet. Da – selten beobachtet bei heute nicht mehr gebräuchlichen hohen Dosierungen – ein gewisses Risiko für Lebertoxizität besteht, sollen nach vier Wochen die Leberparameter bestimmt werden. Bei vorbestehendem Leberschaden ist Schöllkraut kontraindiziert. Löwenzahn fördert die Gallenmotilität und kann bei «träger Galle» verabreicht werden. Die Artischocke gilt als warme und feuchte Pflanze. Ihre wichtigsten Wirkungen sind die Anregung des Magens, der Galle und des Stoffwechsels sowie eine Senkung des Cholesterins. Die Minze ist warm und trocken und wird bei «verstopfter Leber», Gallenwegsdyskinesien und Reizdarm eingesetzt. Sie wirkt spasmolytisch, choleretisch und cholezystokinetisch. Der Rettich gilt als warm reinigend. Er fördert die Verdauung und wirkt choleretisch und cholezystokinetisch. Entsprechend sind dyspeptische Beschwerden eine Hauptanwendung. Er wird auch in Diäten zur Gewichtsreduktion eingesetzt. Die Gelbwurz zeigt ein ähnliches Profil. Sie ist choleretisch, cholezystokinetisch und magenanregend. Ihr Einsatzgebiet sind dyspetische Beschwerden. Als Phytotherapeutika für Magen und Darm gelangen einerseits Bitterstoffe (Enzian, Tausendgüldenkraut, Ingwer, Wermut), andererseits ätherische Öle (Minze und Pfefferminze, Kümmel, Fenchel, Anis) zum Einsatz, ebenso entzündungshemmende Pflanzen (Kamille, Süssholz) und Laxantien (Quellstoffe: Flohsamen, Anthranoiddrogen: Senna, Aloe, Faulbaum, Medizinischer Rhabarber).



Chelidonium majus (Schöllkraut)

Zwischen Küche und Badzimmer

Maja Dal Cero, Umweltnaturwissenschafterin aus Schaffhausen, stellte in ihrem Vortrag volksmedizinische Leber- und Gallemittel, die sie bei ihren Studien in der Schweizer Volksmedizin gefunden hat,



Taraxacum officinale (Löwenzahn)

vor: Löwenzahn, Schafgarbe, Tausengüldenkraut, Mariendistel, Artischocke, Wegwarte, Wermut und die Grosse Klette unterstützen diese Organe in ihrer Stoffwechsel- und Entgiftungsfunktion.

Johann Künzle und Alfred Vogel bezeichnen in ihren Büchern den Löwenzahn *(Taraxacum officinale)* als die zentrale Leber-Galle-Pflanze. Der Löwenzahn kommt weitverbreitet vor und ist den meisten Menschen bekannt. Damit erfüllt er die Voraussetzungen für ein Hausmittel optimal. Die «Löwenzahn-Kur» – Löwenzahnblätter-Salat im Frühling ergänzt mit Frischpflanzensaft, Tee oder Tinktur – ist eine häufige Empfehlung zur Unterstützung von Leber und Galle in ihrer Stoffwechselfunktion. Die Zusammenstellung von Leber-Tee-Mischungen umfasst typische Bitterpflanzen, ist zugleich aber auch stark geprägt von persönlichen (auch regionalen) Vorlieben. Wichtigste Anforderung an Hausmittel: Sie sollen sinnvoll und wohltuend sein. So ist die äussere Anwendung der Schafgarbe *(Achillea millefolium)* in Form von feuchtwarmen Kompressen eine typische volksmedizinische Behandlung.

Ganzheitliche Behandlung in der komplementärmedizinischen Klinik

Der Chefarzt der Aesculap-Klinik Brunnen, Dr. med. Caesar Winnicki, stellte seine Klinik als Zentrum für ärztliche Ganzheitsmedizin vor. Einen essenziellen Teil der ganzheitlichen Therapie leistet die phytotherapeutische Behandlung reduzierter Leber- und Gallenfunktionen. Es wird zwischen direkten, gastroenterologischen und indirekten, ganzheitsmedizinischen Indikationen unterschieden. Zu den letzteren gehören Akne, Psoriasis, Neurodermitis, chronische Schmerzen, Schlafstörungen, Depressionen sowie Entgiftungen in der Onkologie und beim Drogenentzug. In der Chinesischen Lehre von den fünf Elementen werden Leber und Galle in Verbindung mit Aufbau, Regeneration und Bewegung gebracht. Nach der Viersäftelehre von Hippokrates bilden Leber und Galle die Grundlage des melancholischen und des cholerischen Temperaments, woraus sich eine psychopathologische Entwicklung im Sinn eines Burn-out-Syndroms respektive einer Depression ableiten lässt. Paracelsus sieht die Gesundheit in einer Wechselwirkung zwischen dem Menschen und der Umwelt. Besonders bedeutend sind die Planeten und Metalle. Die Galle ist Jupiter und Zinn zugeordnet, die Leber Mars und Blei. Ein Ungleichgewicht mit der Folge von Depressionen, Grössenwahn oder Ohnmacht kann mit einer gezielten Organtherapie wieder ins Lot gebracht werden. Die Anthroposophie sieht die Leber als zentrales Organ des Ätherleibes. Entsprechend erfolgt ein gezielter Einsatz von Hepatoprotektiva und Choleretika.



Achillea millefolium (Schafgarbe)

Dr. Thomas Rau, Chefarzt der Paracelsus-Klinik, Lustmühle, präsentierte das ayurvedische Heilmittel Liv 52® sowie Urtinkturen. Liv 52® ist ein Kombinationsmittel mit einer spezifischen Wirkung auf die Leber. Es wird an der Klinik für viele Indikationen des «verminderten Leber-Yin» eingesetzt: Nicht nur zur Entgiftung, sondern auch zur Behandlung von chronischer Müdigkeit, von Depressionen und Anorexie sowie als Begleittherapie während und nach einer Chemotherapie. Liv 52® wird zusammen mit *Taraxum comp.* und *Absinthium* bei toxischen Problemen eingesetzt. Sie sind auch Bestandteil der Leberkur, in Kombination mit einer intensiven Diät (nicht Hungern!), Darmspülungen und anderen, vor allem galleanregenden Verfahren. Mit der Kur werden eine sehr intensive Stoffwechselumstimmung, eine Normalisierung der Blutfette und meistens auch eine Normalisierung des Blutdrucks erreicht.

Über Funktionszusammenhänge des Gallesystems in heutiger Sicht und Begleitbehandlungen der Gallenfunktion als Bestandteil eines erweiterten Therapiekonzepts berichtete Dr. med. Clifford Kunz, leitender Arzt an der Ita Wegmann Klinik, Arlesheim. Die Galle hat nach anthroposophischer Auffassung die Aufgabe, die Nahrung mit hochaktiven Sekreten zu durchdringen und aufzuschliessen. Die Funktion kann als wichtiges leibliches Instrument zur Überwindung aller Fremdanteile der Nahrung und zur Beherrschung des eigenen, individuellen Stoffwechsels betrachtet werden. Störungen der Gallenfunktion können sekundär zu Störungen vor allem der Haut, der Gelenke und des Stoffwechsels führen. Zur Förderung der Gallentätigkeit steht eine Reihe von Arzneipflanzen zur Verfügung. *Taraxacum officinale* (Löwenzahn), *Cichorium intybus* (Wegwarte) und *Silybum marianum* (Mariendistel) sind choleretische Mittel. Zu ihrem Wirkspektrum gehören Appetitanregung, Linderung von Blähungen, Stimulation der exokrinen Pankreasfunktion und des Lebermetabolismus sowie eine tonisierende Wirkung. Zu den sekundären Störungen, welche mit diesen Pflanzen behandelt werden können, zählen allergische oder autoimmunologische Entzündungen der Haut und der Gelenke (z.B. rheumatische Krankheiten), Depressionen, Störungen des Lipidstoffwechsels und periphere Durchblutungsstörungen. *Achillea millefolium* (Schafgarbe) wird in Form von Tee oder von warmen Bauchkompressen als Cholagogum, zur Verbesserung der Verdauung und zur Lösung von Krämpfen eingesetzt. Das Einsatzgebiet von *Artemisia absinthum* (Wermuth) und *Artemisia abrotanum* (weniger bitter) sind: Cholerese, Störungen im Wärmehaushalt, Prophylaxe infektiöser Gastroenteritiden.

Schlussbetrachtung

Die Stiefkinder der Therapie Leber und Galle stehen in der ganzheitsmedizinischen Praxis im Zentrum. Betrachtungsweisen der klassischen Phytotherapie, der Traditionellen Chinesischen Medizin, der Anthroposophischen Medizin sowie der Volksmedizin konvergieren mit dem modernen Begriff des Regelkreises. Zum Phytotherapeutikum greift auch der schulmedizinische Toxikologe: Bestimmte Zubereitungen der Mariendistel können, rechtzeitig eingesetzt, die fatalen Folgen

einer Knollenblätterpilzvergiftung verhindern. Wissenschaftlich dokumentierte Perspektiven sind im Bereich der Hepatitis C in Sicht. Die Auseinandersetzung Empirie versus Evidenz stand im Mittelpunkt. Die angeregten Diskussionen nach den Referaten und in den Pausen zeigten, dass Evidenz in Therapiebereichen, die schwierig zu dokumentieren sind, nur über empirische Erfahrungen zustande kommen kann. ▮

Korrespondenzadresse
Geschäftsstelle SMGP
c/o Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften
Life Sciences und Facility Management
Grüental, Postfach 335
CH-8820 Wädenswil
E-Mail: beat.meier@zhaw.ch

Die 24. Jahrestagung für Phytotherapie findet am 19. November 2009 in Baden zum Thema «Phytotherapie und Sport» statt.

Résumé

Phytothérapie: foie et vésicule biliaire

En novembre 2008, le congrès annuel de la Société Suisse de Phytothérapie Médicale (SSPM) avait pour sujet le foie et la vésicule biliaire, deux organes qui sont au cœur des traitements dans la médecine intégrale. Des experts de renom ont évoqué le foie du point de vue de la médecine traditionnelle et de la médecine complémentaire. Toutefois, la médecine traditionnelle dispose d'un arsenal relativement limité pour le traitement spécifique des maladies hépatiques. En revanche, la médecine complémentaire présente une profusion de solutions pour le traitement du foie. En raison des liens fonctionnels étroits entre estomac, foie, vésicule biliaire et intestin, ces organes sont considérés comme un système et traités en grande partie par les mêmes moyens dans la phytothérapie. Le chardon Marie est une plante importante dans ce contexte. De récentes études avec des composants du chardon Marie ont présenté de premiers résultats encourageants. Dans la médecine populaire, le pissenlit a une importance particulière et constitue, selon Johann Künzle et Alfred Vogel, une plante centrale par son action sur le foie et la vésicule biliaire. Comme le pissenlit est largement connu et répandu, il est le remède de «bonne femme» idéal. La médecine ayurvédique et la médecine anthroposophique disposent également de nombreuses possibilités thérapeutiques en cas de troubles hépatiques ou biliaires. ▮

Les politiciens agissent

Marcel Wyler

Le 19 mars 2009, un groupe de parlementaires a présenté des propositions pour la baisse des prix des médicaments. Les conseillers aux États Verena Diener, Simonetta Sommaruga et Christoffel Brändli ainsi que le conseiller national Claude Ruey poursuivent depuis bien longtemps une politique de santé parfaitement valable au niveau cantonal et national.

Les propositions ont été accueillies positivement par les médias. La société faîtière soutient dans l'ensemble les mesures présentées. En effet, elles envoient les bons signaux et sont médicalement justifiées.

Potentiel d'économies surestimé

Ces dernières années, il a été réalisé davantage d'économies dans le domaine des médicaments que dans tout autre secteur de la santé. L'introduction des génériques a entraîné des diminutions massives des marges chez les fabricants d'originaux, ainsi que dans l'industrie de la recherche et les canaux de distribution. Les pharmaciens poursuivent depuis plus de dix ans une stratégie basée sur l'indépendance par rapport au prix de fabrique. Ils ont ainsi économisé près d'un milliard de francs depuis l'introduction de la rémunération basée sur les prestations (RBP) en 2000. Voici la recette de leur succès: éliminer les fausses incitations et promouvoir les économies sans réglementations superflues. Les pharmaciens ont mis à profit leurs compétences dans le domaine des médicaments pour promouvoir les génériques. Ce secteur a donc déjà atteint de nombreux objectifs. C'est peut-être la raison pour laquelle certaines organisations de consommateurs perçoivent un énorme potentiel d'économies dans le domaine des médicaments. Dans l'ensemble, les possibilités d'économies sont toutefois surestimées ou présentées comme beaucoup trop importantes auprès du grand public. L'évolution des prix ne peut plus simplement être attribuée aux médicaments. L'augmentation des coûts des médicaments ne représente plus que 60 à 70% de la hausse moyenne des coûts de santé. Les possibilités sont donc largement épuisées. Cependant, il existe encore des points qui peuvent être optimisés et qui permettent d'agir rapidement. Dans l'ensemble, les mesures auraient une répercussion maximale de 0.5 à 0.9% sur les coûts de la santé. Il s'agit donc de garder la tête froide et d'étudier précisément de quoi il retourne.

Les mesures suivantes sont proposées:

→ Élargissement du «panier des pays de comparaison»: hormis l'Allemagne, le Danemark, la Grande-Bretagne et les Pays-Bas, il faudrait désormais aussi tenir compte de pays comme la France, l'Autriche et l'Italie. Potentiel d'économies: 200 millions de francs.

→ Extension des indications: lors de l'admission d'une nouvelle indication ou de l'extension d'une indication existante, le prix existant doit être baissé dans une proportion équitable à l'augmentation escomptée de revenu.

→ Quote-part différenciée: une ordonnance doit éviter que les fabricants d'originaux puissent «contourner» la quote-part plus élevée par une réduction de prix unique au niveau des génériques. Potentiel d'économies: 160 millions de francs.

Condition sine qua non: pôle de recherche suisse et place économique suisse

Au cours de la conférence de presse du 19 mars, il a été soulevé des idées qui coûteraient des centaines de millions de francs suisses à l'industrie s'il était arbitrairement procédé à des coupes sur le prix de fabrique. Pour pharmaSuisse, il ne faut pas toucher au pôle de recherche suisse. Le risque serait trop grand que l'industrie de la recherche et les fournisseurs de génériques quittent la Suisse en raison des barrières et des obstacles qui y sont constamment érigés. Il ne faut pas oublier que le marché suisse est relativement modeste en comparaison internationale.

Les propositions parfois populistes concernant le panier des pays de comparaison doivent être combattues avec véhémence. Certains exigent parfois des prix au niveau de ceux pratiqués en Grèce. La politique doit impérativement défendre la place économique suisse. Les coûts des salaires, des loyers et de l'infrastructure en Suisse doivent être déclarés ouvertement et en toute transparence, y compris dans les paniers élargis des pays de comparaison. Il est inconcevable de créer, par des comparaisons hasardeuses, des situations comme aux États-Unis où la qualité et les prestations sont sacrifiées au profit des prix. Il en résulte finalement des frais subséquents énormes à cause de la prise erronée de médicaments ou de dosages inadaptés.

Le système de santé a besoin d'innovations et d'acteurs qui déclarent ouvertement leurs possibilités d'économies et les exploitent efficacement. Des incitations correctement placées permettraient certainement d'y parvenir. Dans le domaine des médicaments, un franc sur trois est aujourd'hui gagné par un médecin qui peut déjà, grâce à son monopole, prescrire les médicaments de son choix. Les statistiques prouvent d'ailleurs que les coûts des médicaments augmentent beaucoup plus vite dans les cantons à dispensation médicale. Les incitations devraient commencer ici. Chaque fournisseur de prestations travaille en réseau et contribue ainsi à des soins intégrés. ▮

Adresse de correspondance
Marcel Wyler, responsable du département «Communication» de pharmaSuisse
E-mail: marcel.wyler@pharmaSuisse.org

Politiker werden aktiv

Marcel Wyler

Am 19. März 2009 ist eine Gruppe von Parlamentarierinnen und Parlamentariern mit Vorschlägen zur Reduktion der Medikamentenpreise in der Schweiz an die Öffentlichkeit getreten. Die Ständeräte Verena Diener, Simonetta Sommaruga und Christoffel Brändli sowie Nationalrat Claude Ruey sind vier Persönlichkeiten, die bereits seit längerem und sehr fundiert kantonale und nationale Gesundheitspolitik betreiben.

Die Vorschläge wurden in den Medien positiv aufgenommen. Der Dachverband hat sich grundsätzlich hinter das Vorhaben gestellt, da die Massnahmen die richtigen Anreize setzen und medizinisch sinnvoll sind.

Sparpotenzial überschätzt

Bei den Arzneimitteln sind in den vergangenen Jahren mehr Sparbeiträge erbracht worden als in den meisten anderen Bereichen des Gesundheitswesens. Die Einführung der Generika hat sowohl bei den Originalherstellern und der forschenden Industrie als auch in den Abgabekanälen massive Senkungen der Deckungsbeiträge zur Folge gehabt. Die Apotheken haben bereits vor über zehn Jahren die Strategie der Unabhängigkeit vom Fabrikabgabepreis eingeleitet und seit der Einführung der Leistungsorientierten Abgeltung LOA im Jahr 2000 fast eine Milliarde Franken eingespart. Das Erfolgsrezept: Preistreibende Anreize eliminieren, kostensparende Anreize ohne überflüssige Regulierungen fördern. Die Apotheken haben sich mit ihrer spezifischen Kompetenz in Arzneimittelfragen massiv für die Förderung der Generika eingesetzt. Weil hier schon viel erreicht worden ist, wittern vielleicht einige so genannte Konsumentenkreise gerade darum ein riesiges Sparpotenzial im Medikamentenbereich. Grundsätzlich werden die Sparmöglichkeiten aber deutlich überschätzt oder zumindest in der Öffentlichkeit als viel zu gross dargestellt. Das Preiswachstum ist ganz klar nicht mehr auf die Medikamente zurückzuführen. Der Kostenanstieg bei den Medikamenten betrug nur noch etwa 60 bis 70 Prozent des durchschnittlichen Anstiegs der Gesundheitskosten. Hier sind die Möglichkeiten also weitgehend ausgereizt. Doch es gibt noch Bereiche, die optimiert werden können, und wo rasch gehandelt werden kann. Auf die Gesundheitskosten insgesamt würden sich die Massnahmen aber höchstens im Bereich von 0,5 bis 0,9 Prozent auswirken. Also: kühlen Kopf bewahren und genau hinschauen, worum es geht.

Folgende Massnahmen sind gefordert:

- → Erweiterung des Vergleichsländerkorbs: Neben Deutschland, Dänemark, Grossbritannien und den Niederlanden sollen neu auch Frankreich, Österreich und Italien einbezogen werden. Sparpotenzial: 200 Mio. Franken.
- → Indikationserweiterung: Bei der Zulassung einer neuen Indikation oder der Erweiterung einer bestehenden Indikation soll der bestehende Preis in einer angemessenen Relation zum erwarteten Umsatzwachstum gesenkt werden.
- → Differenzierter Selbstbehalt: Durch eine entsprechende Verordnung soll verhindert werden, dass sich Originalhersteller mit einer einmaligen Preisreduktion auf das Generikum-Niveau vom höheren Selbstbehalt dauerhaft „freikaufen" können. Sparpotenzial: 160 Mio. Franken.

Conditio sine qua non: Forschungsstandort Schweiz, Werkplatz Schweiz

Im Umfeld der Veranstaltung vom 19. März sind Ideen aufgetaucht, wie zum Beispiel beliebige Preisschnitte auf dem Fabrikabgabepreis die, reiner Willkür entsprechend, die Industrie Hunderte von Millionen Schweizerfranken kosten würden. Für pharmaSuisse ist der Forschungsstandort Schweiz unantastbar. Es darf auf gar keinen Fall riskiert werden, dass sich die forschende Industrie und die innovativen Generika-Anbieter aus der Schweiz verabschieden, weil hier willkürlich immer neue Schranken und Begrenzungen aufgebaut werden. Zu bedenken ist, dass der Schweizer Markt in internationalen Dimensionen recht bescheiden ist.

Ganz vehement zu bekämpfen sind auch die mitunter populistisch vorgetragenen Ideen zum Ländervergleichskorb. So werden teils Preise auf dem Niveau von zum Beispiel Griechenland gefordert. Hier muss von der Politik ein klares Bekenntnis zum Werkplatz Schweiz formuliert werden. Die Kosten der Löhne, der Mieten und generell der Infrastruktur in der Schweiz müssen auch bei erweiterten Länderkörben transparent und offen deklariert werden. Es geht nicht an, dass mit waghalsigen Vergleichen Verhältnisse geschaffen werden, wie sie beispielsweise in den USA Realität sind: Dem Preis werden Qualität und Dienstleistung geopfert. Mit dem Resultat, dass enorme Folgekosten durch Falscheinnahmen ungeeigneter Medikamente oder Dosierungen entstehen.

Das Gesundheitswesen braucht Innovationen und ist dringend darauf angewiesen, dass seine Akteure ihre Sparmöglichkeiten ehrlich deklarieren und wirksam ausschöpfen. Dies geschieht nach unserer festen Überzeugung mit Anreizsystemen, die richtig gesetzt werden. Heute wird bereits jeder dritte Medikamentenfranken von einem Arzt verdient, der, trotz anderer Ausbildung, das staatliche Monopol innehat, Medikamente seiner Wahl zu verschreiben. Die Statistiken zeigen denn auch, dass Kantone mit reiner Selbstdispensation die am schnellsten wachsenden Medikamentenkosten aufweisen. Hier sollten Anreize greifen. Jeder Leistungserbringer arbeitet im Netz und trägt so zu einer integrierten Versorgung bei. ▮

Korrespondenzadresse
Marcel Wyler, Leiter Kommunikation pharmaSuisse
E-Mail: marcel.wyler@pharmaSuisse.org

Apothekenrezeptur – Qualität auf hohem Niveau

Holger Latsch

2006 wurden nach Angaben des Deutschen Arzneiprüfungsinstitutes e. V. 15 Millionen Rezepturen von Deutschlands Apotheken für ihre Kunden hergestellt. Hauptsächlich erfolgten die Verordnungen durch Dermatologen, Allgemeinmediziner und Kinderärzte. Gerade bei der Rezepturherstellung können die Apotheken ihre Fähigkeiten eindrucksvoll demonstrieren und die fachliche Qualifikation und Sachkenntnis ihrer Mitarbeiter unterstreichen. Dies gelingt aber nur, wenn ein hoher und konstanter Qualitätsstandard gewährleistet ist.

Die Bundesapothekerkammer empfiehlt – neben geeigneten, regelmässig durchzuführenden Massnahmen zur internen Qualitätskontrolle – einmal jährlich an einem Ringversuch teilzunehmen.

Mit der Teilnahme an einem Ringversuch bekommen Apotheken die Gelegenheit, sich Klarheit über die Qualität ihrer Herstellungsvorgänge und selbst zubereiteten Produkte zu verschaffen sowie kritische Abläufe in wichtigen Bereichen der Rezepturherstellung zu überprüfen. Mit diesen Erkenntnissen kann die Qualität von Rezepturarzneimitteln weiterentwickelt bzw. auf dem erforderlichen Stand gehalten werden.

Die Schweizer Apotheken sind eingeladen, sich an den Ringversuchen zu beteiligen. Die Ergebnisse werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

2009: Herstellung einer flüssigen Zubereitung und einer Cremezubereitung

Die Auswahl der Rezepturen für die Ringversuche 2009 richtete sich vor allem nach der Praxisrelevanz. Für den nächsten Ringversuch, der die Herstellung einer flüssigen Zubereitung beinhaltet, wurde als Wirkstoff Minoxidil ausgewählt. Der ursprünglich als Antihypertensivum entwickelte vasodilatierende Arzneistoff wird aufgrund seiner Haarwuchs steigernden (Neben-)Wirkung nun hauptsächlich zur kutanen Behandlung der androgenetischen Alopezie bei Männern und Frauen eingesetzt. Den Abschluss der Ringversuche 2009 bildet eine Cremezubereitung mit Harnstoff als wirksamer Substanz. Harnstoff hat eine hohe Wasserbindungskapazität und wird daher beispielsweise zur Behandlung trockener, juckender Haut oder bei Neurodermitis und chronischen Ekzemen verwendet.

Die Anfertigung der Rezepturen soll im Rahmen des üblichen Apothekenbetriebs erfolgen. Daher kann die Apotheke für die Zubereitung ein Verfahren ihrer Wahl anwenden und die Herstellung so durchführen, wie sie auch sonst in der Apotheke vorgenommen wird, um die Qualität des eigenen Herstellverfahrens zu überprüfen.

Anhand der vom ZL inhaltlich und mengenmässig vorgegebenen Rezepturen werden je nach Zubereitung Qualitätskriterien wie Identität und Gehalt, Wirkstoffverteilung, Dichte, Konsistenz und galenische Beschaffenheit sowie die korrekte Kennzeichnung des Arzneimittels unter Berücksichtigung des verwendeten Primärpackmittels überprüft.

Ablauf der ZL-Rezeptur-Ringversuche

Anmeldung der Apotheken zum Ringversuch

Die Anmeldung der Apotheken zum Ringversuch erfolgt online über die Homepage des ZL www.zentrallabor.com. Bei der Erstregistrierung werden die notwendigen persönlichen Daten erfasst und es kann ein individuelles Passwort festgelegt werden. Die Anmeldung zum Ringversuch erfolgt dann in einem zweiten Schritt mithilfe der E-Mail-Adresse und dem persönlichen Passwort. Jede Apotheke erhält bei Online-Anmeldung 5% Rabatt. Das Anmeldeformular kann auch unter www.pharmasuisse.org (Mitgliederbereich) heruntergeladen und per Fax übermittelt werden (0049 (0)6196 937 810).

Herstellungsmitteilung

Die Herstellungsmitteilung wird rechtzeitig (ca. 14 Tage) vor dem Herstellungstermin, der vor dem Anmeldeschluss für den Ringversuch liegen kann, an die teilnehmenden Apotheken versandt. Das Schreiben umfasst eine detaillierte Ablaufschilderung des Ringversuches mit genauen Informationen zu Rezeptur, Prüfkriterien, Herstellungstag, Versandlogistik ans ZL und dem Termin für die Mitteilung des persönlichen Ergebnisses.

Herstellung der vorgegebenen Rezeptur und Versand ans ZL

Die vom ZL genannte Rezeptur ist von den teilnehmenden Apotheken am vorgegebenen Herstellungstag unter Routinebedingungen anzufertigen und umgehend an das ZL einzusenden.

Es muss durch die Apotheken sichergestellt sein, dass die Zubereitung das ZL möglichst am darauffolgenden Tag erreicht.

Untersuchung und Auswertung der eingesandten Rezepturen im ZL

Im ZL werden die eingesandten Rezepturen hinsichtlich chemischer und physikalischer Prüfkriterien nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft und anerkannten pharmazeutischen Regeln geprüft.

Ergebnismitteilung

Die Ergebnismitteilung wird in einem Abstand von bis zu max. 12 Wochen nach dem jeweiligen Herstellungstermin an die am Ringversuch teilnehmenden Apotheken versandt.

Sie beinhaltet das im Rahmen der Untersuchung von der Apotheke erzielte persönliche Ergebnis in Form eines Ergebnisprotokolls. In einer übersichtlichen Gegenüberstellung können dem Ergebnisprotokoll die Prüfkriterien, die Anforderungen (Spezifikationen), die Empfehlungen und das eigene Ergebnis entnommen werden. Alle vorgegebenen, relevanten Qualitätsmerkmale müssen den Anforderungen (Spezifikationen) entsprechen, damit die Voraussetzungen für die Vergabe eines Zertifikates erfüllt sind.

Ergänzend erhalten die Apotheken Erläuterungen zu den einzelnen Prüfkriterien, die detailliert Auskunft über die bei der Prüfung eingesetzten Untersuchungsmethoden und die gesetzlichen Anforderungen geben. Zugleich werden erste Tipps zur Herstellung gegeben, die sich aus einer Vorauswertung des Ringversuches ergeben. Erfolgreich am Rezepturringversuch teilnehmende Apotheken erhalten ein Zertifikat.

Abonnement

Seit 2006 besteht für alle Teilnehmer der Rezeptur-Ringversuche die Möglichkeit, sich als Abonnent registrieren zu lassen. Möchte ein Teilnehmer jedes Jahr ein Mal am Ringversuch teilnehmen, kann er sich zum Beispiel für den 2. Ringversuch des Jahres als Abonnent registrieren lassen. Er erhält dann automatisch jedes Jahr zwischen April und August eine Herstellungsanweisung zur Ringversuchsrezeptur. Möchte ein Teilnehmer mehrere Male im Jahr an den Ringversuchen teilnehmen, so muss er sich für jeden Ringversuch als Abonnent registrieren lassen. Die Teilnahme im Rahmen eines Abonnements ist mit einem Rabatt von 5% verbunden.

Alle Abonnenten erhalten zum Jahresanfang ein Informationsblatt mit einer Auflistung aller Ringversuche, für die sie im darauffolgenden Jahr registriert sind und in dem die Rezepturen des nächsten Jahres kurz vorgestellt werden. Anhand dieser Liste können dem ZL Änderungswünsche schriftlich bis zum Anmeldeschluss des jeweiligen Ringversuches bekannt gegeben werden. Apotheken, die keine Änderungen vornehmen möchten, brauchen dem ZL keine Mitteilung zukommen zu lassen.

Teilnehmer, die sich online für ein Abonnement anmelden, erhalten 5% Rabatt.

Die Kündigung einer Teilnahme oder eines Abonnements muss dem ZL schriftlich bis zum Anmeldeschluss des jeweiligen Ringversuches mitgeteilt werden. ▮

Informationen

Zentrallaboratorium Deutscher Apotheker
Carl-Mannich-Str. 20, D-65760 Eschborn
Infoline Ringversuche 0049 (0)6196 937 850/853
Fax 0049 (0)6196 937 810
E-Mail: ringversuche@zentrallabor.com
www.zentrallabor.com

Termine der Ringversuch Rezeptur in der Apotheke 2009

Flüssige Zubereitung mit Minoxidil	
Prüfkriterien	Gehalt, Dichte, Kennzeichnung der Rezeptur
Anmeldeschluss	bis spätestens 15. Juni 2009
Prüfzeitraum	1. Mai bis 31. August 2009
Herstellungstag	liegt innerhalb des Prüfzeitraums
Ergebnismitteilung	bis spätestens 31. August 2009
Cremezubereitung mit Harnstoff	
Prüfkriterien	Gehalt, galenische Beschaffenheit, Kennzeichnung der Rezeptur
Anmeldeschluss	bis spätestens 15. Oktober 2009
Prüfzeitraum	1. August bis 31. Dezember 2009
Herstellungstag	liegt innerhalb des Prüfzeitraums
Ergebnismitteilung	bis spätestens 31. Dezember 2009
Die Teilnahmegebühr pro Ringversuch beträgt 115.– Euro	

08 | 4.2009

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 16.4.2009, 147. Jahrgang

Nr. | No
08



Impfen

Die Rolle des BAG S. 25

Vaccinations

Le rôle de l'OFSP p. 22

→ Pharmazie und Medizin · Pharmacie et médecine

Antidote bei Vergiftungen

Medikation: Fehlermanagement

Médication: gestion des erreurs

Pharmakotherapie bei Parkinson

Pharmacothérapie de la maladie de Parkinson

→ Politik · Politique

LOA IV: Vertragsentwurf beim Bundesrat

RBP IV: projet de convention chez le Conseil fédéral

BAG: Europäische Impfwoche

OFSP: semaine européenne de la vaccination

→ Markt · Economie

FIP 2008: Impressions

Antidote bei Vergiftungen 2009

Hugo Kupferschmidt

Die Arbeitsgruppe «Antidota» des Schweizerischen Toxikologischen Informationszentrums (STIZ) und der Gesellschaft der Schweizerischen Amts- und Spitalapotheker (GSASA) hat die Schweizerische Antidotliste überarbeitet und im BAG-Bulletin 2009/11 veröffentlicht. Sie gibt Aufschluss über die Art der Antidote und deren Verfügbarkeit.

Es werden nur Substanzen in die Liste aufgenommen, die nicht bereits zur Standardausrüstung der öffentlichen Apotheken und Spitalapotheken gehören und dabei folgende Kriterien erfüllen:

→ die Substanz wird als klassisches Antidot angewendet;
→ ein Medikament, das nicht generell im Spital verfügbar ist, findet als Antidot Anwendung;
→ die Anwendung als Antidot erfordert grössere Mengen als die, die für den therapeutischen Einsatz im Spital normalerweise vorrätig sind;
→ die Anwendung als Antidot ist wenig bekannt.

Es wird keine Vollständigkeit, sondern Sicherheit bezüglich effektiven Vorhandenseins der ausgewählten Präparate angestrebt. Dieses Konzept der flächendeckenden Antidotaverteilung in der Schweiz wurde 1986 von der Gesundheitsdirektorenkonferenz genehmigt und 2005 erneut bestätigt. Der Stiftungsrat des Schweizerischen Toxikologischen Informationszentrums begrüsst dieses Notfall-Versorgungskonzept und unterstützt dessen Aufrechterhaltung mit der vorliegenden Antidotliste, die die Grundlage für dieses Versorgungskonzept bildet.

Das Schweizer Antidotarium ist in drei sich ergänzende Sortimente gegliedert, wobei Vergiftungshäufigkeit, Ort der Verwendung und logistische Kriterien für die Zuteilung entscheidend sind. Ein Grundsortiment ist generell in allen Akutspitälern und öffentlichen Apotheken vorhanden, ein Zusatzsortiment lediglich in Regionalzentren, die grossen Spitälern angegliedert sind (Tabelle). Diese Sortimente bilden die Basis für eine optimale ärztliche Versorgung von toxikologischen Notfallsituationen.

Für einen Teil der Präparate ist die Verwendung als Antidot nicht zugelassen (sog. off-label use). Ein Beispiel stellt die subkutane Infiltration von Calciumglubionat bei Flusssäureverätzungen dar. Die Erweiterung der Anwendung bzw. der Indikationen, die in der Hand der Hersteller liegt, ist aus verschiedenen Gründen oft nicht möglich, schon allein, da klinische Studien bei Vergiftungen nicht möglich sind. In diesen Fällen erwähnt die Antidotliste gelegentlich trotzdem den off-label use.

Verfügbarkeit der Antidote

Mehr als die Hälfte der Präparate auf der Antidotliste ist nicht zugelassen und muss auf der Grundlage des Art. 36 der Arzneimittelbewilligungsverordnung (AMBV) direkt von den Herstellern oder über Grenzapotheken importiert werden. In der Schweiz nicht zugelassene Antidote mit ausländischer Zulassung sind überwiegend im Zusatzsortiment der Regionalzentren enthalten (Ausnahmen: Aktivkohle, Neostigmin, Calciumgluconat-Hydrogel). Als Notfallprodukte sind sie in einwandfreier Qualität entweder bei einem der aufgeführten Lieferanten bestellbar oder in der Apotheke herstellbar. Eine aktuelle Liste der einzelnen Bezugsquellen findet sich im Anhang (Kapitel F). In der Schweiz zugelassene Antidote sollen auf dem auch für andere Arzneimittel üblichen Weg beschafft werden.

Swissmedic entwickelt zurzeit eine Anleitung zur Möglichkeit einer praxisorientierten, vereinfachten Zulassung für selten angewendete Antidota des

Tabelle: Liste der Regionalzentren

Aarau	Kantonsspital Aarau AG	062 838 41 41
Baar	Notfallzentrum Kantonsspital	041 399 11 44
Basel	Universitätsspital	061 265 25 25
Bellinzona	Ospedale San Giovanni Bellinzona	091 811 91 11
Bern	Inselspital	031 632 21 11
Biel	Spitalzentrum Biel	032 324 48 60
Chur	Kantonsspital Graubünden	081 256 61 11
Delémont	Hôpital de Jura	032 421 21 21
Fribourg	Hôpital cantonal HFR	026 426 71 11
Genève	Hôpital universitaire (HUG)	022 372 33 11
Interlaken	FMI Spital Interlaken	033 826 26 26
Lausanne	CHUV	021 314 11 11
Lugano	Ospedale civico	091 811 61 11
Luzern	Kantonsspital	041 205 11 11
Münsterlingen	Kantonsspital	071 686 11 11
Neuchâtel	Hôpital Pourtalès	032 713 43 00
Samedan	Spital Oberengadin	081 851 81 11
St. Gallen	Kantonsspital	071 494 11 11
Schaffhausen	Spitäler Schaffhausen	052 634 34 34
Schwyz	Spital Schwyz	041 818 41 41
Sion	Hôpital de Sion	027 603 40 00
Solothurn	Spitäler AG	032 627 31 21
Winterthur	Kantonsspital	052 266 25 40
Zürich	Universitätsspital	044 255 21 11
Zürich	Stadtspital Triemli	044 466 22 20

Sortiments. Dies soll im Sinne eines «well established use» (gem. VAZV Art. 12, Abs 3, Bst c) erfolgen. Das heisst, dass ein Arzneimittel seit mindestens zehn Jahren verwendet wird und dessen Sicherheit und Wirksamkeit in der wissenschaftlichen Literatur gut dokumentiert und allgemein anerkannt ist. Für zahlreiche seit langem angewendete Antidota hat es sich in der Praxis jedoch als schwierig erwiesen, genügend wissenschaftliche Daten oder sogar Literaturangaben im Hinblick auf die Zulassungsunterlagen für ein neues Präparat zu sammeln, die eine Zulassung auf der Grundlage einer nachgewiesenen Wirksamkeit und Sicherheit in Übereinstimmung mit den gegenwärtigen Normen («Evidence Based Medicine») ermöglichen würden. Die selten angewendeten Präparate der Antidota-Liste sollen gemäss dem neuen Konzept als «well established» angesehen werden, und eine ordentliche Zulassung soll aufgrund einer vollständigen Qualitätsdokumentation, wie sie beim Hersteller zur Verfügung steht, erfolgen können. Der Mangel an präklinischen und klinischen Studien soll durch eine verstärkte Überwachung unerwünschter Wirkungen und der klinischen Wirksamkeit im Rahmen einer entsprechenden Dokumentierung von Vergiftungsfällen kompensiert werden.

ANTIVENIN-CH

Das Netzwerk der Schweizerischen Antivenin-Depots [1] hat 2008 14-mal Antivenine ausgeliefert (Viperfav 6-mal, Antivipmyn 1-mal, Black Snake Antivenom 1-mal, CroFab 2-mal, Green Pit Viper 1-mal, SAIMR Polyvalent 3-mal). Bei sechs Lieferungen wurden die Antivenine nicht gebraucht und wieder retourniert. Das STIZ registrierte 2008 58 Fälle zu Schlangenbissen beim Menschen (18 Kinder <16 Jahre, und 40 Erwachsene), 35 zu einheimischen, 23 zu exotischen Schlangen. In 39 Fällen handelte es sich um Giftschlangen, zehn davon in Haltung.

News 2009

→ Die Spitalapotheke Aarau hat per Ende 2008 die Produktion von Antidoten eingestellt. Für die betroffenen Präparate (Aktivkohle-Suspension, Calciumglukonat-Gel, Atropin Vials 100 mL, Physostigmin) müssen andere Lieferanten berücksichtigt werden (Antidotliste, Anhang). Die Arbeitsgruppe dankt der Spitalapotheke Aarau für ihren langjährigen Einsatz im Bereich der Antidote. Neu wird die Armeeapotheke vermehrt im Sektor Antidote tätig sein. Vertreter der Armeeapotheke nehmen daher Einsitz in der Arbeitsgruppe (D. Heer, Th. Meister).

→ Die Firma Streuli hat die Zulassung von Atropin 1 ml (0.5 mg/ml) per 5.6.2008 widerrufen. Ein vergleichbares Präparat wird von den Firmen Amino, Bichsel und Sintetica als Pharmakopöe-Produkt angeboten.

Hinweis zu Aktivkohle, Calciumglukonat-Hydrogel

Die Apotheken werden darauf aufmerksam gemacht, dass für Aktivkohle und Calciumglukonat-Hydrogel momentan keine in der Schweiz zugelassenen Präparate zur Verfügung stehen und diese Notfallmedikamente im Ausland beschafft (Präparate und Bezugsquellen siehe Anhang der Antidotliste) oder nach FC selbst hergestellt werden müssen. Die Arbeitsgruppe «Antidota» GSASA-STIZ sucht derzeit nach einer neuen Lösung.

→ Gemäss Angaben des Herstellers sind sowohl Dimaval® Ampullen als auch Kapseln (DMPS) wieder normal lieferbar.

→ Neostigmin-Präparate werden nicht mehr in der Schweiz hergestellt. Es muss auf ausländische Lieferanten zurückgegriffen werden

→ In der Literatur wird, zusätzlich zur etablierten intravenösen Gabe, über die erfolgreiche intrathekale Anwendung von Glucarpidase (Carboxypeptidase G2, Voraxase®) nach entsprechender Applikation von Methotrexat berichtet [2,3].

→ Dexrazoxan, das seit über 25 Jahren in der Onkologie gegen Anthrazyklin-induzierte Kardiotoxizität eingesetzt wird, ist auch bei akzidentellen Extravasationen wirksam. Nach intravenöser Gabe in der Folge einer solchen Extravasation traten therapiebedürftige Hautnekrosen und Ulzera nur in 1.8% auf, im Gegensatz zu 25 bis 50% bei historischen Kontrollen [4,5]. Die dabei verwendete Dosierung betrug 1000 (Tag 1), 1000 (Tag 2) und 500 (Tag 3) mg/m² pro Tag; die Therapie wurde innert der ersten sechs Stunden nach Extravasation begonnen.
Eine kleine Studie aus Nepal [6] weist darauf hin, dass Methylenblau bei Methämoglobinämie besser wirkt, wenn es kontinuierlich anstatt bolusweise verabreicht wird. Bei elf Kindern im Alter von zwischen 38 und 61 Monaten mit durchschnittlichen initialen Methämoglobinwerten von 52,7% nach Einnahme des Lepramittels Dapson waren die Methämoglobinwerte unter Therapie mit Methylenblau 25% tiefer bei kontinuierlicher Gabe als bei intermittierender Gabe (bei identischer kumulativer Dosis).

→ Die Regionalzentren bestätigen der Arbeitsgruppe ab 2009 jährlich den Bestand an Antidoten (auf Anfrage). So können Lücken erfasst und behoben werden.

Die Antidotliste erscheint jedes Jahr regelmässig im BAG-Bulletin und ist auch auf dem Internet einsehbar über http://www.toxi.ch (dort sind zusätzlich Links zu weiterführender Information wie Antidotmonographien und Fachinformationen vorhanden) oder http://www.pharmasuisse.org (Mitgliederbereich). ∎

Arbeitsgruppe «Antidota» des Schweizerischen Toxikologischen Informationszentrums (STIZ) und der Gesellschaft Schweizerischer Amts- und Spitalapotheker (GSASA).

Literatur
auf www.pharmasuisse.org

Korrespondenzadresse
Dr. med. Hugo Kupferschmidt, Direktor
Schweiz. Toxikologisches Informationszentrum
Freiestrasse 16
CH-8032 Zürich
Tel. +41-44-251 6666
Fax +41-44-252 8833
E-Mail: hkupferschmidt@toxi.ch

Abteilung Wissenschaft, Bildung und Qualität unter neuer Leitung

Christa Rüedi

Mit Dr. Astrid Czock konnte eine sehr erfahrene und kompetente Apothekerin für die Leitung der Abteilung Wissenschaft, Bildung und Qualität gewonnen werden.



Aufgewachsen in Wien und Dortmund, hat Astrid Czock in Wien in pharmazeutischer Chemie mit Schwerpunkt Morphinchemie promoviert. Anschliessend verbrachte sie zwei Jahre in den USA, als Staff Scientist, als Assistentin eines Patentanwaltes auf dem Gebiet der Darmkrebs-Prophylaxe und –Therapie und in der Pharmacy School der University of Pacific. Sie verfügt sowohl über einen österreichischen als auch über einen deutschen Abschluss und hat 2005 zudem den FPH-Titel in Offizinpharmazie erworben.

Praktische Erfahrungen gesammelt hat sie ebenfalls in Österreich, in Deutschland und in der Schweiz, wo sie während mehrerer Jahre als Verwalterin verschiedener Apotheken und als Konsiliarapothekerin einer Klinik und eines Heims tätig war.

Gleichzeitig hat sie sich als Vorstandsmitglied des Bündner Apothekervereins, als PR-Beauftragte, als Delegierte und als Mitglied der Fachgesellschaft FPH Offizin engagiert und damit das nötige Rüstzeug für ihre neue Aufgabe in der Geschäftsleitung von pharmaSuisse geholt. Es ist Astrid Czock ein Anliegen, mit ihrem breiten Erfahrungsschatz aktiv dazu beizutragen, dass die Schweizer Apotheker für die Herausforderungen der Zukunft bereit sind. ▮

Herzlichen Dank

Sara Iten-Hug ist 2001 als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei pharmaSuisse eingetreten und hat 2003 zuerst die Co-Leitung, 2004 dann die alleinige Leitung der Abteilung Wissenschaft, Bildung und Qualität übernommen. Schwerpunkte ihrer Amtszeit waren vor allem die Umsetzung FPH, die neue berufliche Grundausbildung der Pharma-Assistentinnen und die Weiterentwicklung QMS. Nach ihrem Mutterschaftsurlaub hat sie eine neue Aufgabe mit reduziertem Pensum übernommen. pharmaSuisse dankt Sara Iten herzlich für den grossen Einsatz, den sie für den Verband geleistet hat, und für ihre Bereitschaft, weiterhin in der Geschäftsstelle tätig zu sein.

Korrespondenzadresse
Christa Rüedi, Chefredaktorin pharmaJournal
E-Mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Nouvelle responsable du département Science, Formation & Qualité

Christa Rüedi

En la personne d'Astrid Czock, une pharmacienne très expérimentée et compétente a repris les reines du département Science, Formation & Qualité.

Astrid Czock a grandi à Vienne et à Dortmund, puis passé à Vienne son doctorat de chimie pharmaceutique avec spécialisation en morphine. Elle a ensuite travaillé deux ans aux États-Unis, comme assistante d'un avocat de brevets dans le domaine de la prophylaxie et du traitement du cancer colorectal à la Pharmacy School de l'University of Pacific. Elle dispose à la fois d'un diplôme autrichien et allemand. En 2005, elle a en outre obtenu le titre de spécialiste FPH en pharmacie d'officine.

Elle a aussi acquis de l'expérience pratique en Autriche, en Allemagne et en Suisse où elle a travaillé plusieurs années comme gérante de diverses pharmacies ainsi que comme pharmacienne consultante d'une clinique et d'un home.

Comme membre du comité de la société grisonne de pharmacie, comme chargée de relations publiques, comme déléguée et comme membre de la société de discipline FPH Officine, elle a en outre accumulé le bagage nécessaire pour sa nouvelle activité à la direction de pharmaSuisse. Astrid Czock compte bien utiliser son énorme savoir-faire pour préparer les pharmaciens suisses à relever les défis du futur. ▮

Un grand merci

Sara Iten-Hug a commencé à travailler pour pharmaSuisse en 2001 comme collaboratrice scientifique. En 2003, elle a ensuite repris la co-direction du département «Science, Formation & Qualité» avant d'en assumer la responsabilité seule en 2004. Pendant son activité, ses principaux projets ont surtout été la mise en application du programme FPH, la nouvelle formation professionnelle initiale des assistantes en pharmacie et le développement du système QMS. Après son congé maternité, elle a accepté d'assumer une nouvelle activité avec un taux d'occupation réduit. pharmaSuisse remercie chaleureusement Sara Iten pour son engagement et lui est reconnaissante d'avoir bien voulu poursuivre son activité au siège.

Adresse de correspondance
Christa Rüedi, rédactrice en chef du pharmaJournal
E-mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Une ordonnance de l'unité des urgences

Petra Willy, Monika Lutters, Irene Vogel Kahmann

Les patients qui suivent un traitement à l'hôpital reçoivent des médicaments de divers professionnels. Des médicaments sont prescrits par le médecin de famille et le médecin d'hôpital, puis remis par la pharmacie d'officine et d'hôpital ou administrés par le personnel soignant. Ceci entraîne donc de nombreuses interfaces à l'origine de multiples erreurs.

Le cas

Un client est venu dans une pharmacie avec l'ordonnance suivante pour sa femme:

Dafalgan® 1 g (1-1-1-1)
Novalgin® 500 mg
Cardaxen®
Hygroton®

L'ordonnance venait de l'unité des urgences d'un hôpital universitaire. Selon les informations du mari, la patiente s'est présentée aux urgences avec une suspicion de fracture du poignet. Elle est sortie de l'hôpital le même jour, mais devrait y revenir dans quatre jours pour se faire opérer au poignet. L'homme ne savait pas quels médicaments avaient été prescrits à sa femme: probablement quelque chose contre les douleurs.

Sur l'ordonnance, la dose et la posologie du Cardaxen® et du Hygroton® manquaient. La posologie du Novalgin® n'était pas non plus indiquée.

Comme la patiente n'avait pas encore reçu ces médicaments à la pharmacie, il n'était pas possible de prendre la dose d'une ancienne prescription. De plus, les médicaments prescrits (Cardaxen® et Hygroton®) et les complaintes décrites (douleurs suite à une fracture du poignet) ne correspondaient pas.

Pour cette raison, il a été décidé de téléphoner à l'hôpital. D'après le médecin assistant, les médicaments suivants ont été prescrits:

Dafalgan® 1 g (1-1-1-1)
Novalgin® Tr (4x20 gouttes au besoin)
Pantozol® 20 mg (1-0-0)
Voltaren® ret 75 mg (1-0-1)

Hygroton® et Cardaxen® ne figuraient pas sur l'ordonnance.

Les médicaments corrects ont été donnés à la patiente. Le médecin a faxé plus tard l'ordonnance corrigée à la pharmacie, qui l'a envoyée à la caisse-maladie. Une copie de la fausse ordonnance a été gardée dans la documentation («history») de la patiente.
Ce cas a été documenté dans les «activités pharmaceutiques» de la pharmacie.

Commentaire:

Sur l'ordonnance originale, un seul des quatre médicaments a été correctement prescrit. Soit l'ordonnance n'a pas été correctement copiée, soit deux patients ont été confondus. Le stress et la surcharge de travail aux urgences favorisent ce genre de fautes.

Ce cas illustre l'importance du double contrôle des ordonnances à la pharmacie.

Il est primordial que le pharmacien demande les diagnostics au patient. Si le diagnostic (douleurs suite à une fracture du poignet), ainsi que l'absence de dose et de posologie n'avaient pas été considérés, la patiente aurait reçu un bêtabloquant et un diurétique – sans nécessité et avec des conséquences potentiellement graves.

Pour cette raison, l'indication de chaque médicament prescrit doit être connue. Sinon, il faut demander au patient ou au médecin traitant. De plus, la connaissance de l'indication aide le pharmacien à mieux informer et conseiller ses patients et facilite le contrôle des dosages.

Cet exemple montre encore un autre problème: la plupart des patients sortant de l'hôpital ne viennent pas eux-mêmes à la pharmacie, mais envoient des proches ou des amis. Ceci complique donc la validation de l'ordonnance et le bon conseil du patient. ▮

Adresse de correspondance
Dr Monika Lutters
Kantonsspital Baden
Spitalapotheke
5404 Baden

Ce cas a été présenté dans le cadre du cours-bloc «pharmacie institutionnelle» de l'année d'assistanat.

Ein Rezept aus der Notfallstation

Petra Willy, Monika Lutters, Irene Vogel Kahmann

Patienten, die eine Behandlung im Spital benötigen, werden von verschiedenen Fachpersonen medikamentös betreut. Arzneimittel werden sowohl vom Hausarzt als auch vom Spitalarzt verordnet, abgegeben werden sie von der Offizin und der Spitalapotheke, verabreicht von Pflegepersonen. Dabei ergeben sich zahlreiche Schnittstellen, die Ursache vielfältiger Fehler sein können.

Der Vorfall

Ein Kunde kam mit folgendem Rezept für seine Frau in die Apotheke:

Dafalgan® 1 g (1-1-1-1)
Novalgin® 500 mg
Cardaxen®
Hygroton®

Das Rezept stammte aus der Notfallstation eines Universitätsspitals. Laut Angaben des Ehemannes war seine Frau dort wegen Verdachts auf eine Handgelenkfraktur gewesen und am gleichen Tag wieder entlassen worden. Er wusste nicht genau, welche Medikamente seine Frau bekommen sollte. Er vermutete, dass sie etwas gegen Schmerzen bräuchte, da sie in vier Tagen wieder ins Spital gehen müsse, um sich einer Handgelenksoperation zu unterziehen.

Auf dem Rezept fehlten für Cardaxen® und Hygroton® sowohl die Stärke als auch die Dosierung. Für Novalgin® war ebenfalls keine Dosierung angegeben. Da die Patientin diese Medikamente noch nie in der Apotheke bezogen hatte, konnte die Stärke aus früheren Verschreibungen nicht übernommen werden. Zudem stimmten die verordneten Arzneimittel (Cardaxen® und Hygroton®) nicht mit dem beschriebenen Krankheitsbild überein.

Deshalb wurde beschlossen, im Spital anzurufen. Laut Telefon mit dem verschreibenden Assistenzarzt sollten folgende Medikamente abgegeben werden:

Dafalgan® 1 g (1-1-1-1)
Novalgin® Tr (bei Bedarf 4 × 20 Tr)
Pantozol® 20 mg (1-0-0)
Voltaren® ret 75 mg (1-0-1)

Hygroton® und Cardaxen® waren vom Arzt nicht verordnet worden.

Der Patientin wurden die richtigen Medikamente mitgegeben. Das korrekte Rezept wurde durch den Arzt im Nachhinein per Fax geschickt. Eine Kopie des falschen Rezeptes wurde als Dokumentation in der History des Kunden aufbewahrt und das Original der Krankenkasse eingeschickt.

Dieser Fall wurde in den «pharmazeutischen Aktivitäten» der Apotheke dokumentiert.

Kommentar

Auf dem ursprünglichen Rezept war nur eins von vier Medikamenten richtig angegeben worden.

Vielleicht ist die Verordnung falsch abgeschrieben worden oder es wurden zwei Patienten verwechselt. Stress und Überlastung im Notfalldienst begünstigen solche Fehler.

Dieses Beispiel zeigt, dass eine zweite Kontrolle durch die Apotheke sehr wichtig ist. Zur Rezeptvalidierung gehört auch die Frage nach der Diagnose. Wenn die Diagnose (Gelenkschmerzen nach Fraktur) nicht berücksichtigt worden wäre und die Medikamentenstärke und Dosierung nicht gefehlt hätten, hätte die Patientin unnötigerweise einen β-Blocker und ein Diuretikum erhalten. Die Folgen der Verwechslung hätten fatal sein können.

Deshalb muss zu jedem Medikament die entsprechende Diagnose bekannt sein. Eine Nachfrage beim Arzt schadet nie und hilft auch, den Patienten besser über seine Medikamente aufzuklären. Ohne Diagnose ist es auch schwierig, die Dosierung zu beurteilen.

Das Fallbeispiel zeigt noch eine weitere Problematik auf: Die meisten Spitalrezepte werden nicht vom Patienten selber eingelöst, sondern von Angehörigen und Bekannten. Dies erschwert zusätzlich die Rezeptvalidierung und Beratung. ▮

Korrespondenzadresse
Dr. Monika Lutters
Kantonsspital Baden
Spitalapotheke
5404 Baden

Dieser Fallbericht wurde im Rahmen des Assistenzjahres für den Blockkurs «Institutionelle Pharmazie» erarbeitet.

Impressions

Last autumn the world of pharmaceutics was invited to an event in Basel. More than 3200 pharmacists from over 120 nations came to Switzerland for the world's largest pharmaceutical meeting. See some impressions of the congress.

The 69th International Congress of FIP will take place from 3–8 september 2009 in Istanbul/Turkey. The Congress theme is "Responsibility for Patient Outcomes – are you ready?", a timely and relevant topic considering global changes and trends within the pharmacy profession and pharmaceutical sciences. For further information and registration see www.fip.org/istanbul2009.



Local Host Committee.



One of many plenary sessions.



International networking.



Well-deserved break.



International networking.



FIP visitors from Iraq.



The First Timer Corner.



FIP visitors from Nigeria.



Accompanying varied cultural program.



Qualität ist zwingend

In einer Medienmitteilung von Ende März hat das Bundesamt für Statistik Zahlen für das Jahr 2007 veröffentlicht. Demnach betrugen die Kosten des Gesundheitswesens 2007 insgesamt 55,3 Milliarden Franken, was 10,8 Prozent des Bruttoinlandprodukts entspricht.
Ebenfalls Ende März haben in Luzern die Trendtage Gesundheit stattgefunden, dieses Jahr zum Thema Qualität (wir werden in einer späteren Ausgabe näher darauf eingehen). An diesem Anlass wurde unter anderem eine nationale Qualitätsstrategie noch vor dem Sommer in Aussicht gestellt, mit der mittel- und langfristig Verbesserungen bei der Qualitätsmessung erzielt werden sollen. Auslöser ist die Forderung der Geschäftsprüfungskommission des Ständerats, die den Bundesrat im November 2007 aufgefordert hat, eine klare und verbindliche Strategie zur Qualitätssicherung zu erarbeiten, in der Mindestanforderungen an die Qualitätsvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern formuliert werden sollen.
Allgemein anerkannt im Gesundheitswesen ist das wzw-Prinzip: wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich. Es ist daher zu begrüssen, dass medizinische Massnahmen nicht nur nach Kosten beurteilt werden, sondern und vor allem nach Wirksamkeit und Zweckmässigkeit. Dazu gehört zwingend eine Qualitätskontrolle, dies umso mehr, als die Gesundheitskosten die Zehn-Prozent-Grenze im BIP überschritten haben.
pharmaSuisse bietet seinen Mitgliedern das QMS-Label an, damit sie die Qualität ihrer Dienstleistungen sichtbar machen können. Von dieser Möglichkeit machen die Apothekenteams regen Gebrauch.

Christa Rüedi

Qualité indispensable

Dans un communiqué de presse daté de fin mars, l'Office fédéral de la statistique a publié des chiffres pour l'année 2007. D'après ces derniers, les coûts globaux du système de santé se sont élevés à 55,3 milliards de francs, soit 10,8% du produit intérieur brut (PIB).
Les «Trendtage Gesundheit», consacrés cette année à la qualité, ont également eu lieu fin mars. (Nous publierons un compte rendu de cette manifestation dans une édition ultérieure.) L'élaboration avant cet été d'une stratégie nationale y a notamment été annoncée. Elle doit permettre une meilleure évaluation de la qualité à moyen et à long terme. En réalité, tout est parti de la Commission de gestion du Conseil des États, qui a demandé en novembre 2007 au Conseil fédéral d'élaborer une stratégie claire et contraignante en matière de garantie de la qualité et de définir des exigences minimales concernant le contenu des conventions relatives à la qualité conclues entre fournisseurs de prestations et assureurs.
Dans le système de santé, le principe de l'efficacité, de l'économicité et de l'efficience est généralement reconnu. Il est rassurant de constater que les prestations médicales ne sont pas seulement évaluées en fonction de leurs coûts, mais aussi et surtout en fonction de leur efficacité et de leur efficience. Dans ce contexte, un contrôle de qualité est donc indispensable, d'autant plus que les coûts de la santé ont dépassé le seuil des 10% du PIB.
pharmaSuisse propose à ses membres un label QMS afin d'afficher la qualité de leurs prestations. Les équipes de pharmacie sont nombreuses à profiter de cette possibilité.

Christa Rüedi

Impfen: die Rolle des BAG

Das Thema Masernimpfung ist seit einiger Zeit in den Medien allgegenwärtig. Den Impfgegnern stehen Befürworter gegenüber, die Unterstützung erhalten durch die WHO, die Gesundheitsdirektoren-Konferenz und das Bundesamt für Gesundheit (BAG). Das BAG nimmt dieses Jahr an der Europäischen Impfwoche vom 20. bis 26. April teil. Diese vom Regionalbüro Europa der WHO lancierte Initiative ruft alle Mitgliedstaaten dazu auf, Aktionen zur Verbesserung des allgemeinen Impfbewusstseins zu organisieren. Zur gleichen Zeit laufen bei pharmaSuisse die Vorbereitungen für die nächste Gesundheitsförderungskampagne zum Thema Impfberatung in der Apotheke. Wir haben uns mit Dr. Virginie Masserey Spicher über die Rolle des BAG in Impffragen unterhalten.

Frau Dr. Masserey, Sie sind im BAG in der Sektion Impfungen tätig. 2004 ist ausserdem die Eidgenössische Kommission für Impffragen EKIF eingesetzt worden. Weshalb braucht es zwei verschiedene Institutionen?

Die EKIF ist eine Kommission mit Beraterfunktion, die vom Eidgenössischen Departement des Innern eingesetzt worden ist. Sie setzt sich aus unabhängigen Experten aus verschiedenen impfrelevanten Sachgebieten zusammen. Das Gremium arbeitet evidenzbasierte Empfehlungen aus, die anschliessend dem BAG zur Annahme vorgelegt werden.

Daneben ist natürlich auch die WHO mit ihren Empfehlungen nicht zu vergessen. Wie weit beeinflusst sie Ihre Arbeit?

Die Empfehlungen und Ziele der WHO bilden die Eckpunkte unserer Arbeit. Allerdings müssen wir sie stets anhand unserer speziellen Situation überprüfen und an die Erfordernisse in unserem Land anpassen.

Das BAG unterscheidet zwischen Basisimpfungen, empfohlenen ergänzenden Impfungen, empfohlenen Impfungen für Risikogruppen und Impfungen ohne Empfehlungen. Nach welchen Kriterien entsteht dieser Impfplan?

Alle Impfungen, für die möglicherweise eine Empfehlung gemäss dem Schweizerischen Impfplan herausgegeben werden soll, werden von der EKIF nach einem 12-Punkte-Katalog beurteilt; dazu gehören die Schwere der Erkrankung, die Eigenschaften des Impfstoffes, das Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis, die Durchführbarkeit einer Impfstrategie, die Akzeptanz, die Evaluationsfähigkeit, der gleichberechtigte Zugang, die rechtlichen Überlegungen, die Konformität mit anderen Empfehlungen usw. Mit Hilfe dieser Beurteilung kann der Impfstoff in eine der folgenden Kategorien eingeordnet werden. Die im Sinne der individuellen und kollektiven Gesundheit empfohlenen Basisimpfungen gewährleisten einen für die Gesundheit der Bevölkerung unverzichtbaren Impfschutz und müssen gemäss dem Schweizerischen Impfplan von den Ärzten allen Patienten empfohlen werden. Die empfohlenen ergänzenden Impfungen gewähren einen optimalen individuellen Impfschutz und richten sich an all jene, die sich gegen eindeutig definierte Krankheitsrisiken schützen wollen. Über diese Impfungen müssen die Ärzte ihre Patienten informieren. Die empfohlenen Impfungen für Risikogruppen richten sich an Patienten, für die der betreffende Impfschutz von Nutzen ist. Die Ärzte sind aufgefordert sich zu bemühen, die entsprechenden Risikopatienten zu erreichen und ihnen diese Impfungen zu empfehlen. Die Impfungen ohne Empfehlung sind noch keiner formellen Beurteilung unterzogen worden, bzw. die Beurteilung hat keinen ausreichenden Nutzen ergeben, um diese Impfungen in die Empfehlungen aufzunehmen.



Virginie Masserey Spicher

Zu den Basisimpfungen gehören jene gegen die Kinderkrankheiten. Seit einiger Zeit ist vor allem die Masernimpfung ein grosses Thema in den Medien. Ich gehöre einer Generation an, die alle Kinderkrankheiten durchgemacht hat, und hatte kein Problem damit. Was entgegnen Sie darauf?

In den meisten Fällen verlaufen die so genannten «Kinderkrankheiten» ohne Komplikationen. Dahingegen sind Impfstoffe gegen Kinderkrankheiten entwickelt worden, die schwere Komplikationen und Folgeschäden verursachen können, bis hin zum Tode. Bevor diese Impfstoffe in den Verkehr kamen, mussten alle Kinder diese Krankheiten durchmachen und mögliche schwere Folgeschäden wurden als Fügung des Schicksals hingenommen. Diejenigen, die an ihnen gestorben sind, können heute nicht mehr reden. Doch es waren allein in der Schweiz jährlich mehrere Dutzend. Die Vorbeugung von Masern durch eine wirksame und gut verträgliche Impfung ist eine Chance, die Gesundheit von Kindern zu schützen – in der Schweiz und weltweit.

Bei Impfgegnern entsteht manchmal der Eindruck, sie argumentierten eher gefühlsmässig als sachlich. Wie begegnen Sie dieser Haltung? Ist da der Schulausschluss für Kinder ohne

Masernimpfung, wie ihn das BAG z.B. zur Diskussion stellt, das richtige Mittel?

Die emotionalen Argumente der Impfgegner sind verständlich: Wer die Mechanismen einer Impfung nicht kennt oder versteht, reagiert misstrauisch angesichts der Tatsache, dass einer gesunden Person eine Injektion verabreicht werden soll. Die Impfung ahmt aber eine natürliche Infektion nach: Sie gibt dem Organismus die Möglichkeit, spezifische Abwehrkräfte zu entwickeln, die im Falle eines Kontakts mit dem Krankheitserreger diesen umgehend unschädlich machen und somit die möglichen Komplikationen der Krankheit verhindern. Ein Impfstoff wird nur empfohlen, wenn dessen Risiken deutlich geringer sind als die der Krankheit, zu deren Prävention er dient. Das BAG schlägt vor, nicht gegen Masern geimpfte Kinder aus der Schule auszuschliessen, wenn sie mit einem Masernpatienten in Kontakt waren, da sie noch vor Ausbruch der typischen Krankheitssymptome bereits ansteckend sind. Damit soll die Übertragung der Krankheit verhindert und eine Unterbrechung der Epidemie ermöglicht werden. So schützt man auch andere infektionsgefährdete Personen, insbesondere diejenigen, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können.

Was halten Sie vom Zwang zur Masernimpfung, den die Gesundheitsdirektoren-Konferenz vorgeschlagen hat?

Das BAG spricht sich eher für Information und Kommunikation aus und zieht es vor, dass sich die Menschen aus Überzeugung entschliessen, sich oder ihre Kinder impfen zu lassen. Allerdings könnte eine Impfpflicht für bestimmte Umfelder (Krippen, Betreuungseinrichtungen, Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen usw.) aus der Notwendigkeit heraus gerechtfertigt sein, anfällige Personen zu schützen, insbesondere diejenigen, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden dürfen (Säuglinge, Personen mit Immunschwäche, Schwangere). Dies wäre aber kein Impfzwang und auch Ausnahmen müssten definiert werden. Das BAG vertritt die Ansicht, dass sich eine Überprüfung dieser Option lohnt.

Mit der Entwicklung neuer Impfstoffe und veränderten Rahmenbedingungen, wie z.B. neuen Erkenntnissen bezüglich Hochrisikogebieten von Malaria, müssen Ihre Empfehlungen immer wieder angepasst werden. Wie flexibel kann das BAG reagieren?

Das BAG passt seine Impfempfehlungen ohnehin regelmässig auf der Grundlage der neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse und epidemiologischer Entwicklungen an. Im Allgemeinen findet eine jährliche Revision statt: Der Schweizerische Impfplan wird jedes Jahr überarbeitet, wobei kurzfristige Änderungen jederzeit möglich sind.

Reicht diese Flexibilität auch bei Impfempfehlungen für Reisen ins Ausland? Oder verweisen Sie hier z.B. auf das Tropeninstitut?

Bei der Herausgabe der Impfempfehlungen für Reisen arbeiten wird mit einem Expertenkomitee auf dem Gebiet der Reisemedizin zusammen, das kontinuierlich die globale Lage beobachtet. Die Länderempfehlungen werden jedes Quartal im Bulletin des BAG veröffentlicht. Ausserdem kann sich die Bevölkerung jederzeit auf der Internetseite von Safetravel (www.safetravel.ch) informieren, die täglich von Experten aktualisiert wird.

Die Apotheker bereiten eine Gesundheitskampagne vor, in deren Rahmen die Kunden über ihren Impfstatus beraten werden können. Wie beurteilt das BAG diese Aktion?

Wir legen grossen Wert auf gute Beratung von allen Vertretern der Gesundheitsberufe. Die Apotheker bieten den Vorteil, dass sie problemlos, «im Vorbeigehen» und ohne vorherige Terminvereinbarung zur Verfügung stehen, was die Information der Bevölkerung verbessert. Die Information muss objektiv und nachvollziehbar sein und auf den Empfehlungen der Experten beruhen. ▮

Interview: Christa Rüedi, Chefredaktorin pharmaJournal
E-Mail: christa.rueedi@pharmaSuisse.org

Europäische Impfwoche

Vom 20. bis 26. April findet die Europäische Impfwoche der WHO statt, an der sich dieses Jahr auch die Schweiz mit einer Informationskampagne über Masern beteiligt. Ziel ist es darauf aufmerksam zu machen, dass Impfungen nach dem Impfplan und bei Bedarf Nachholimpfungen wichtig sind.

Informationen: www.euro.who.int/vaccine und www.bag.admin.ch.

Diese Kampagne ist nicht identisch mit der Gesundheitsförderungskampagne zum Thema Impfberatung, die pharmaSuisse nächsten Herbst durchführt.

Interview avec le Dr méd. Virginie Masserey Spicher cheffe de la section vaccinations de l'OFSP

Vaccinations: le rôle de l'OFSP



Virginie Masserey Spicher

Depuis quelque temps, la vaccination contre la rougeole fait la une de tous les médias. Adversaires et défenseurs de la vaccination s'opposent sur le sujet. Les derniers mentionnés ont cependant reçu le soutien de l'OMS, de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé et de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). L'OFSP participe cette année du 20 au 26 avril à la Semaine européenne de vaccination, une initiative lancée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, qui invite à cette occasion tous les pays membres à organiser des actions de sensibilisation à l'importance des vaccinations. Dans le même temps, pharmaSuisse prépare sa prochaine campagne de promotion de la santé intitulée «Votre pharmacie: conseils de vaccination». Nous avons discuté avec le Dr Virginie Masserey Spicher du rôle de l'OFSP dans les questions de vaccination.

Madame Masserey, vous êtes responsable de la Section vaccinations à l'OFSP. En 2004, la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) a en outre été créée. Pourquoi est-il nécessaire de disposer de deux différentes institutions?

La CFV est une commission consultative nommée par le Département fédéral de l'intérieur, composée d'experts indépendants exerçant dans des domaines en relations avec les vaccinations. Cette commission élabore des recommandations fondées sur l'évidence. Il appartient ensuite à l'OFSP de décider de leur adoption.

Il ne faut pas non plus oublier l'OMS et ses recommandations. Dans quelle mesure influence-t-elle votre travail?

Les recommandations et les objectifs de l'OMS servent de référence à notre travail. Nous devons cependant toujours les étudier en fonction de notre situation et les adapter au contexte de notre pays.

Semaine européenne de la vaccination

La Semaine européenne de la vaccination de l'OMS sera organisée du 20 au 26 avril. Cette année, la Suisse y participera à travers une campagne d'information sur la rougeole. Son objectif est de souligner l'importance de se faire vacciner selon le plan de vaccination et d'effectuer des rattrapages si nécessaire. Pour de plus amples informations, consulter les sites suivants: www.euro.who.int/vaccine et www.bag.admin.ch.
Cette action n'est pas identique à la campagne de promotion de la santé que pharmaSuisse organise cet automne sur les conseils de vaccination.

L'OFSP fait la distinction entre les vaccinations recommandées de base, les vaccinations recommandées complémentaires, les vaccinations recommandées pour des groupes/situations à risque et les vaccinations sans recommandations d'utilisation. Selon quels critères ce plan de vaccination est-il élaboré?

Tout vaccin susceptible de faire l'objet d'une recommandation selon le plan national de vaccination est soumis à une évaluation de la CFV selon un catalogue de 12 critères incluant le fardeau de la maladie, les caractéristiques du vaccin, le rapport coûts-efficacité, la faisabilité d'une stratégie, l'acceptabilité, la capacité d'évaluation, l'équité d'accès, les considérations légales, la conformité, etc. Cette évaluation conduit à inclure le vaccin dans une des catégories suivantes. Les vaccinations recommandées de base, indispensables à la santé individuelle et publique, confèrent un niveau de protection indispensable au bien-être de la population et doivent être recommandées par les médecins à tous leurs patients, selon les modalités du Plan de vaccination suisse. Les vaccinations recommandées complémentaires, confèrent une protection individuelle optimale, sont destinées à ceux qui souhaitent se protéger contre des risques bien définis, et leur existence doit faire l'objet d'une information par les médecins à leurs patients. Les vaccinations recommandées à des groupes à risques identifiés comme susceptibles d'en retirer un bénéfice justifient que les médecins fassent les efforts nécessaires pour atteindre ces sujets à risque et leur recommander ces vaccinations. Les vaccinations sans recommandations d'utilisation n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation formelle ou leur évaluation ne démontre pas un bénéfice suffisant pour qu'elles fassent l'objet d'une recommandation.

Les vaccins contre des maladies infantiles font partie des vaccinations de base. Depuis quelque temps, la vaccination contre la rougeole fait la une de tous les médias. Je fais partie d'une génération qui a eu toutes les maladies infantiles, et n'ai jamais connu le moindre problème. Que répondez-vous à cela?

Le plus souvent en effet ces maladies que l'on nomme communément «maladies d'enfance» évoluent sans complications. Cependant, des vaccins ont été développés contre les maladies d'enfance qui peuvent causer des complications graves, des séquelles et des décès. Avant l'existence de vaccins, tous les enfants subissaient ces maladies, et leurs conséquences graves étaient considérées comme une fatalité.

Ceux qui en sont décédés ne sont plus là pour en parler, mais ils étaient plusieurs dizaines par année en Suisse. La possibilité de prévenir la rougeole par une vaccination efficace et très bien tolérée est une chance pour la santé des enfants, en Suisse et dans le monde.

Les adversaires de la vaccination semblent présenter des arguments plus émotionnels que factuels. Comment réagissez-vous face à une telle attitude? L'OFSP propose p. ex. d'exclure de l'école les enfants qui ne sont pas vaccinés contre la rougeole. Ceci est-il vraiment la bonne solution?

Les arguments émotionnels des adversaires de la vaccination sont compéhensibles: si on ne connaît pas ou ne comprend pas les mécanismes de la vaccination, on réagit avec méfiance vis-à-vis d'une injection à une personne en bonne santé. Pourtant la vaccination mime une infection naturelle: elle permet au corps de développer des défenses immunitaires spécifiques qui permettront de neutraliser immédiatement l'agent infectieux en cas de contact et d'éviter ainsi les risques de complications liées à la maladie. Un vaccin est recommandé lorsque ses risques sont très inférieurs à ceux de la maladie qu'il permet de prévenir. L'OFSP propose d'exclure de l'école les enfants non vaccinés contre la rougeole qui ont été en contact avec un malade de la rougeole parce qu'ils deviennent contagieux avant d'avoir les symptômes typiques de la maladie. Il s'agit d'éviter la transmission pour interrompre l'épidémie, et protéger ainsi les personnes susceptibles, notamment celles qui ne peuvent pas être vaccinées pour des raisons médicales.

Que pensez-vous de l'obligation de se faire vacciner contre la rougeole, comme l'a proposé la Conférence des directeurs cantonaux de la santé?

L'OFSP privilégie l'information et la communication et préfère que les personnes choisissent de se faire vacciner, ou de faire vacciner leurs enfants, parce qu'elles sont convaincues. Cependant, la nécessité de protéger les personnes vulnérables, en particulier celles qui ne peuvent pas être vaccinées pour des raisons médicales (petits nourrissons, personnes immunodéficientes, femmes enceintes), pourrait justifier une obligation de vaccination dans certaines circonstances (crèches, garderies, établissements de santé …). Il ne s'agirait pas d'une vaccination forcée; des exemptions devraient être envisagées. L'OFSP estime que cette option mérite d'être étudiée.

Le développement de nouveaux vaccins et les changements de contexte (p.ex. nouvelles connaissances concernant les zones d'endémie de l'encéphalite à tiques) vous obligent à constamment adapter vos recommandations. Avec quelle flexibilité l'OFSP peut-il réagir?

L'OFSP adapte en effet régulièrement ses recommandations en fonction des nouvelles connaissances scientifiques et des situations épidémiologiques. Cela est généralement fait sur une base annuelle: le plan national de vaccination est remis à jour chaque année. Mais cela peut être fait à tout moment.

Ce niveau de flexibilité est-il suffisant pour les recommandations de vaccination lors de voyages à l'étranger? Ou vous référez-vous à l'Institut Tropical Suisse dans ce cas?

Pour les recommandations de vaccination lors de voyages, nous travaillons avec un comité d'experts en médecine des voyages qui suivent de près la situation mondiale. Les recommandations par pays sont mises à jour trimestriellement par publication dans le Bulletin de l'OFSP. La population peut se renseigner en tout temps sur le site internet de Safetravel (www.safetravel.ch), qui est mis à jour quotidiennement par des spécialistes.

Les pharmaciens préparent une campagne de promotion de la santé au cours de laquelle les clients pourront recevoir des conseils sur leur statut vaccinal. Que pense l'OFSP de cette action?

Nous attachons beaucoup d'importance à un conseil de qualité par tous les professionnels de santé. Les pharmacies ont l'avantage d'être facilement accessibles, en passant, et sans rendez-vous, ce qui favorise l'information de la population. L'information doit être objective, transparente et fondée sur les recommandations des spécialistes. ▮

Interview: Christa Rüedi, rédactrice en chef du pharmaJournal
E-mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Vertrag zur Unterzeichnung beim Bundesrat

Christina Haas

pharmaSuisse und santésuisse haben am 18. März 2009 dem Gesamtbundesrat ihren Vertragsentwurf der LOA IV zur Genehmigung unterbreitet. Der Zeitpunkt des Inkrafttretens ist noch offen. Bis zu diesem Termin bleibt die LOA III weiterhin gültig. Die beiden Vertragsparteien gehen mit dem neuen Vertrag auf die Forderungen des Bundesrates vom 21. Dezember 2006 ein und haben mit der Ausarbeitung einer neuen Vereinbarung die LOA III weiter entwickelt.

Die LOA III, welche am 1. Januar 2007 in Kraft getreten ist, soll so rasch als möglich durch die LOA IV abgelöst werden. In langen und intensiven Verhandlungen haben Vertreter von pharmaSuisse und santésuisse einen neuen Tarifvertrag ausgearbeitet. Wert gelegt wurde vor allem auf die Beibehaltung der bis jetzt bewährten Dienstleistungen, wie zum Beispiel der Medikamenten-Check und der Bezugs-Check, und auf die Entwicklung weiterer Dienstleistungselemente, die der Förderung der Compliance und der Kundennähe dienen. Die LOA IV baut auf dem allgemein akzeptierten solidarischen Pauschalmodell auf, welches sich seit den letzten Verbesserungen durch die LOA III als erfolgreich erwiesen hat.

Erfolgreiche Punkte aus der LOA III

Die LOA IV ist in ihrer Struktur gleich wie die LOA III. Sie sorgt für Kontinuität und ist – für Apotheker und für Patienten – nur mit wenigen Änderungen verbunden. Die erfolgreichen Bestandteile werden aus der LOA III übernommen und durch neue, innovative Dienstleistungen ergänzt. Die Pauschalen des Medikamenten- und des Bezugs-Checks werden nicht verändert. Ebenfalls bleibt der Taxpunktwert gleich. Der Kostenstabilisierungsbeitrag fällt weg, neu wird ein sogenannter Effizienzbeitrag geschaffen. Dieser trägt dazu bei, auf Versichererseite einen Anreiz zu schaffen und das System des «Tiers payant» zu erhalten.

Neue Leistungen in der LOA IV

Studien schätzen, dass in gewissen Industrieländern zwischen 30 bis 50 Prozent der verschriebenen Medikamente im Müll landen – dies, weil die Patienten nicht oder ungenügend über die Wichtigkeit einer regelmässigen Einnahme eines Medikamentes informiert sind und zu wenig motiviert werden, das Medikament über eine gewisse Zeit einzunehmen. Die Apotheker können dieser Verschwendung von Medikamenten, welche auch mit grossen gesundheitlichen Risiken verbunden ist, entgegenwirken. Zur Förderung der Compliance wird neu in der LOA IV der Polymedikations-Check enthalten sein. Mit diesem Check können Patienten, welche mindestens vier unterschiedliche Medikamente einnehmen, über alle Fragen der Therapietreue aufgeklärt und in ihrer Therapie begleitet werden. Der Check besteht aus einem Beratungsgespräch von 20 bis 30 Minuten Dauer, welches nach einer vorgegebenen Checkliste geführt wird. Apotheker und Patient können sich nach diesem Gespräch auf den Einsatz einer Dosette einigen, die während drei Monaten eingesetzt werden kann. Jeweils nach sechs Monaten kann der Polymedikations-Check wieder angeboten werden. Die Wahl, ob sie von den neuen Apothekendienstleistungen profitieren möchten oder nicht, haben immer noch die Patientinnen und Patienten.

Paritätischer Fonds für gemeinsame Qualitätsprojekte

Der Kostenstabilisierungsbeitrag (KSB) entfällt. An seine Stelle tritt der Effizienzbeitrag (EB), von welchem alle Versicherer profitieren, welche dem Vertrag LOA IV beitreten. Der Effizienzbeitrag bleibt, wie vorher bereits der Kostenstabilisierungsbeitrag KSB, bei 2,5 Prozent des Umsatzes von SL A und B von Produkten mit einem Ex-factory-Preis unterhalb von CHF 880.– 2,3 Prozent gehen direkt an die Krankenversicherer, 0,2 Prozent werden zur Speisung eines paritätischen Fonds genutzt, welcher zur Finanzierung von Qualitätszirkeln, von Studien oder anderen Pilotprojekten zu den neuen Apothekendienstleistungen dienen soll. Da die Qualitätssicherung, die laufende Verbesserung der Dienstleistungen und auch die Senkung der Kosten die Eckpunkte der neuen LOA sind, ist dieser Effizienzbeitrag, welcher am Ende den Prämienzahler entlastet, von grosser Bedeutung. Die Apotheker setzen sich auch hier für die Qualitätsförderung ein, ohne dabei die Gesundheitskosten in die Höhe zu treiben: allein mit den Qualitätszirkelprojekten konnten 5 Mio. Schweizer Franken gespart werden. Dieser Weg soll auch mir der LOA IV weiter beschritten werden.

Kommunikation und weiteres Vorgehen

So bald als möglich wird pharmaSuisse Regionalkonferenzen organisieren, um mit den Apothekerinnen und Apothekern die Neuerungen der LOA IV im Detail zu besprechen. Für das breite Publikum wird ein Flyer erarbeitet, welcher über alle Leistungen der Apotheke beim Medikamentenbezug, wie Bezugs-Check, Polymedikations-Check und Förderung der Compliance, informiert. Zudem wird das Publikum über die wichtigsten Punkte des neuen Tarifvertrags orientiert. Der Flyer kann in der Apotheke aufgelegt werden und als Grundlage für ein Beratungsgespräch zu den Apothekendienstleistungen dienen. Auch im pharmaJournal wird laufend über die LOA IV informiert werden. ▮

Kontaktadresse

Christina Haas, Mitarbeiterin Redaktion pharmaJournal

E-Mail: christina.haas@pharmaSuisse.org

Convention envoyée au Conseil fédéral pour approbation

Christina Haas

Le 18 mars 2009, pharmaSuisse et santésuisse ont soumis au Conseil fédéral leur projet de convention RBP IV pour approbation. La date de son entrée en vigueur n'est pas encore connue. La RBP III restera valable d'ici là. Les deux parties à la convention ont essayé, dans la nouvelle convention, de répondre aux exigences du Conseil fédéral du 21 décembre 2006 et de faire évoluer la RBP III.

La RBP III, entrée en vigueur le 1er janvier 2007, doit être remplacée le plus rapidement possible par la RBP IV. Après de longues et intenses négociations, les représentants de pharmaSuisse et de santésuisse ont élaboré une nouvelle convention tarifaire. Ils ont surtout cherché à maintenir les prestations éprouvées telles que la «validation médicaments» et la «validation traitements». Le développement de nouvelles prestations pour promouvoir la compliance et une étroite collaboration avec les clients a aussi été recherché. On peut dire que le système a fait ses preuves depuis son introduction et est bien accepté depuis les améliorations apportées par la RBP III.

Éléments positifs de la RBP III

La RBP IV présente la même structure que la RBP III. Elle offre donc une certaine continuité et ne comporte que peu de changements – à la fois pour les pharmaciens et les patients. Les éléments positifs ont été repris de la RBP III et complétés par de nouvelles prestations novatrices. Les forfaits prélevés pour la validation médicaments et la validation traitements restent inchangés, tout comme d'ailleurs la valeur du point tarifaire. Le montant de stabilisation des coûts est supprimé et remplacé par une «ristourne à la caisse maladie» qui fournit une incitation aux assureurs et permet de maintenir le système du «Tiers payant».

Nouvelles prestations de la RBP IV

Selon certaines études, 30 à 50% des médicaments prescrits dans les pays industrialisés finissent à la poubelle tout simplement parce que les patients n'ont pas conscience de l'importance de prendre régulièrement un médicament ou n'ont pas la motivation suffisante de poursuivre leur traitement au-delà d'une certaine période. Les pharmaciens sont idéalement placés pour remédier à ce gaspillage, qui comporte par ailleurs d'énormes risques pour la santé. Pour promouvoir la compliance, la RBP IV introduit une nouvelle prestation intitulée «entretien de polymédication». Ce dernier permettra aux patients qui prennent au moins quatre médicaments différents de bénéficier d'un suivi thérapeutique et d'être rendus attentifs à l'importance de respecter le traitement prescrit. L'entretien de polymédication comprend un entretien-conseil de 20 à 30 minutes mené d'après un protocole prédéfini. A la suite de cet entretien, le pharmacien et le patient peuvent décider d'utiliser une dosette pendant une période de trois mois. La prestation peut à nouveau être offerte après six mois. Les patients peuvent toujours choisir de profiter ou non des nouvelles prestations du pharmacien.

Fonds paritaire pour projets de qualité communs

Le montant de stabilisation des coûts (MSC) est supprimé et remplacé par la ristourne à la caisse-maladie. Tous les assureurs qui adhèrent à la convention RBP IV peuvent en bénéficier. Le montant reste fixé à 2,5% du revenu des produits LS AB dont le prix ex-factory est inférieur à CHF 880.–. 2,3% sont versés directement aux assureurs et 0,2% servent à alimenter un fonds paritaire permettant de financer les cercles de qualité, les études et d'autres projets-pilote pour le développement de nouvelles prestations. L'assurance-qualité, l'amélioration constante des prestations et la diminution des coûts sont les piliers de la nouvelle RBP. Cette ristourne, qui allège en fin de compte le payeur de primes, revêt donc une très grande importance. Les pharmaciens défendent ici aussi la promotion de la qualité sans pour autant accroître les coûts de la santé: les cercles de qualité ont permis à eux seuls d'économiser 5 millions de francs suisses. L'objectif est de poursuivre dans cette voie avec la RBP IV.

Communication et prochaines étapes

pharmaSuisse organisera des conférences régionales aussitôt que possible pour discuter dans le détail des nouveautés de la RBP IV avec les pharmaciens. Un dépliant sera en outre créé pour présenter au grand public toutes les prestations qui sont proposées par les pharmacies lors de la remise de médicaments (p.ex. validation traitements, bilan polymédication, encouragement à la compliance). Le grand public sera aussi informé des principaux points de la nouvelle convention tarifaire. Le dépliant pourra être apposé sur le comptoir des pharmacies et servir de base à l'entretien-conseil. Le pharmaJournal fournira également des informations sur la RBP IV à intervalles réguliers. ▮

Adresse de correspondance
Christina Haas, collaboratrice à la rédaction du pharmaJournal
E-mail: christina.haas@pharmaSuisse.org

Pharmakotherapie neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen (Teil 1)

Claudia Reinke

Den neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen und ihren Behandlungsmöglichkeiten war die 39. Internationale Pharmazeutische Fortbildungswoche der Deutschen Bundesapothekerkammer in Davos gewidmet. Vom 8. bis 13. Februar 2009 konnten sich wieder mehr als 1000 Apothekerinnen und Apotheker über den aktuellen Wissensstand wichtiger Krankheitsbilder wie Depressive Störungen, Demenz- und Angsterkrankungen sowie Morbus Parkinson und Multiple Sklerose informieren, erhielten aber auch beratungsrelevante Updates zur Pharmakotherapie von Schlafstörungen und Schmerzzuständen. In verschiedenen Berichten werden die wichtigsten Informationen für Sie zusammengefasst.

Morbus Parkinson

Aetiologie und Pathogenese

Die steigende Zahl älterer Menschen in den Industrieländern führt hier zu einer stetigen Zunahme neurodegenerativer Erkrankungen wie Alzheimer oder Parkinson, erklärte Professor Holger Stark vom Institut für Pharmazeutische Chemie der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt/Main in seinen Ausführungen. Bei Morbus Parkinson handelt es sich – nach der Alzheimer Demenz – um die häufigste neurodegenerative Erkrankung, die vorwiegend bei Männern und weniger bei Frauen beobachtet wird, wobei das Durchschnittsalter bei Krankheitsbeginn bei etwa 55 Jahren liegt. Es können aber auch jüngere Menschen an Parkinson erkranken. Welche Ursachen dem Krankheitsgeschehen zugrunde liegen, ist in mehr als 90 Prozent der Fälle unbekannt; nur bei einem kleinen Teil der Betroffenen lässt sich die Erkrankung auf erlittene Schädel-Hirn-Verletzungen, Infektionserkrankungen oder auf Medikamente beziehungsweise Drogenabusus zurückführen (= symptomatisches Parkinson-Syndrom). Seit langem gesichert ist dagegen, dass der zunehmende Untergang dopaminerger Neurone in der Substantia nigra des Mittelhirns für den Krankheitsverlauf ausschlaggebend ist. Eine zentrale Rolle spielen darüber hinaus oxydativer Stress, Dysfunktion und Degeneration von Mitochondrien sowie insbesondere die Ablagerung ungenügend abgebauter neurotoxischer Proteine. Die daraus resultierenden Veränderungen im Gehirn von Parkinsonpatienten ähneln damit auffallend denjenigen, die für M. Alzheimer so typisch sind. Den Hypothesen über mögliche Beziehungen zwischen den beiden Krankheitsbildern fehlt bis heute allerdings die wissenschaftliche Bestätigung.

Ungleichgewicht der Neurotransmitter

In der Regel stellen sich die ersten Krankheitszeichen erst ein, wenn bereits mehr als 60 Prozent der dopaminergen Neurone zugrunde gegangen sind. Untypische Anzeichen des schleichenden Beginns können gastrointestinale Beschwerden, Störungen des Geruchssinns sowie Schmerzen im Wirbelsäulenbereich oder Sensibilitätsstörungen sein. Mit weiterer Zerstörung des dopaminergen neuronalen Gewebes machen sich die Folgen des Dopaminmangels – und damit des Ungleichgewichts zwischen den Botenstoffen zugunsten von Acetylcholin und Glutamat – durch das Auftreten der für Parkinsonkranke so charakteristischen Bewegungsstörungen bemerkbar.

Krankheitsbild

Typisch für das Krankheitsbild sind die motorischen Störungen mit den Kardinalsymptomen Tremor, Rigor und Akinese, die zu erheblichen Einschränkungen in der Bewegungsfähigkeit der Betroffenen führen und ihnen eine charakteristische instabile Körperhaltung verleihen, die auch Aussenstehenden auffällt. Dazu kommen vegetative Symptome wie Speichelfluss, Kreislaufprobleme, Schluckbeschwerden, Verstopfung und Mimikverlust («Salbengesicht»), die auf überschiessende Effekte des Neurotransmitters Acetylcholin zurückzuführen sind, sowie neuropsychiatrische Störungen mit apathischem Verhalten und depressiven Verstimmungen. Die Diagnostik erfolgt auch heute noch in der Regel anhand der klinischen Symptomatik. Eine Früherkennung der Erkrankung ist aufgrund fehlender Biomarker bisher nicht möglich.

Behandlungsoptionen

Bisher kann die Parkinson-Erkrankung nur symptomatisch behandelt werden, da kausale Therapiemöglichkeiten fehlen. Sobald alltägliche Aktivitäten und damit auch die Lebensqualität signifikante Beeinträchtigungen erfahren, wird mit einer Pharmakotherapie begonnen, deren Wirkung in erster Linie die Dopaminkonzentration im ZNS steigern und so den Dopaminmangel ausgleichen soll.

L-DOPA

Da Dopamin rasch zu unwirksamen Verbindungen metabolisiert würde und zudem aufgrund seiner Polarität nicht die Blut-Hirnschranke überwinden kann, wird das ZNS-gängige L-DOPA als Prodrug gegeben, das durch die Gliazellen in Dopamin umgewandelt wird. Um die relativ geringe Bioverfügbarkeit von L-DOPA zu steigern und gleichzeitig die peripheren Wirkungen des gebildeten Dopamins zu vermindern, wird ein Decarboxylase-Hemmer (Benserazid oder Carbidopa) dazu gegeben, der nicht in der Lage ist, die Blut-Hirnschranke zu überwinden. L-DOPA gilt nach wie vor als Goldstandard in der Parkinson-Therapie, obwohl die Therapie langfristig mit erheblichen motorischen Spätkomplikationen verbunden ist. Bereits nach fünf bis sechs Jahren leiden 60 bis 80 Prozent der Patienten an Dyskinesien (unkoordinierte, spastische Bewegungen) und starken Schwankun-

gen der L-DOPA-Effekte auf die Kontrolle der motorischen Symptome (on/off-Phänomene). Letztlich, wenn keine dopaminergen Neurone mehr vorhanden sind, kommt es zum endgültigen Wirkungsverlust.

MAO-B- und COMT-Hemmer

Nachdem sich der Dopamin-Abbau auch durch die Hemmung der beiden Enzyme Monoaminooxidase–B (MAO-B) oder der Catechol-O-Methyltransferase (COMT) erfolgreich reduzieren lässt, werden entsprechende Wirkstoffe mit niedrigeren L-DOPA-Dosierungen kombiniert. Zu den MAO-B-Hemmern gehören Substanzen wie Selegilin oder Rasagilin, beides selektive irreversible Inhibitoren mit neuroprotektiver Wirkung, die einer raschen Progredienz der Erkrankung vorbeugen können.

Inhibitoren des COMT-Enzyms wie Entacapon oder Tolcapon erhöhen die Bioverfügbarkeit von L-DOPA. Im Gegensatz zu Tolcapon wirkt Entacapon nur peripher, da es aufgrund seiner Polarität die Blut-Hirnschranke nicht überwinden kann. Bei beiden Wirkstoffen (insbesondere bei Tolcapon) sind Leberschädigungen nicht auszuschliessen – während der Therapie ist daher auf eine regelmässige Kontrolle der Leberfunktionswerte zu achten.

Dopamin-Rezeptoragonisten

Bei dieser Wirkstoffgruppe handelt es sich chemisch gesehen um zwei verschiedene Wirkstoffklassen: den Mutterkornalkaloid (Ergot)-Derivaten (Bromokriptin, Cabergolin, Pergolid) und den neueren und selektiveren Nicht-Ergot-Derivaten wie Pramipexol oder Rotigotin. Allen gemeinsam ist, dass sie in der Lage sind, bestimmte Subpopulationen von Dopaminrezeptoren (D2/D3) zu stimulieren. Während sie in ihrer klinischen Wirksamkeit bei äquivalenter Dosierung kaum differieren, bestehen gravierende Unterschiede hinsichtlich Nebenwirkungsprofil und Pharmakokinetik. Während die Substanzen der Ergot-Familie vielfältige, nichtselektive Wirkungen, teilweise mit der Gefahr viszeraler Fibrosen und Herzklappenschäden, aufweisen, zeigen die neuen selektiveren Dopamin-Agonisten weniger periphere Nebenwirkungen. Wichtige unerwünschte Effekte sind jedoch Tagesmüdigkeit und mögliche Schlafattacken sowie – insbesondere bei Pramipexol – ein plötzlich gesteigertes Suchtverhalten (Spielsucht, Esssucht, übermässiger Alkoholkonsum und Hypersexualität). Aufgrund bisheriger Erfahrungen mit diesen Agonisten scheint es, dass sie aufgrund neuroprotektiver Effekte auch in der Lage sind, die Entwicklung von Dyskinesien zu verlangsamen. Seit wenigen Jahren steht zudem mit Rotigotin ein Dopamin-Agonist in verschiedenen Dosierungen als einmal tägliche Pflaster-Applikation (TTS-System) zur Verfügung. Dadurch wird die Therapie insbesondere für Patienten mit Schluckbeschwerden oder Complianceproblemen erleichtert, denn durch die Pflasterapplikation wird ein über 24 Stunden kontinuierlicher Wirkstoffspiegel garantiert.

NMDA-Rezeptorantagonisten

NMDA-Antagonisten sind eine Untergruppe nicht-kompetitiver ionotroper Glutamatrezeptoren, die zu den Ionenkanälen zu rechnen sind. Die Aminoadamatan-Derivate Amantadin und Memantin hemmen die Öffnung dieser Ionenkanäle für den Einstrom von Natrium- und Kalzium-Ionen und bewirken damit vermutlich die Wiederherstellung eines innerzellulären neuronalen Gleichgewichts. Neben einer milden Wirkung bei akinetischen Krisen kommt es auch zur Hemmung von Dyskinesien und damit zu positiven Effekten auf die motorischen Fähigkeiten der Betroffenen.

Neue Parkinson-Therapeutika – Adenosin-A_2-Rezeptor-Antagonisten

In verschiedenen epidemiologischen Studien haben sich die Naturstoffe Coffein und insbesondere Theophyllin, die ihre pharmakologischen Wirkungen über eine unspezifische Blockade von Adenosinrezeptoren vermitteln, bei M. Parkinson als wirksam und protektiv erwiesen. Theophyllin hat allerdings den Nachteil einer geringen therapeutischen Breite. Nachdem weiterführende Untersuchungen gezeigt haben, dass Adenosin-A_2-Rezeptorantagonisten bei Versuchstieren mit experimentell erzeugten Parkinsonerkrankungen die durch den Dopaminmangel ausgelösten Symptome abschwächen oder sogar aufheben können, befinden sich mehrere potente und selektive Substanzen dieser Wirkstoffklasse als neue Parkinson-Therapeutika in der klinischen Entwicklung. Grosse Erwartungen werden in die neuroprotektiven und mit Dopamin-Rezeptoragonisten synergistischen Effekte dieser Pharmakotherapeutika gesetzt.

Neurochirurgische Methoden

Bei vielen Parkinsonpatienten kommt trotz sorgfältiger Therapieplanung und Ausschöpfung aller verfügbaren pharmakotherapeutischen Möglichkeiten früher oder später der Zeitpunkt, an dem sich keine Besserung der Symptome mehr erzielen lässt. Bei solchen Patienten kann die immer noch viel diskutierte Methode der Tiefenhirnstimulation hilfreich sein. Dabei erfolgt über Elektroden, die als Schrittmacher in die erkrankten Hirnregionen implantiert werden, eine schwache elektrische Neurostimulation, die die Auswirkungen des Dopaminmangels zeitweise lindern können. Die Abhängigkeit von dieser Technologie macht die Krankheit für die Betroffenen allerdings nicht immer erträglicher (s. Kasten). ∎

Korrespondenzadresse

Dr. Claudia Reinke

Schützenmattstrasse 1, 4051 Basel

Quelle

«Pharmakotherapie neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen»; 39. Internationale Fortbildungswoche PHARMACON der Deutschen Bundesapothekerkammer; Davos, 8. bis 13. 2. 2009. Vortrag «Morbus Parkinson – die Spitze des Eisbergs» von Prof. Dr. Holger Stark, Frankfurt/Main.

Müller ChE, Parkinson-Therapeutika: Was gibt es Neues? Pharmazeutische Wissenschaft, 2008.

Wer sich mehr mit M. Parkinson beschäftigen möchte und wissen will, wie Patienten die damit verbundenen diffusen, täglich wechselnden Beschwerden und erheblichen Einschränkungen erleben und mit welchen Möglichkeiten, aber auch psychischen Auswirkungen die Implantation eines Hirnschrittmachers verbunden ist, sollte dazu das bewegende, völlig unsentimentale und mutige Buch eines Betroffenen lesen: «Tief im Hirn» von Helmut Dubiel ist 2008 im Goldmann Verlag erschienen; ISBN 978-3-442-15461-6. Nach dieser Lektüre werden Sie Ihre Patienten und Patientinnen sicher noch besser verstehen und möglicherweise auch besser beraten können.

Pharmacothérapie des maladies neurologiques et psychiatriques (1re partie)

Claudia Reinke

La 39e Semaine internationale de formation continue de la «Deutsche Bundesapothekerkammer» à Davos était consacrée aux maladies neurologiques et psychiatriques ainsi qu'à leurs traitements. Du 8 au 13 février 2009, plus de 1000 pharmaciens ont reçu des informations actuelles sur les tableaux cliniques importants tels que les troubles dépressifs, la démence, les maladies de l'anxiété, la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques; ils ont aussi bénéficié de mises à jour sur la pharmacothérapie des troubles du sommeil et des états douloureux. Les informations les plus importantes ont été résumées pour vous dans différents comptes rendus.

Maladie de Parkinson

Étiologie et pathogenèse

Le nombre croissant de personnes âgées dans les pays industrialisés entraîne une augmentation constante des maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson, a expliqué le Prof. Holger Stark de l'Institut de chimie pharmaceutique, à l'Université Johann Wolfgang Goethe de Francfort. La maladie de Parkinson est, après la démence d'Alzheimer, la maladie neurodégénérative la plus fréquente. Elle s'observe davantage chez l'homme que chez la femme. Généralement, la maladie se manifeste à partir de 55 ans environ. Cependant, des personnes plus jeunes peuvent également développer une maladie de Parkinson. Dans plus de 90% des cas, on ignore les causes de survenue de la maladie; la maladie ne peut être reliée à des lésions crânio-cérébrales, des maladies infectieuses ou à une toxicomanie médicamenteuse que chez une petite proportion de sujets atteints (=syndrome de Parkinson symptomatique). En revanche, on sait depuis longtemps que la perte croissante des neurones dopaminergiques dans la substance noire (substantia nigra) du mésencéphale est déterminante pour l'évolution de la maladie. Des éléments comme le stress oxydatif, la dysfonction et la dégénérescence des mitochondries, ainsi que les dépôts de protéines neurotoxiques insuffisamment catabolisées jouent en outre un rôle central. Les modifications qui en résultent dans le cerveau de patients parkinsoniens ressemblent de façon frappante à celles si typiques de la maladie d'Alzheimer. Toutefois, il n'existe pas à ce jour de preuve scientifique qui confirme une quelconque relation entre les deux tableaux cliniques.

Déséquilibre des neurotransmetteurs

Généralement, les premiers signes cliniques de la maladie se manifestent lorsque plus de 60% des neurones dopaminergiques ont déjà disparu. Les signes atypiques de ce début insidieux peuvent être des troubles gastro-intestinaux, des troubles de l'odorat ainsi que des douleurs vertébrales ou des troubles de la sensibilité. Plus la destruction du tissu neuronal dopaminergique progresse, plus les conséquences de la carence en dopamine – et de ce fait le déséquilibre entre les neurotransmetteurs en faveur de l'acétylcholine et du glutamate – se font ressentir par la survenue des troubles du mouvement si caractéristiques du patient parkinsonien.

Tableaux cliniques

Les éléments typiques du tableau clinique sont des troubles moteurs comportant les symptômes cardinaux tremblements, rigidité et akinésie. Ces derniers entraînent des limitations considérables des capacités motrices du sujet atteint et lui concèdent une attitude corporelle instable tellement caractéristique qu'elle ne passe pas inaperçue. Sont aussi attribuables à la maladie d'autres symptômes végétatifs comme une hypersalivation, des problèmes circulatoires, des troubles de la déglutition, une constipation et une perte de la mimique (avec un aspect luisant du visage) qui sont attribuables aux effets excessifs de l'acétylcholine, ainsi que des troubles neuropsychiatriques avec un comportement apathique et une humeur dépressive. Aujourd'hui encore, le diagnostic est généralement posé sur la base de la symptomatologie clinique. L'absence de biomarqueur ne permet pas à ce jour une détection précoce de la maladie.

Options thérapeutiques

Actuellement, la maladie de Parkinson ne peut être traitée que de façon symptomatique. Il n'existe en effet pas de possibilités thérapeutiques causales. Un traitement pharmacologique doit être commencé dès que les activités quotidiennes ainsi que la qualité de vie subissent des préjudices importants. Son effet consiste en premier lieu à augmenter la concentration en dopamine du système nerveux central et à compenser de la sorte la carence en dopamine.

L-DOPA

La dopamine est rapidement métabolisée en composés inactifs et ne peut passer la barrière hémato-encéphalique en raison de sa polarité. La L-DOPA est donc administrée sous forme de prodrogue qui est transformée en dopamine par les cellules gliales. Afin d'augmenter la biodisponibilité relativement faible de la L-DOPA et de diminuer simultanément les effets périphériques de la dopamine fabriquée, un inhibiteur de la décarboxylase (bensérazide ou carbidopa) qui n'est pas en mesure de franchir la barrière hémato-encéphalique est administré en supplément. La L-DOPA reste le traitement de premier choix de la maladie de Parkinson, bien qu'il entraîne des complications motrices considérables sur le long terme. Cinq à six ans plus tard, 60 à 80% des patients souffrent de dyskinésies (mouvements spastiques non coordonnés) et de variations importantes de l'effet de la L-

DOPA sur le contrôle des symptômes moteurs (phénomènes on/off). Lorsqu'il ne reste plus aucun neurone dopaminergique, on observe finalement une perte d'efficacité définitive.

Inhibiteurs MAO-B et COMT
Après que le catabolisme de la dopamine a pu être réduit, également par l'inhibition des deux enzymes, la monoaminooxidase B (MAO-B) ou la catéchol-O-méthyltransférase (COMT), les substances correspondantes sont combinées à des doses réduites de L-DOPA. Parmi les inhibiteurs de la MAO-B, on trouve des substances comme la sélégiline ou la rasagiline, deux inhibiteurs sélectifs irréversibles avec un effet neuroprotecteur, qui peuvent empêcher une progression rapide de la maladie.

Les inhibiteurs de l'enzyme COMT, comme l'entacapone ou le tolcapone, augmentent la biodisponibilité de la L-DOPA. À la différence du tolcapone, l'entacapone agit uniquement en périphérie, dans la mesure où sa polarité l'empêche de franchir la barrière hémato-encéphalique. Un effet hépatotoxique n'est pas exclu pour les deux substances (en particulier pour le tolcapone). La fonction hépatique doit donc être contrôlée régulièrement pendant le traitement.

Agonistes du récepteur à la dopamine
Ce groupe correspond, du point de vue chimique, à deux différentes classes de substances: les alcaloïdes dérivés de l'ergot de seigle (bromocriptine, cabergoline, pergolide) et les nouveaux dérivés sélectifs de type non-ergoline comme le pramipexol ou le rotigotin. Ces produits ont en commun de pouvoir stimuler certaines sous-populations des récepteurs à la dopamine (D2/D3). A dose équivalente, leur efficacité clinique ne diffère pratiquement pas. Cependant, des différences très importantes apparaissent au niveau du profil d'effets indésirables et de la pharmacocinétique. Les substances de la famille de l'ergot de seigle présentent des effets variés, non sélectifs, accompagnés parfois de fibroses viscérales et de lésions des valves cardiaques. Les nouveaux agonistes sélectifs de la dopamine entraînent moins d'effets indésirables périphériques. Les effets indésirables importants sont les suivants: fatigue en cours de journée, possibles attaques de sommeil et, en particulier pour le pramipexol, comportement pathologique rapidement croissant (p. ex. dépendance aux jeux, boulimie, consommation excessive d'alcool et hypersexualité). D'après les expériences accumulées, il semble que ces agonistes ralentissent le développement des dyskinésies en raison d'un effet neuroprotecteur. Depuis quelques années, le rotigotin, un agoniste dopaminergique, existe en différents dosages sous forme de dispositif transdermique (patch) appliqué une fois par jour. Ceci facilite le traitement, en particulier pour les patients qui présentent des troubles de la déglutition ou des problèmes de compliance. En effet, l'application du patch garantit un taux continu de substance sur 24 heures.

Antagonistes des récepteurs NMDA
Les antagonistes des récepteurs NMDA constituent un sous-groupe de récepteurs au glutamate non compétitifs, classés parmi les canaux ioniques. L'amantadine et la mématine, dérivés de la famille des adamatanes, inhibent l'ouverture de ce canal ionique pour les flux entrant de sodium et de potassium. De la sorte, ils restaurent certainement un équilibre intracellulaire neuronal. Outre leur effet léger dans les crises akinétiques, ils entraînent aussi une inhibition des dyskinésies et ont ainsi un effet positif sur les capacités motrices du patient.

Nouveau traitement de la maladie de Parkinson par les antagonistes aux récepteurs de l'adénosine-A2
Diverses études épidémiologiques ont montré que des substances naturelles comme la caféine et plus particulièrement la théophylline, qui transmettent leurs effets pharmacologiques à travers une inhibition non spécifique du récepteur à l'adénosine, étaient efficaces et présentaient des effets protecteurs vis-à-vis de la maladie de Parkinson. Toutefois, la théophylline a l'inconvénient d'avoir un faible spectre thérapeutique. Des études supplémentaires sur des animaux, auxquels une forme expérimentale de la maladie de Parkinson a été implantée, ont montré que les antagonistes aux récepteurs de l'adénosine-A2 réduisaient voire annulaient les symptômes déclenchés par le déficit en dopamine. Depuis lors, plusieurs substances puissantes et sélectives de cette classe se trouvent en développement clinique pour disposer d'un nouveau traitement de la maladie de Parkinson. De grandes attentes ont été placées sur les effets neuroprotecteurs et synergiques avec les agonistes des récepteurs à la dopamine pour ces traitements pharmacothérapeutiques.

Méthodes neurochirurgicales
Après l'épuisement de toutes les possibilités pharmacothérapeutiques, et malgré un plan de traitement soigneux, il arrive toujours un moment où les symptômes de nombreux patients parkinsoniens ne subissent plus aucune amélioration. La stimulation cérébrale profonde peut s'avérer utile chez ces patients. Il s'agit cependant d'une méthode controversée. Des électrodes implantées dans les régions cérébrales malades provoquent une faible neurostimulation électrique qui peuvent soulager temporairement les effets indésirables du déficit en dopamine. La dépendance vis-à-vis de cette technologie ne rend toutefois pas toujours la maladie plus acceptable pour les sujets atteints (voir encadré). ▮

Adresse de correspondance
Dr Claudia Reinke
Schützenmattstrasse 1
4051 Bâle

Sources

«Pharmakotherapie neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen»; 39e Semaine internationale de formation continue de la «Deutsche Bundesapothekerkammer»; Davos, du 8 au 13. 2. 1009. Conférence «Morbus Parkinson – die Spitze des Eisbergs» du Prof. Dr Holger Stark, Francfort.

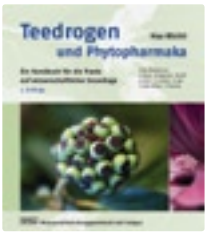
Müller ChE, Parkinson-Therapeutika: Was gibt es Neues? Pharmazeutische Wissenschaft, 2008.

Quiconque souhaite en savoir plus sur la maladie de Parkinson devrait lire le livre courageux de Helmut Dubiel intitulé «Tief im Hirn». Il a été publié en 2008 aux éditions Goldmann (ISBN 978-3-442-15461-6) et raconte sans aucun romantisme comment les patients vivent ces troubles diffus, quotidiennement variables et accompagnés de limitations considérables. Il décrit aussi les conséquences psychiques de l'implantation d'un stimulateur cérébral. Après cette lecture, vous comprendrez certainement encore mieux vos patients et pourrez les conseiller encore plus efficacement.

Teedrogen und Phytopharmaka

Max Wichtl

Teedrogen und Phytopharmaka
Ein Handbuch für die Praxis auf wissenschaftlicher Grundlage
WVG Stuttgart, 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2009. XIV, 786 S., 585 farb., 307 s/w-Abb., ca. 450 Formeln. Format 24×27 cm, geb. ISBN: 978-3-8047-2369-6, € 118.–, Subskriptionspreis bis 31. 5. 2009: € 89,90



Der «Wichtl», ein phytopharmazeutischer Klassiker, der mehr bietet als ein Standard-Nachschlagewerk, ist für alle, die sich mit Arzneidrogen und den daraus hergestellten Phytopharmaka befassen, unentbehrlich. Neue Erkenntnisse über arzneilich verwendete Pflanzen und Drogen hinsichtlich Inhaltsstoffe und Wirkungen machten eine Überarbeitung des bekannten Buches nötig.

22 neue Drogenmonographien, darunter Traubensilberkerze, Sägepalmefrüchte und Pelargoniumwurzel und eine Erweiterung und Aufspaltung der Rubrik Indikationen in Wirkungen, Wirksamkeit, Anwendungsgebiete, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und Gegenanzeigen bieten dem Apotheker in gewohnt hoher Qualität noch ausführlichere Informationen für die Patientenberatung. An der wichtigen Trennung von wissenschaftlich gesicherter (klinische Prüfung) und traditioneller (Erfahrungsberichte) Anwendung einerseits und volksmedizinischer Verwendung (kein Wirksamkeitsnachweis) andererseits wurde festgehalten. Sehr nützlich sind die 12 Kurzmonographien, in denen z. B. für Cardiospermum, Propolis, Rhodiola, Morinda, Stevia, Uzara und Cannabis auf die, vor allem in der Werbung, zugesprochene arzneiliche Wirkung durch Sichtung der Literatur und kritische Beurteilung eingegangen wird. Fast 700 Referenzen aus den Jahren 2002 bis 2008 belegen das rasche Fortschreiten der Arzneipflanzenforschung.
Die Illustrationen sind wie immer ästhetisch und informativ unübertroffen. Das Buch bietet alles, damit wir nicht mit Waggerl klagen müssen:

Die Kraft, das Weh im Leib zu stillen
Verlieh der Schöpfer den Kamillen.
Sie blühn und warten unverzagt
Auf jemand, den das Bauchweh plagt.
Der Mensch jedoch in seiner Pein
Glaubt nicht an das, was allgemein
Zu haben ist. Er schreit nach Pillen.
Verschont mich, sagt er, mit Kamillen,
um Gotteswillen!

Doris Ballinari, Apothekerin pharmaSuisse
E-Mail: doris.ballinari@pharmaSuisse.org

Handbuch der giftigen und psychoaktiven Pflanzen

Prof. Dr. Michael Wink, Prof. Dr. Ben-Erik van Wyk, Dr. Coralie Wink

Handbuch der giftigen und psychoaktiven Pflanzen
WVG Stuttgart, 2008, 464 Seiten, 565 vierfarbige Abbildungen, 266 Formeln, 13 Tabellen und Grafiken, gebunden. ISBN: 978-3-8047-2425-9, € 39,–



Der Leitfaden bietet einen ausführlichen Überblick über die 200 weltweit wichtigsten giftigen oder bewusstseinsverändernden Pflanzen. Die Einleitung definiert Begriffe, stellt die Pflanzen in einen Kontext und zeigt damit gleich die dazugehörende Kulturgeschichte auf. Im Anschluss daran werden die einzelnen Pflanzen nach einem immer gleichen Schema monographiert.

CAVE: es werden hier auch Pilze zu den Pflanzen gezählt.
Neben dem jeweiligen Namen werden auch Angaben zu ähnlichen Arten gemacht. Es hat eine Rubrik «Kennzeichen», welche sehr wertvolle Angaben enthält. Ergänzt werden diese Informationen mit Hinweisen zum Vorkommen der Pflanze.
Für ein Buch über «giftige und psychoaktive Substanzen» ist sicher die Klassifikation der Giftigkeit wesentlich. Die Klassen sind vorgängig erläutert, so dass man rasch über die effektive Gefahr, welche von einer Pflanze ausgeht, informiert ist.
Der geneigte Leser begnügt sich aber nicht nur mit einem «giftig» oder «psychoaktiv»; er will wissen, auf Grund welcher Inhaltsstoffe die Wirkung zustande kommt. Diese Wirkstoffe sind ebenfalls in den Monographien zusammengestellt.
Ergänzend finden sich überall Hinweise zur Verwendung der Pflanzen, es sind die Toxizitätsdaten inkl. LD50 für das Pflanzenmaterial oder einzelne Inhaltsstoffe aufgeführt. Das Buch ist aber auch hilfreich, wenn jemand mit unklaren Symptomen in der Apotheke steht, es darum geht, Rückschlüsse auf die Pharmakologie zu machen und Erste Hilfe-Massnahmen zu treffen.

In einem zweiten Teil des Buches werden die in den Pflanzen vorkommenden Sekundärstoffe gruppenweise vorgestellt, jeweils mit Beispielen und Abbildungen zu Vertretern aus dem Pflanzenreich. Zudem findet man eine Übersichtstabelle mit allen genannten Pflanzen und den wichtigsten Informationen dazu. Damit auch keine Missverständnisse entstehen, hat es ein umfangreiches Glossar und für das schnelle Finden ein ausführliches Register. Das Handbuch lädt ein, sich über die Pflanzen zu informieren und sich so einen Vorteil zu schaffen für dringliche Situationen in der Apotheke. ▮

Andreas U. Schmid, Apotheker pharmaSuisse
E-Mail: andreas.schmid@pharmaSuisse.org

09 | 4.2009

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 30.4.2009, 147. Jahrgang

Nr. | No
09



Multiple Sklerose

neue Therapieoptionen in Entwicklung **S. 5**

Sclérose en plaques

Développement de nouveaux traitements **p. 7**

→ Pharmazie und Medizin · Pharmacie et médecine

Pharmakotherapie bei MS

Pharmacothérapie lors de SEP

Homöopathie: Koliken bei Jugendlichen

Homéopathie: coliques d'une adolescente

→ Politik · Politique

Trendtage Gesundheit Luzern: Qualität im Fokus

Journées de la santé de Lucerne: sujet brûlant «Qualité»

→ Markt · Economie

FIP: Pharmacists from all over the World

Evaluation du degré d'exposition

Alice Panchaud, Chantal Csajka

Une nouvelle approche de recherche, conduite par le Centre Suisse de Tératovigilance et le Motherisk Program de Toronto, dans le domaine de l'excrétion des médicaments dans le lait maternel, combinant modélisation et simulation informatique, a été primée par le David Goldstein Award et le Presidential Trainee Award au Congrès Américain de Pharmacologie et Thérapeutique 2009 (ASCPT).

Le recours à des médicaments pendant l'allaitement pose problème. En effet, les risques médicamenteux pour le nouveau-né sont souvent mal décrits en raison des limitations éthiques et méthodologiques qui entourent la recherche dans ce domaine. La prescription d'un médicament à une femme qui allaite représente de ce fait un défi thérapeutique, tant pour le prescripteur que pour les mères qui hésitent à se faire traiter par crainte de conséquences nocives pour le nourrisson. L'arrêt de l'allaitement est souvent proposé comme seule alternative, bien que de nombreuses substances puissent être utilisées sans risque notable pour l'enfant. L'exposition du nourrisson est traditionnellement évaluée sur la base d'une quantité moyenne de médicament présente dans le lait maternel; celle-ci n'intègre ni la diversité entre les individus, les horaires de tétées et leurs conséquences sur les concentrations de médicament, ni les variations de quantité de lait ingéré. Cette approche lacunaire ne permet souvent pas de rassurer les prescripteurs et les patientes. Le Centre Suisse de Tératovigilance (www.swisstis.ch) et le Motherisk Program de Toronto (www.motherisk.org) ont donc conduit une étude dans le but d'inclure cette diversité dans l'évaluation, d'estimer toute la fourchette de doses de médicament qui pourrait être ingérée par le nouveau-né et de disposer ainsi d'un aperçu complet de l'exposition possible pour le nourrisson.

Pour ce faire, les concentrations dans le sang et le lait maternel d'un médicament antidépresseur, la fluoxétine, recueillies dans le cadre de deux études internationales (australienne et canadienne), chez 25 patientes ont été utilisées pour l'étude. L'utilisation d'une approche innovante combinant modélisation et simulation informatique a permis d'intégrer la diversité des concentrations dans le sang et le lait maternel à divers scénarios mimant des volumes de lait ingérés ainsi que des horaires de tétées différents.

Dans la population simulée intégrant tous les scénarios possibles, le modèle a prédit que 95% des enfants reçoivent moins d'un dixième de la dose maternelle adaptée au poids du bébé. Or, cette dose est considérée, pour ce médicament, comme impliquant un risque négligeable chez un nourrisson en bonne santé.

Cette approche a permis de disposer d'informations plus complètes de la dose quotidienne de médicament que reçoit l'enfant à travers le lait maternel et offert aux professionnels de la santé des éléments décisionnels plus fiables. Cette méthode innovante présente l'avantage de contourner en partie les limitations éthiques de la recherche clinique dans ce domaine puisqu'elle ne nécessite pas l'inclusion de nombreuses patients. Le Centre Suisse de Tératovilgilance veut maintenant étendre cette méthode prometteuse à d'autres médicaments afin de participer à l'effort de recherche nécessaire pour augmenter les connaissances plus que carencées à l'heure actuelle dans ce domaine. ▮

Adresse de correspondance:
Dr Alice Panchaud, PhD
Pharmacienne responsable
Swiss Teratogen Information Service (www.swisstis.ch)
Division de Pharmacologie et Toxicologie cliniques
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)
Beaumont-06
1011 Lausanne
E-mail: Alice.Panchaud@chuv.ch

Swiss Teratogen Information Service - STIS
Division de Pharmacologie et Toxicologie cliniques
1011 Lausanne-CHUV
Tél.: +41 21 314 42 67
www.swisstis.ch

Répond aux questions concernant la sécurité des médicaments pendant la grossesse ou l'allaitement

Notre centre d'information sur les risques liés aux expositions médicamenteuses est ouvert à tous les professionnels de la santé en Suisse.

De plus, en nous signalant des cas d'exposition problématique, puis en répondant à notre demande de suivi du cas, vous participez activement à l'amélioration des connaissances liées à l'utilisation des agents thérapeutiques pendant la grossesse ou l'allaitement.

FIP 2008 in Basel

Annual Meeting of Pharmacists from all over the World

Last autumn the world of pharmaceutics was invited to an event in Basel. More than 3200 pharmacists from over 120 nations came to Switzerland for the world's largest pharmaceutical meeting. pharmaJournal spoke with Martine Ruggli, pharmaSuisse pharmacist and regular FIP visitor.

Martine Ruggli, you have been coming to the FIP for some years. How long have you been involved and how many Swiss pharmacists travel to the FIP?

I have been attending for 7 years. I visited the first FIP congress in Nice in 2002. The Swiss delegation comprises 10–20 persons depending on where the congress is held.

The FIP is the largest international pharmacist congress but is only one of many events for pharmacists. What makes FIP so special?

The FIP provides two different aspects which are very important for pharmacists. On the one hand, there are conferences and on the other, personal contacts and networking. Every year at the FIP one topic is dealt with, in Istanbul next year the subject will be "Responsibility for Patient Outcomes – are you ready?". During the whole week conferences, workshops and presentations are held and there is a large poster exhibition. Pharmacists from Switzerland can get an overview of what is currently happening and is of interest in pharmacy concerning professional policy. The congress participants have the opportunity of exchanging ideas during the presentations or in the poster exhibition with the pharmacists of the countries concerned. Simultaneously there are a large number of various conferences and every FIP participant can always find something interesting or informative. Compared with other pharmacists' meetings the FIP is focused globally and deals with pressing political issues. The FIP is a strong advocate of rich nations supporting third world countries either financially or through know-how transfer. The basic idea of the FIP is to create and cultivate an international network thereby aiding the realisation of projects. One example of this is the support by Swiss pharmacists in Kosovo after the war, a contact established through the FIP.



Pharmacy visit in Basel

Can contacts be made during the FIP which can benefit projects during the year?

Yes, this often happens. One can establish a network and then, depending on the topic, contact a certain person. I can think of various examples where pharmacists have profited from international contacts during FIP or contacts which have been established at FIP. Iceland wanted to introduce a kind of LOA and invited the president of pharmaSuisse, Dominique Jordan, and me for a discussion and presentation of our system of performance-oriented compensation. The further education program „pharmActuel" was initially developed in Australia and via the contact established at FIP the project could be adapted for Switzerland and has been running here very successfully for years now.

Is FIP also furthering the understanding for decisions in your own country?

Yes, absolutely. I remember the time when LOA was to have been introduced. The discussions with pharmacists abroad really helped me to understand that LOA was a big chance for Swiss pharmacists. The same was true of other decisions regarding professional policy. Only through comparison with other countries can the situation in Switzerland be as-

sessed correctly. Discussions with people who see Switzerland and its pharmaceutical system from outside are always interesting and widen your perspective. During the FIP the intense exchange within the Swiss delegation provides opportunities for discussions about topics of professional policy.

What was special at the FIP 2008?

It was very exciting to experience the FIP in my own country. But it was also very strenuous because I had to act as chairman several times. It was nice to meet all my acquaintances from abroad once again and to show them Switzerland and its pharmacy system onsite. Especially the pharmacy tours which were organised by pharmaSuisse met with great enthusiasm. And the success of the FIP 2008 in Basel was overwhelming – with over 3200 visiting pharmacists it broke all records. The only negative point was that the coherence within the Swiss delegation was not as strong and the exchange not as intense as in the years when the FIP is held abroad.



FIP networking

The 69th International Congress of FIP will take place from 3–8 September 2009 in Istanbul/Turkey. The Congress' theme is "Responsibility for Patient Outcomes – are you ready?" a topical and relevant subject considering global changes and trends within the pharmacy profession and pharmaceutical sciences. For further information and registration see www.fip.org/istanbul2009.

Can the FIP also be of interest to young pharmacists?

Yes, absolutely. It is imperative that young pharmacists with an interest in professional policy visit the FIP. You have to know the situation abroad before you can assess the situation in Switzerland and recognise opportunities and possibilities. It is also very important for young pharmacists to establish a network of international contacts early on, either for knowledge transfer and/or experiences in an international framework. An intense exchange with experienced Swiss pharmacists is also important for young pharmacists fresh from university. The FIP provides an ideal opportunity of establishing first contacts. All first timers are welcomed within the Swiss delegation and immediately integrated into the group. ▮

Interview
Christina Haas
E-mail: christina.haas@pharmasuisse.org



Angebot und Ansprüche

Die Gesundheitskosten in der Schweiz sind hoch und steigen weiter. Ebenso so hoch sind die Ansprüche an unser Gesundheitswesen und dessen Angebote, die laufend weiter ausgebaut werden. Um die damit verbundenen Kosten in den Griff zu bekommen, wird deshalb immer wieder in verschiedensten Bereichen nach Sparmöglichkeiten gesucht. TARMED, Medikamentenpreise, Reduktion der Anzahl Spitalbetten, Fallpauschalen, gesenkte Labortarife in Arztpraxen usw. wurden und werden diskutiert.
Fast alle Massnahmen, die zur Diskussion stehen, zielen auf Kostenersparnis bei den Anbietern. Die Kunden und Patienten andererseits haben weiterhin in vielen Fällen die Freiheit, selber zu bestimmen, welche Dienstleistungen sie – gerechtfertigt oder nicht – in Anspruch nehmen wollen.
Vor diesem Hintergrund gäbe es einen einfachen Lösungsansatz für Einsparungen: Wenn wir alle freiwillig nur Behandlungen wählen, die kostengünstig und wirklich nötig sind. Wenn wir freiwillig zuerst in die Apotheke, falls nötig anschliessend zum Hausarzt und erst wenns wirklich unumgänglich ist, zum Spezialisten gehen. Wenn wir alle freiwillig nur jene Medikamente beziehen, die wir wirklich brauchen und auch einnehmen wollen. Wenn wir freiwillig auf Prävention setzen und unseren Teil dazu beitragen, dass uns unsere Gesundheit möglichst erhalten bleibt.
Die Erfahrung zeigt leider, dass Freiwilligigkeit beim Verzicht nur schwer zu erreichen ist. Deshalb müssen die heute falschen Anreize (ich bezahle Prämien, also beziehe ich Leistungen) dahingehend geändert werden, dass zunehmend belohnt wird, wer zu Kosteneinsparungen beiträgt, und dass mehr bezahlt, wer nicht zwingend nach rationalen Kriterien vorgehen will.
Die Apotheken mit ihrer guten Zugänglichkeit stehen zur Verfügung für die kostengünstige Behandlung von Bagatellfällen und für erste Abklärungen bei gesundheitlichen Störungen.

Christa Rüedi

Offre et exigences

Les coûts de la santé en Suisse sont élevés et ne cessent de croître. Les exigences posées à notre système de santé et à ses prestations, régulièrement développées, sont tout aussi élevées. Pour maîtriser les coûts qui y sont liés, des possibilités d'économies sont toujours recherchées dans les secteurs les plus divers. TARMED, prix des médicaments, réduction du nombre de lits d'hôpital, forfaits par cas, baisse des tarifs de laboratoire dans les cabinets médicaux, etc. sont quelques-unes des pistes envisagées.
Presque toutes les mesures débattues ont pour objectif de réduire les coûts des fournisseurs. De leur côté, les clients et les patients peuvent continuer à décider en toute liberté de quelles prestations – justifiées ou non – ils veulent bénéficier.
Dans ce contexte, il y aurait pourtant une solution simple pour faire des économies: il suffirait de sélectionner uniquement des traitements avantageux et vraiment indispensables. Ou de se rendre d'abord à la pharmacie, puis chez le médecin si nécessaire et chez le spécialiste lorsque cela s'avère réellement indispensable. Ou de se procurer uniquement les médicaments dont nous avons vraiment besoin et que nous prévoyons de prendre. Ou de miser sur la prévention et faire en sorte de se maintenir en bonne santé.
Généralement, les patients ne renoncent malheureusement pas volontairement. Il faut donc corriger les fausses incitations (je paye des primes et perçois des prestations en retour) et songer à récompenser ceux qui contribuent à économiser des coûts. Ceux qui veulent continuer à bénéficier de la liberté de comportement peu rationnel payeront simplement plus.
Les pharmacies proposent, grâce à leur facilité d'accès, des traitements avantageux de cas bénins et de premiers conseils lors de problèmes de santé.

Christa Rüedi

Koliken bei einem Teenager

Gabriela Gutknecht

Die folgende Krankengeschichte zeigt anschaulich, wie die chronischen Magen-Darm-Probleme einer jungen Frau durch die Gabe einiger Dosen eines homöopathischen Mittels nach der Behandlungsmethode der Klassischen Homöopathie geheilt werden konnten.

Profil der Patientin

Eine junge Frau, 17-jährig, kam im März 2007 zum ersten Mal in die homöopathische Beratung. Sie klagte über chronische Magen-Darm-Probleme, welche sie bereits seit mehreren Monaten plagten.

Vorgeschichte

Die Patientin litt seit mehr als einem halben Jahr etwa zwei- bis dreimal pro Monat an Koliken im Magen-Darm-Bereich. Diese traten meist abends auf und waren zum Teil so stark, dass sie anderntags nicht zur Arbeit gehen konnte. Diverse schulmedizinische Untersuchungen brachten keine Ursache der Beschwerden zu Tage. Aufgrund des Verdachts auf eine Nahrungsmittelallergie wurden mehrere Diäten, unter anderem eine Diät mit glutenfreien Produkten, durchgeführt. Diese brachten jedoch nur kurzfristig eine mittelmässige Besserung der Symptome.

Im Akutfall nahm die Patientin Scopolaminbutylbromid gegen die Krämpfe ein.

Lokale Symptome

Die Patientin beklagte sich über Koliken im Oberbauch und Schmerzen, welche meist nach dem Essen auftraten. Der Schmerzcharakter war brennend und trat vor allem um den Nabel auf. Die Schmerzen und Krämpfe gingen mit Durchfall, Übelkeit und grosser Schwäche einher. Selbst der Geruch von Speisen verursachte Übelkeit. Das Trinken eines heissen Getränks und das Auflegen einer warmen Bettflasche linderten die Beschwerden.

Geistige Symptome

Die junge Dame hatte im August 2006 eine Ausbildung zur Dentalassistentin begonnen. Da der Ausbildungsplatz sehr weit vom Elternhaus entfernt lag und eine tägliche Heimkehr nicht möglich war, wohnte sie während der Woche in einem Lehrlingsheim. Sie fühlte sich sehr wohl im Lehrbetrieb, denn mit dieser Lehrstelle war ein Traum in Erfüllung gegangen. Zur Chefin und zu den anderen Angestellten hatte sie ein sehr gutes Verhältnis und war eine begabte Schülerin. Vor Prüfungen jedoch hatte sie Angst und war nervös, obwohl sie sich jeweils sehr akribisch darauf vorbereitete. Die Patientin war gerne mit ihren Kolleginnen oder ihrer Familie unterwegs und mochte nicht gerne alleine sein; insbesondere bei Beschwerden half es ihr, wenn sie in Gesellschaft war.

Allgemeine Symptome

Im Allgemeinen liebte die Patientin Wärme, vertrug direkte Sonnenbestrahlung gut und fühlte sich bei trockenem Wetter besser als an feucht-warmen Tagen.

Sie litt zusätzlich an Heuschnupfen, der jeweils im Frühjahr auftrat, und dann mit einem – vom Hausarzt verschriebenen – Antiallergikum akut behandelt wurde.

Ernährung

Sie liebte gewürzte Speisen und mochte auch gerne Süssigkeiten, vor allem Eiscreme. Bei den Getränken bevorzugte sie Ice Tea und andere kalte Getränke.

Schlaf

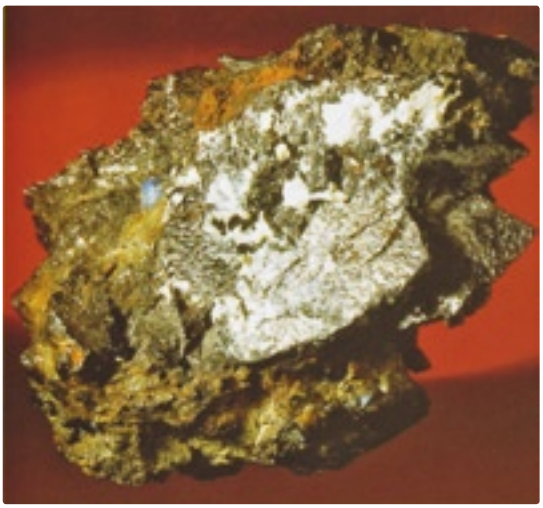
Die Patientin hatte normalerweise einen tiefen Schlaf und war am Morgen jeweils gut ausgeruht. Nach einem Krampfanfall und vor Prüfungen hingegen war der Schlaf gestört und die Patientin verspürte eine ganz deutliche Unruhe.

Repertorisation

Folgende Symptome wurden verwendet:

→ Gemüt – Ruhelosigkeit – nachts
→ Gemüt – Furcht – Versagen, Misserfolg; vor dem – Prüfungen, bei
→ Gemüt – Gesellschaft – Verlangen nach – allein; agg. wenn
→ Allgemeines – Wärme – amel.
→ Allgemeines – Speisen und Getränke – warme Getränke – amel.
→ Allgemeines – Schwäche – Diarrhöe – durch
→ Abdomen – Schmerz – Nabel – Nabelgegend – brennend
→ Abdomen – Schmerz – Essen – nach – agg
→ Rektum – Diarrhöe – begleitet von – Übelkeit
→ Magen – Übelkeit – Speisen – Geruch von Speisen; durch den

12 Arsenicum album (weisses Arsen / arsenic blanc)



Homéopathie dans la pharmacie

Les coliques d'une adolescente

Gabriela Gutknecht

Ce cas montre comment les troubles gastro-intestinaux d'une jeune femme ont pu être guéris par l'administration de quelques doses d'un remède unique, tel que décrit dans l'homéopathie classique.

Profil de la patiente

Une jeune femme de 17 ans est venue pour la première fois le 13 mars 2007 pour un conseil en homéopathie. Elle souffrait depuis plusieurs mois de troubles gastro-intestinaux.

Antécédents personnels

La patiente souffrait depuis plus de six mois de coliques gastro-intestinales deux à trois fois par mois environ. Ces dernières débutaient souvent le soir et étaient parfois si fortes qu'elle ne pouvait pas aller travailler le lendemain. Les analyses médicales traditionnelles n'ont donné aucun résultat. En raison des soupçons d'une allergie alimentaire, plusieurs régimes ont été suivis, dont un sans gluten. Ces régimes n'ont toutefois apporté qu'une amélioration à court terme des symptômes.

Lors de troubles aigus, la patiente prenait du bromure de butylscopolamine contre les crampes.

Symptômes locaux

La patiente se plaignait de coliques et de douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen. Elles apparaissaient généralement après le repas. La douleur avait un caractère brûlant et se situait surtout autour du nombril. Les douleurs et les crampes étaient accompagnées de diarrhée, de nausées et d'une grande faiblesse. Même l'odeur des aliments provoquait des nausées. Boire du thé chaud et poser une bouillotte chaude sur le ventre la soulageaient.

Symptômes mentaux

La jeune femme avait débuté une formation d'assistante dentaire en août 2006. Pendant la semaine, elle habitait dans une résidence pour étudiants dans la mesure où son lieu de travail était trop éloigné de la maison familiale. Elle se sentait très bien dans son

Koliken bei einem Teenager

Gabriela Gutknecht

Die folgende Krankengeschichte zeigt anschaulich, wie die chronischen Magen-Darm-Probleme einer jungen Frau durch die Gabe einiger Dosen eines homöopathischen Mittels nach der Behandlungsmethode der Klassischen Homöopathie geheilt werden konnten.

Profil der Patientin

Eine junge Frau, 17-jährig, kam im März 2007 zum ersten Mal in die homöopathische Beratung. Sie klagte über chronische Magen-Darm-Probleme, welche sie bereits seit mehreren Monaten plagten.

Vorgeschichte

Die Patientin litt seit mehr als einem halben Jahr etwa zwei- bis dreimal pro Monat an Koliken im Magen-Darm-Bereich. Diese traten meist abends auf und waren zum Teil so stark, dass sie anderntags nicht zur Arbeit gehen konnte. Diverse schulmedizinische Untersuchungen brachten keine Ursache der Beschwerden zu Tage. Aufgrund des Verdachts auf eine Nahrungsmittelallergie wurden mehrere Diäten, unter anderem eine Diät mit glutenfreien Produkten, durchgeführt. Diese brachten jedoch nur kurzfristig eine mittelmässige Besserung der Symptome.

Im Akutfall nahm die Patientin Scopolaminbutylbromid gegen die Krämpfe ein.

Lokale Symptome

Die Patientin beklagte sich über Koliken im Oberbauch und Schmerzen, welche meist nach dem Essen auftraten. Der Schmerzcharakter war brennend und trat vor allem um den Nabel auf. Die Schmerzen und Krämpfe gingen mit Durchfall, Übelkeit und grosser Schwäche einher. Selbst der Geruch von Speisen verursachte Übelkeit. Das Trinken eines heissen Getränks und das Auflegen einer warmen Bettflasche linderten die Beschwerden.

Geistige Symptome

Die junge Dame hatte im August 2006 eine Ausbildung zur Dentalassistentin begonnen. Da der Ausbildungsplatz sehr weit vom Elternhaus entfernt lag und eine tägliche Heimkehr nicht möglich war, wohnte sie während der Woche in einem Lehrlingsheim. Sie fühlte sich sehr wohl im Lehrbetrieb, denn mit dieser Lehrstelle war ein Traum in Erfüllung gegangen. Zur Chefin und zu den anderen Angestellten hatte sie ein sehr gutes Verhältnis und war eine begabte Schülerin. Vor Prüfungen jedoch hatte sie Angst und war nervös, obwohl sie sich jeweils sehr akribisch darauf vorbereitete. Die Patientin war gerne mit ihren Kolleginnen oder ihrer Familie unterwegs und mochte nicht gerne alleine sein; insbesondere bei Beschwerden half es ihr, wenn sie in Gesellschaft war.

Allgemeine Symptome

Im Allgemeinen liebte die Patientin Wärme, vertrug direkte Sonnenbestrahlung gut und fühlte sich bei trockenem Wetter besser als an feucht-warmen Tagen.

Sie litt zusätzlich an Heuschnupfen, der jeweils im Frühjahr auftrat, und dann mit einem – vom Hausarzt verschriebenen – Antiallergikum akut behandelt wurde.

Ernährung

Sie liebte gewürzte Speisen und mochte auch gerne Süssigkeiten, vor allem Eiscreme. Bei den Getränken bevorzugte sie Ice Tea und andere kalte Getränke.

Schlaf

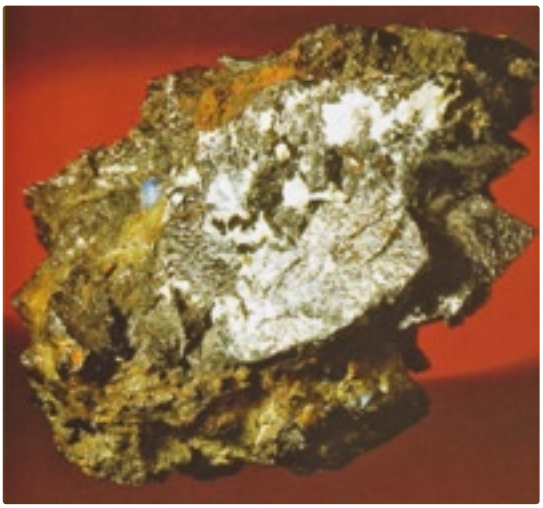
Die Patientin hatte normalerweise einen tiefen Schlaf und war am Morgen jeweils gut ausgeruht. Nach einem Krampfanfall und vor Prüfungen hingegen war der Schlaf gestört und die Patientin verspürte eine ganz deutliche Unruhe.

Repertorisation

Folgende Symptome wurden verwendet:

→ Gemüt – Ruhelosigkeit – nachts
→ Gemüt – Furcht – Versagen, Misserfolg; vor dem – Prüfungen, bei
→ Gemüt – Gesellschaft – Verlangen nach – allein; agg. wenn
→ Allgemeines – Wärme – amel.
→ Allgemeines – Speisen und Getränke – warme Getränke – amel.
→ Allgemeines – Schwäche – Diarrhöe – durch
→ Abdomen – Schmerz – Nabel – Nabelgegend – brennend
→ Abdomen – Schmerz – Essen – nach – agg
→ Rektum – Diarrhöe – begleitet von – Übelkeit
→ Magen – Übelkeit – Speisen – Geruch von Speisen; durch den

12 Arsenicum album (weisses Arsen / arsenic blanc)



Das Mittel Arsenicum album (weisses Arsenik) erschien an vorderster Stelle dieser Repertorisation. Anhand der Materia Medica (homöopathische Arzneimittellehre) bestätigte sich diese Arzneimittelwahl. Die Patientin erhielt eine Dosis Arsenicum album C30.

Weiterer Verlauf

Mai 2007: Seit der Mitteleinnahme waren keine Magen-Darm-Beschwerden mehr aufgetreten und auch die Prüfungsangst war wesentlich besser geworden, jedoch in den letzten Woche mit vielen Prüfungen wieder ein Thema geworden. Die Patientin erhielt eine Dosis Arsenicum album C200.

August 2007: Die Patientin hatte die intensive Prüfungsphase vor den Sommerferien mit sehr guten Leistungen und mit viel mehr Gelassenheit als üblich überstanden. Die Magen-Darm-Probleme waren nicht mehr zurückgekehrt. ▮

Korrespondenzadresse
Gabriela Gutknecht, Apothekerin
Vorstandsmitglied der Schweizerischen Apothekergesellschaft für Homöopathie (SAGH)
E-Mail: gutknecht-glaus@hotmail.com

Agenda 2009

Mai/mai

6. Umdasch-Seminar: Visual Merchandising für Praktiker, Oberentfelden
7. Umdasch-Seminar: Visual Merchandising für Praktiker, Oberentfelden
8. Forum Molekulare Wissenschaften, ETH Hönggerberg
8. Tage der Genforschung: offene Labortür: Transgene Tiere & embryonale Stammzellen, Zürich
11. Tage der Genforschung: Experimentiertag für Kinder: Thema Zellen, Zürich
11. Tage der Genforschung: offene Labortür: Gentechnik in der Krebsforschung, Zürich
11.–15. ACHEMA 2009, Frankfurt am Main
13./14. 5th annual World Health Care Congress Europe, Brüssel
14. Tage der Genforschung: Referat: Krankheiten der Armut, Zürich
18. Tage der Genforschung: offene Labortür: Gentechnik in der Krebsforschung, Zürich

Juni / juin

8. Umdasch Shop Concept-Forum, Zürich
9./10. pharmaSuisse: Delegiertenversammlung / Assemblée des délégués, Bern
17. Umdasch-Seminar: Ladendiebstahl LIVE!, Oberentfelden
18. Umdasch-Seminar: Umdasch Shop Concept-Forum, Lausanne
24. Umdasch-Seminar: Mehr Ertrag auf gleicher Fläche, Oberentfelden
26. Tage der Genforschung: Führung: Gentechnisch veränderter Weizen, Zürich
27. Tage der Genforschung: Führung: Gentechnisch veränderter Weizen, Zürich

Juli/juillet

4.–11. Sportweltspiele, Costa Blanca

Den Veranstaltungskalender finden Sie auch auf www.pharmaSuisse.org unter Pharmazie&Fachpublikum → Beruf Apotheker → Fortbildung FPH/Weiterbildung FPH → Veranstaltungskalender
Le calendrier des manifestations se trouve également sur www.pharmasuisse.org, sous Pharmaciens&Politique → Profession pharmacien → Formation postgraduée/Formation continue → Calendrier des manifestations.

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH**

Manifestations reconnues par la FPH officine (O), hôpital (H) et homéopathique (HOM)

Date	O/H/ Hom	titre	organisateur	lieu	heure	informations	PC/ Module	numéro d'identification	prix
Mai									
12.05.	O	Validation d'ordonnances en médecine dentaire: cas pratiques	pharmActuel	Lausanne	19.45–21.30	inscription@pharmactuel-vd.ch	16.5	**1**-3-226-09-P16.5	30.– pour les abonné(e)s, 50.– pour les non-abonné(e)s
13.05.	O	Addiction: Désaccoutumance au tabac, cannabis	CAP	Lausanne	09.00–17.00	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	50	**2**-2-182-09-P50	Membres du CAP: 275.– Non-membres: 330.–
14.05.	O	Urgences durant les activités de plein air	Mepha Pharma AG	Martigny	09.00–17.00	Tél. 061 705 43 29 www.mepha.ch	62.5	**1**-96-13-09-P62.5	150.– à 199.–
14.05.	O	Emorragie cerebrali	OFCT	Mendrisio	12.30	Tél. 091 922 68 66 segretariato@ofct.ch	9	**1**-10-07-09-P9	gratuit
14.05.	O	Corso di medicina Outdoor	OFCT	S. Antonino	14.00	Tél. 091 922 68 66 segretariato@ofct.ch	25	**1**-10-34-09-P25	gratuit
16.05.	O	PharmaDay Ticino 2009	OFAC	Brissago	13.00–20.00	Tél. 022 718 98 40 fonta@ofac.ch	30	**2**-239-5-09-P30	gratuit
18.05.	O	Atelier pratique: Soins des plaies et bandages utiles à l'officine	CAP	Lausanne	08.30–18.00	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	62.5	**1**-2-171-09-P62.5	Membres du CAP: 330.– Non-membres: 400.–
18.05.	O	Technique d'entretien et résolution de conflits quotidiens (Module II)	SPA AG	Vevey	sur demande	Tél. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	50	**3**-7-50-09-P50	650.–
19.05.	Hom	Supervisions. Soirée études de cas	Homéo Institut	Lausanne	19.45–22.00	imfeld@homeoconseil.org	20.75	KH-05-04-09-P20.75	35.–
19.05.	O	Formation à l'encadrement, être à l'aise depuis le début (Module II)	SPA AG	Vevey	sur demande	Tél. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	50	**3**-7-7-09-P50	650.–
19.05.	O	Vertigini	pharmActuel	Manno Aragonite	19.30	Fax 091 923 39 09	15	**1**-3-234-09-P15	20.– con abbonamento, 30.– senza abbonamento
25.05.	O	Atelier pratique: Soins des plaies et bandages utiles à l'officine	CAP	Neuchâtel	08.30–18.00	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	62.5	**1**-2-171-09-P62.5	Membres du CAP: 330.– Non-membres: 400.–
26.05.	O	Atelier pratique: Soins des plaies et bandages utiles à l'officine	CAP	Delémont	08.30–18.00	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	62.5	**1**-2-171-09-P62.5	Membres du CAP: 330.– Non-membres: 400.–
26.05.	O	Les brûlures, nouveautés?	Université de Genève et Lausanne	Genève	20.00–22.00	Tél. 022 379 78 33 www.unige.ch/formcont	16.5	**1**-91-204-09-P16.5	50.–

→

28.05.	O	Les antidiabétiques oraux en 2009	Université de Genève et Lausanne	Lausanne	20.00–22.00	Tél. 022 379 78 33 www.unige.ch/formcont	16.5	**1**-91-209-09-P16.5	50.–

Nous vous demandons de conserver le calendrier des manifestations FPH car les dates de ces manifestations ne seront mentionnées qu'une seule fois dans le pharmaJournal.
Domaines de compétences (correspond au 1er chiffre du numéro d'identification)
1: Compétences pharmaceutiques 2: Compétences en santé communautaire 3: Compétences en gestion 4: Compétences personnelles

FPH-anerkannte Veranstaltungen im Bereich Offizin (O)- und Spitalpharmazie (S) sowie klassischer Homöopathie (H)

Datum	O/S/H	Titel	Veranstalter	Ort	Zeit	Informationen	KP/Modul	ID-Nummer	Preis
Mai									
11.05.	O	Compliance	pharmActuel	St. Gallen	19.00	ameisenapo@active.ch	15	**1**-3-245-09-P15	Abonnenten: 20.– Nicht-Abonnenten: 30.–
13.05.	O	Sexuell übertragbare Krankheiten	pharmActuel	Bern	19.30	Fax 031 302 23 22 laenggass.apotheke@bluewin.ch	15	**1**-3-224-09-P15	Abonnenten: 20.– Nicht-Abonnenten: 30.– Studenten: 5.–
18.05.	O	Master of Using HEIDAK-Haut und Stoffwechsel	Heidak AG	Emmenbrücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-02-09-P50	1950.–
18.05.	O	Biopharmazeutika	Agfam	Zürich	08.30–12.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-8-09-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
18.+19.05.	O	Selbstmanagement + Konfliktgespräche konstruktiv führen	Zambon Schweiz AG	Bigorio	11.30	Tel. 091 960 41 11 info.inpharzam@zambongroup.com	62.5	**3**-50-11-09-P62.5	gratis
18.05.+15.06.	O	Professionell präsentieren	SPA AG	Bern	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-56-09-P100	1420.–
19.05.	O	Basic 2	Heidak AG	Emmenbrücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-01-09-P50	195.–
19.05.	O	Einfache Personalentwicklungsinstrumente für KMU's	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-25-09-P50	590.–
20.05.	O	Pensionierung richtig planen	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-26-09-P50	590.–
23.+24.05.	H	Die homöopathische Behandlung bei schweren chronischen Krankheiten + sterbenden Menschen	Samuel Hahnemann Schule	Aarau	08.45–18.30	info@hahnemann.ch	100	KH-06-04-09-P100	400.–
25.05.	O	Diabetes: Zielwerte, Insulintherapie, Blutzuckerkontrolle und Compliance	AKB	Bern	19.30–21.30	Tel. 031 326 27 30 info@apobern.ch	16.5	**1**-42-10-09-P16.5	30.–
26.05.	O	Entzündlicher Rückenschmerz	VAW	Winterthur	19.30–21.00	Tel. 052 222 32 79 vaw.fortbildung@gmx.ch	12.5	**1**-14-34-09-P12.5	90.–
26.05.	O	Kohlenhydratstoffwechsel	Biomed AG	Winterthur	09.00–17.30	Tel. 044 802 16 16 allsan@biomed.ch	54.25	**1**-38-16-09-P54.25	150.–
26.05.	O	Der Schlüssel zur erfolgreichen Beratung	CAP	Aarau	09.00–17.00	Tel. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	50	**4**-2-138-09-P50	CAP-Mitglieder: 650.– Nichtmitglieder: 750.–
26.05.	O	Meine Rolle als ApothekerIn: wie bewege ich mich in einem Netzwerk?	Agfam	Zürich	08.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	50	**3**-1-30-09-P50	550.–
28.05.	O	Blutdruck	Agfam	Zürich	13.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-16-09-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
28.05.	O	Anti-Aging für Haut und Haar	Agfam	Zürich	08.30–12.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-20-09-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
28.05.	O	Homöopathie: Naturwissenschaft oder Glaubensfrage?	Universität Bern KIKOM	Olten	19.30–21.30	Fax 031 632 42 62 barbara.kohler@kikom.unibe.ch	16.5	**1**-301-01-09-P16.5	gratis
28.05.	O	Symposium Medizin in der Manege	Content Marketing & Services GmbH	Zürich	14.00–18.15	Tel. 056 648 28 00 simone.abegg@contenter.ch	33.25	**2**-205-5-09-P33.25	85.–
Juni									
23.–26.06.	O	Einzigartige Bergeller Botanik	Pharmazeutische Ges. Zürich	Castasegna	auf Anfrage	vro.jakob@bluewin.ch	187.5	**1**-6-49-09-P187.5	1680.– bis 1980.–

Haben Sie Anregungen, Bemerkungen, Vorschläge zu Kursprogrammen oder einzelnen Kursen?
Wir freuen uns auf Ihr Feedback! Fax 031 978 58 59; kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Veuillez adresser vos remarques, suggestions et propositions concernant les programmes ou les divers cours à Madame Kathrin Zybach (fax 031 978 58 59; e-mail: kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Mitteilungen Communications

Ausschreibung zur Vergabe des Galenus Technologie-Preises 2009

Die Galenus-Privatstiftung vergibt im November dieses Jahres den mit 5000 EURO dotierten Galenus Technologie-Preis 2009 für eine innovative Arbeit auf dem Gebiet der Pharmazeutischen Technologie und Biopharmazie. Teilnahmeberechtigt sind alle Habilitanden, Assistenz- und Juniorprofessoren sowie Personen in äquivalenter Position vom Fach Pharmazeutische Technologie und Biopharmazie. Die Ausschreibung beginnt am 1. Mai 2009 und endet am 30. Juni 2009. Die Teilnahmebedingungen und weitere Informationen finden Sie unter: www.galenus-privatstiftung.at.

APV: Veranstaltungskalender

Die aktuellen Veranstaltungsangebote der Arbeitsgemeinschaft für Pharmazeutische Verfahrenstechnik e.V. sind erschienen und können bezogen werden bei:
APV, Kurfürstenstrasse 59
D-55118 Mainz
Tel. ++49 6131 9769 40
Fax ++49 6131 9769 69
E-Mail: apv@apv-mainz.de
www.apv-mainz.de

Reader's Digest: Apotheker unter Top 3

Die Apotheker sind unter den Top 3 der beliebtesten Berufe in Europa. Dies geht aus der vom Magazin «Reader's Digest» veröffentlichten «European Trusted Brands 2009» hervor. Demnach gaben 87 Prozent der Befragten an, dass sie dem Apotheker vertrauen. Bessere Werte erhielten nur Piloten (89 Prozent) und Feuerwehrleute (92 Prozent). Bei der letzten Umfrage hatten Apotheker noch auf Platz 4 gelegen. Unter den Gesundheitsberufen belegen die Apotheker damit Platz Eins. Krankenschwestern und Ärzte folgen mit 85 beziehungsweise 83 Prozent. Befragt wurden mehr als 23 000 Leser von «Reader's Digest» in Europa.
www.apotheke-adhoc.de

Mehr Resistenzen bei TBC

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat vor einem drastischen Anstieg von multiresistenten Tuberkulose-Erregern gewarnt. «Schon heute ist die Situation alarmierend, und es könnte sehr schnell noch viel schlimmer werden», sagte WHO-Generaldirektorin Dr. Margaret Chan in Peking. Tuberkulose ist weltweit die bakterielle Infektionskrankheit mit den meisten Todesfällen.

Im Jahr 2007 starben nach WHO-Angaben 1,7 Millionen Menschen an Tuberkulose. Etwa 500 000 Menschen davon seien mit multiresistenten Erregern infiziert gewesen, bei denen die Therapie oft versagt. Die Antibiotika-Behandlung der Krankheit, die meistens die Lunge befällt, dauert viele Monate und erfordert grosse Disziplin. Abgebrochene Therapien führen allerdings dazu, dass immer mehr Erregerstämme resistent werden.
www.apotheke-adhoc.de

Good Design, Good Business

Schweizer Grafik und Werbung für Geigy 1940–1970. Unter diesem Titel läuft noch bis am 24. Mai 2009 im Museum für Gestaltung in Zürich eine Ausstellung mit 300 Exponaten aus allen Bereichen der Grafik: u.a. von Werbegeschenken und Medikamentenmustern, Plakaten, Inseraten und Broschüren der ehemaligen Basler Chemiefirma J.R. Geigy AG. «Geigy forscht für morgen», dieser Devise lebte die Firma auch in ihrer Unternehmenskommunikation nach und leistete damit einen bedeutenden Beitrag zur internationalen Designgeschichte.

Weiterbildung FPH

Fachapothekerprüfungen 2009: Voranzeige

Die Fachapothekerprüfungen FPH in Offizinpharmazie 2009 finden am Dienstag, 17. November 2009, statt.

Weiterbildungsstätten FPH in Spitalpharmazie

Die Spitalapotheken Berner Oberland, Spitäler FMI AG Unterseen, und das Institut für Spitalpharmazie, Inselspital Bern, werden als Weiterbildungsstätten anerkannt.

Weiterbildner FPH in Spitalpharmazie

Dr. Enea Martinelli (Chefapotheker, Spitäler FMI AG Unterseen) wird als Weiterbildner anerkannt.

Korrigendum

Dr. pharm. Catherine Hänni, 3098 Köniz, hat den Fähigkeitsausweis FPH in klinischer Pharmazie erworben (nicht, wie im pharmaJournal 4/09 fälschlicherweise gemeldet, die Anerkennung als Weiterbildnerin in klinischer Pharmazie).

Todesanzeige

Wir haben die traurige Pflicht, unsere Mitglieder vom Hinschied von

Herrn

Dr. pharm. Heinz Voegelin-Neuhaus

3. 6. 1941 – 27. 3. 2009

Apotheker, Basel
Mitglied des Verbands seit 1964
Freimitglied seit 2000

in Kenntnis zu setzen.

Wir sprechen seinen Angehörigen unser herzliches Beileid aus und werden dem Verstorbenen ein ehrendes Andenken bewahren.

pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverband
Der Vorstand

Formation postgraduée FPH

Examens de spécialiste 2009: préavis

Les examens de spécialiste FPH en pharmacie d'officine 2009 auront lieu le mardi 17 novembre 2009.

Établissements de formation postgraduée FPH en pharmacie d'hôpital

Les pharmacies hospitalières de l'Oberland bernois, hôpitaux FMI AG Unterseen, et l'Institut de pharmacie hospitalière, hôpital de l'Île Berne, sont reconnus comme établissements de formation postgraduée.

Formateur FPH en pharmacie d'hôpital

Le Dr Enea Martinelli (pharmacien-chef, hôpitaux FMI AG Unterseen) est reconnu comme formateur.

Corrigendum

Catherine Hänni, Dr pharm., 3098 Köniz, a obtenu le certificat de formation complémentaire FPH en pharmacie clinique (et non pas, comme mentionné par erreur dans le pharmaJournal 4/09, la reconnaissance comme formatrice en pharmacie clinique).

Lehrgang mit Abschlusszertifikat

Weiterbildung für Pharma-Assistentinnen und Wiedereinsteigerinnen

Inhalt:	Grundlagen und Informationen zu: Medizin und Komplementärmedizin, Berufliche Rechtskunde, Arzneiformenlehre, Beratung und Verkauf, Organisation einer modernen Apotheke, Arzneimittel im Internet, Beratung in einer Fremdsprache
Dauer:	Jahreskurs, Beginn nur im Herbstsemester
Ort:	Berufsschule für Detailhandel, Zürich
Zeitrahmen:	3½ Lektionen pro Woche
Kosten:	700.– pro Semester
Anmeldeschluss:	31. Juli 2009
Informationen:	Berufsschule für Detailhandel Zürich, Niklausstr. 16, 8090 Zürich Tel. 044 368 27 00, Fax 044 368 27 27 E-Mail: sekretariat@dhz.zh.ch, www.bsdhz.ch

Korrigendum

Im pharmaJournal 7/09 ist auf S. 6 ein Knollenblätterpilz abgebildet. Dabei handelt es sich um den Amanita citrina va. alba und nicht, wie irrtümlich angeführt, um den gefährlichsten Giftpilz in der Schweiz, Amanita phalloides. Wir bitten unsere Leser um Entschuldigung für das Versehen.

pharmActuel bietet aktuelle Fortbildung

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH** Fortbildungsprogramme

pharmActuel-Regionalkonferenzen

St. Gallen/Appenzell

Datum:	Montag, 11. Mai 2009
Thema:	**Compliance**
Referent:	PD Dr. Kurt Hersberger, Apotheker Basel
ID-NR:	1-3-245-09-P15
Zeit:	Apero: 19.00 Uhr, Vortrag: 19.45–21.00 Uhr
Ort:	Hotel Wallhalla, St. Gallen
Preis:	Fr. 20.– für pharmActuel-Abonnenten Fr. 30.– für Nichtabonnenten
Anmeldung:	Dominique Bätscher, E-Mail: ameisenapo@active.ch

Vaud

Date:	Mardi 12 mai 2009
Sujet:	**Validation d'ordonnances en médecine dentaire: cas pratiques**
Orateur:	Prof. Olivier Bugnon
N° ID:	1-3-227-09-P16.5
Heure:	de 19 h 45 à 21 h 30 Uhr
Lieu:	Auditoire Jequier-Doge de la PMU
Prix:	Fr. 30.– pour les abonné(e)s à pharmActuel Fr. 50.– pour les non-abonné(e)s

Inscription:
→ Directement sur le site: www.pharmactuel-vd.ch
→ Par courrier électronique: inscription@pharmactuel-vd.ch
→ Par courrier postal: pharmActuel-Vaud, p. a. Erik Paus, ch. Des Petits-Esserts 5, 1053 Cugy

Bern

Datum:	Mittwoch, 13. Mai 2009
Thema:	**Sexuell übertragbare Krankheiten**
Referent:	Dr. Benedikt Göschke, Dermatologe und Venerologe, Bern
ID-NR:	1-3-224-09-P15
Sponsor:	Sandoz Pharmaceuticals AG
Zeit:	19.30 Uhr
Ort:	Unitobler, Hörsaal F021, Lerchenweg 36, 3012 Bern
Preis:	Fr. 20.– für pharmActuel-Abonnenten Fr. 30.– für Nichtabonnenten Fr. 5.– für Studenten
Anmeldung:	Länggass-Apotheke, Christine Waldner, Fax 031 302 23 22, E-Mail: laenggass.apotheke@bluewin.ch

Tessin

Data:	martedi, 19 maggio 2009
Soggetto:	**Vertigini**
Consigliere:	Dr. A. Pellanda
No ID:	1-3-235-09-P15
Sponsor:	Mepha
Ora:	Aperitivo 19.30 alle ore, inizio relazione 20.15 alle ore
Luogo:	Manno Aragonite
Prezzo:	Fr. 20.– con abbonamento pharmActuel Fr. 30.– senza abbonamento pharmActuel
Iscrizione:	pharmActuel, c/o OFCT, Casella postale 5539, 6901 Lugano, Fax 091 923 39 09

BE: Neues Mitglied

Um die Mitgliedschaft beim Apothekerverband des Kantons Bern bewirbt sich:

Jon Andri Bisaz, Apotheke Hemmann, Stauffacherstr. 1, 3000 Bern

Allfällige Einsprachen sind innert drei Wochen an die Geschäftsstelle des Apothekerverbandes des Kantons Bern, Münzgraben 6, 3000 Bern 7, zu richten.

Spezialitätenliste
Liste des spécialités

Die nachfolgenden Erwähnungen sind als Hinweis zu verstehen und betreffen nur einzelne Dosierungen der genannten Präparate. Für die vollständige Liste konsultieren Sie bitte jeweils das zitierte BAG-Bulletin. pharmaSuisse übernimmt keine Gewähr für die Vollständigkeit der folgenden Auflistung und der Auflistungen in vorangehenden Ausgaben des pharma-Journal.

Les indications ci-après doivent être considérées comme des remarques et concernent uniquement les posologies individuelles des préparations citées. La liste complète peut être consultée dans le bulletin de l'OFSP mentionné. pharmaSuisse n'assume aucune responsabilité quant à l'intégralité de la liste ci-après et des listes publiées dans des éditions précédentes du pharmaJournal.

Im BAG-Bulletin 15 vom 6. April 2009 sind publiziert:
Publié dans le bulletin de l'OFSP nº 15 du 6 avril 2009:

Gültig ab 1. März 2009 /
Valable à partir du 1er mars 2009:

→ Neuzugang Präparate / Nouvelles admissions des préparations: Ibuprofen N Helvepharm, Pravastatin Axapharm.

Gültig ab 1. April 2009 /
Valable à partir du 1er avril 2009:

→ Errata: Folgende Präparate haben zwischen 1.12.2008 und 23.2.2009 eine irrtümliche Limitation erhalten / Les préparations suivantes ont été dotées par erreur d'une limitation incorrecte entre le 1.12.2008 et le 23.2.2009: Actonel, Alendron Mepha 70, Aranesp, Arixtra, Axotide, Becodisk, Buspar, Ciproxin, Didronel, Duphalac Sirup, Eprex, Famvir, Flectoparin Tissugel, Fosamax, Imigran, Januvia, Klacid, Lamictal, Leucovorin Calc Farmos, Litak 10, Lomudal, Lomudal Spincap, Metvix, Naramig, Neurontin, Nootropil, Plavix, Relaxane, Rheumon Forte, Risperdal Consta, Serevent Disk, Serevent, Sportium Emgel, Taxotere, Topamax, Zomig.

→ Neuzugang Präparate / Nouvelles admissions des préparations: Hydromorphoni HCI Streuli, Valproat Chrono Desitin, Movicol aromafrei, Gemcitabin Mepha, Gemcitabin Sandoz, Gemzitabin Teva, Ninorelbin Sandoz, Solevita forte Rx.

→ Neu gestrichene Präparate/Packungen / Préparations/emballages radiés: Loftyl 300, Loftyl 600, Capozide 25, Capozide Mite, Rhinathiol Prometh, Livial, Drygen Tc 99m Generator.

→ Preissenkungen / Réductions de prix: Alendronat Helvepharm, Avamys, Caelyx, Epirubicin Ebewe, Finasterid Teva, Pentoxi Mepha 400, Sertralin Teva, Sertralin Teva Medika, Vitarubin superconc.

→ Preiserhöhung / Augmentation de prix: Pentoxi Mepha 400.

→ Limitationsänderungen / Changements de limitatio: Ecomucyl, Vitarubin superconc, Caelyx.

→ Namensänderungen / Changements de nom: Buscopan Injektionslösung ist neu Buscopan Inject Injektionslösung, Zumenon ist neu Femoston Mono.

«Zur Rose» strauchelt in Deutschland

Die schweizerische Unternehmensgruppe «Zur Rose» hat 2008 rote Zahlen in Höhe von umgerechnet knapp drei Mio Euro geschrieben. Vor allem das deutsche Versandgeschäft entwickelte sich schwach, was laut Unternehmen primär auf einen intensivierten Wettbewerb zurückzuführen ist.

Wie hoch die Verluste in Deutschland sind, räumt das Unternehmen nicht ein. Insgesamt sanken die Umsätze im Versandhandel um 5 Prozent auf umgerechnet rund 135 Mio Euro, wobei sich das Geschäft in der Schweiz positiv entwickelte. Hier profitiert «Zur Rose» von der engen Zusammenarbeit mit Ärzten, die gegen eine Aufwandsentschädigung ihre Rezepte direkt an die Versandapotheke übermitteln.

Positiv entwickelte sich dagegen das Geschäft im Praxisgrosshandel. In der Belieferung von Ärzten setzte «Zur Rose» umgerechnet rund 208 Mio Euro um, 6 Prozent mehr als im Vorjahr. Die Generikasparte Helvepharm legte sogar um 24 Prozent auf rund 14 Mio Euro zu.
www.apotheke-adhoc.de

Université de Genève: Maîtrise universitaire d'études avancées (MAS) en pharmacie hospitalière

Séminaire «Assistance pharmaceutique et pharmacie clinique»

Ce séminaire consacré à l'assistance pharmaceutique et à la pharmacie clinique est à nouveau organisé à l'intention des candidats à la maîtrise universitaire d'études avancées en pharmacie hospitalière. Cet enseignement est également ouvert à un large public de pharmaciens (d'hôpital, d'officine, d'industrie, de l'administration, des universités) et aux autres professionnels de la santé.

Programme:	29.6.2009: Activités cliniques: bilan et perspectives 30.6.2009: Outils et communication 1.7.2009: Analyse de situations pratiques
Lieu:	Hôpitaux Universitaires de Genève
Finance d'inscription:	CHF 600.–
Délai d'inscription:	8 juin 2009
Renseignements et Inscriptions:	Prof. Pascal Bonnabry, pharmacien-chef Pharmacie des HUG Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1211 Genève 14 Tél. 022 382 39 74, fax 022 382 39 70 E-mail: pascal.bonnabry@hcuge.ch www.hug-ge.ch/ens/mas.html

News-Service

Affections cardiovasculaires: pas de vitamines en prévention

La supplémentation en acide folique et vitamines B6 et B12 n'entraîne pas de baisse des affections cardiovasculaires, malgré une hypothèse théorique séduisante.

Nombre d'hypothèses de recherche médicale séduisantes sur le papier débouchent sur des déceptions en pratique. Dans les années 1970, des chercheurs ont émis l'hypothèse que l'élévation de la concentration sanguine de l'homocystéine, un acide aminé, provoquerait des lésions cardiovasculaires. Cette théorie était fondée sur l'observation d'affections cardiovasculaires mortelles chez des enfants ayant un taux élevé d'homocystéine, et quelques études épidémiologiques montrant chez les adultes un lien statistique entre taux d'homocystéine et risque cardiovasculaire. On sait d'autre part que l'apport d'acide folique, de vitamine B6 et de vitamine B12 provoque une baisse de l'homocystéine. D'où l'idée d'administrer ces vitamines en population générale pour faire baisser le risque cardiovasculaire.

Plusieurs essais évaluant cette pratique avaient déjà eu des résultats décevants. Une nouvelle étude publiée en 2008 a peut-être mis un terme à ces recherches, tant ses résultats sont clairs. L'administration d'acide folique et des vitamines B6 et B12 à 5442 femmes pendant plus de sept ans a bien entraîné une baisse significative de l'homocystéine. Mais cela n'a pas été associé à une baisse des événements coronaires, ni des accidents cardiovasculaires, ni de la mortalité globale, ni de la mortalité par affections cardiovasculaires.

En somme, il est inutile de doser l'homocystéine en population générale, et de supplémenter en vitamine dans l'espoir de prévenir les affections cardiovasculaires.

Marketing pharmaceutique: vive les médecins «réfractaires»!

Les firmes pharmaceutiques classent les médecins selon leurs relations avec leurs représentants de commerce. Une vision bien éloignée de l'intérêt des patients.

Dans son numéro d'avril, la revue Prescrire commente une enquête réalisée par une société spécialisée dans le marketing, et publiée dans la revue «Pharmaceutiques» destinée aux milieux français des firmes pharmaceutiques et de leurs prestataires. Cette enquête avait pour but notamment d'évaluer la satisfaction des médecins vis-à-vis des représentants de commerce des firmes (alias «visiteurs médicaux»). Le classement des médecins réalisé à partir de cette enquête en dit long sur la façon dont les firmes considèrent les médecins. À l'issue de cette enquête, les médecins ont été classés en «apôtres», «mercenaires», «otages» ou «réfractaires». Les apôtres sont généralement des hommes, «adeptes de la relation labos», «pas très génériques» et disponibles (62% en 2007). Les mercenaires aussi sont satisfaits de leurs relations avec les firmes, qui n'a cependant pas d'importance à leurs yeux (9%). Les otages ne sont pas satisfaits de la relation avec les firmes, mais la jugent importante (11%). Restent les réfractaires (18%), plutôt des femmes, peu disponibles, «n'appréciant pas un labo en particulier» et plutôt «pro-génériques». Les auteurs de l'enquête alertent les firmes sur cette catégorie en augmentation. L'enquête confirme aussi une fois de plus qu'il existe «une relation totalement directe entre la quantité de contacts engagés par un laboratoire et le nombre de prescriptions rédigées par la suite». Prescrire encourage les médecins à rejoindre le groupe des réfractaires, dont le nombre en augmentation inquiète les firmes.

Vaccins papillomavirus: peu d'effets indésirables

Le bilan 2008 montre surtout des effets indésirables locaux, des syncopes et quelques réactions de type allergique, sans effet indésirable grave imprévu.

La lutte contre le cancer du col de l'utérus repose sur des mesures de prévention des maladies sexuellement transmissibles (préservatif) et le dépistage par frottis. Et, peut-être, par la vaccination contre les infections à papillomavirus. Certaines infections à papillomavirus entraînent des lésions précancéreuses au niveau du col de l'utérus. La vaccination contre les papillomavirus est proposée dans le but de limiter la survenue de ces lésions. Ndlr: en Suisse, l'OFSP conseille la vaccination des filles entre 11 et 14 ans (avant le quinzième anniversaire) et une vaccination de rattrapage entre 15 et 19 ans.

Le bilan de notifications d'effets indésirables des vaccins papillomavirus rendus publics en 2008 par diverses équipes est le suivant: la plupart des effets indésirables de ce vaccin sont locaux. Comme avec tous les vaccins injectables, des syncopes ont été observées et quelques réactions de type allergique ont été signalées. La fréquence de ces effets indésirables paraît faible et similaire à celle observée avec des vaccins classiques et bien connus. Les troubles graves notifiés sont rares ou très rares, sans qu'une relation avec le vaccin soit établie.

Début 2009, on ne connaît encore ni les effets en termes de prévention du cancer du col de l'utérus, ni la durée de protection conférée au-delà de cinq ans, mais le profil d'effets indésirables rend raisonnable le pari de la vaccination. ▮

Source: www.prescrire.org

News-Service

Geheimnis der Herpes-Viren entschlüsselt

Einem Forscherteam des Max-Planck-Instituts für Biochemie http://www.biochem.mpg.de und der Medizinischen Hochschule Hannover http://www.mh-hannover.de ist ein wesentlicher Schritt in der Erforschung einer Virus-Attacke gelungen. Mit Hilfe von Elektronentomographischen Aufnahmen konnten sie molekulare Details des Infektionsvorgangs auf zellulärer Ebene identifizieren. Die Forscher konnten erstmals detailliert zeigen, wie das Virus seine Wirtszelle befällt und in sie eindringt. Die Forschungsergebnisse sind in der Zeitschrift Proceedings of the National Academy of Sciences PNAS veröffentlicht.

Durchbruch im Kampf gegen Malaria

Australischen Forschern ist nach eigenen Angaben ein Durchbruch im Kampf gegen die Malaria gelungen. Sie haben einen Schlüssel zu einem Haftmittel gefunden, der den Parasiten daran hindert, wieder ausgeschieden zu werden. Wenn nur ein einziger dieser Bestandteile entfernt wird, wird der gesamte Prozess, bei dem der Mensch ja nur ein Zwischenwirt ist, aufgehalten, meinen die Wissenschaftler.

Das Forscherteam vom Walter and Eliza Hall Institute of Medical Research http://www.wehi.edu.au aus Melbourne ist der Überzeugung, dass ihre Entdeckung zur Schaffung neuer Medikamente gegen die in den tropischen Ländern weit verbreitete Erkrankung dient. Dabei wird die Virulenz oder die Kapazität der Parasiten, die die Erkrankung verursachen, blockiert. Während bei den «gutartigen Malariaformen» selten über drei Prozent der roten Blutkörperchen befallen werden, sind der Vermehrung der Parasiten bei der Malaria tropica im Blut keine Grenzen gesetzt.

Molekularer Mechanismus für neue Antibiotika entdeckt

Einem Forscherteam der Universität Marburg http://www.uni-marburg.de ist es gelungen, die Struktur einer molekularen Werkbank aufzuklären, mit der Bakterien eine Vielzahl von Peptiden herstellen. Unter den Peptiden finden sich auch wichtige Antibiotika und Fungizide. Wie Biochemiker kürzlich im Wissenschaftsmagazin Science berichteten, bilden die untersuchten Moleküle eine Plattform, auf der Aminosäuren zu Ketten zusammengebaut werden.

Für die so genannte Peptidsynthese sind spezialisierte Enzymkomplexe, so genannte Nichtribosomale Peptidsynthetasen (NRPS) erforderlich. Durch ihren modularen Aufbau arbeiten sie wie ein Fliessband, auf dem die Peptide aus Aminosäuren zusammengesetzt werden. Jedes Modul des Enzyms übernimmt dabei eine bestimmte Funktion. Die Kenntnis dieses Mechanismus eröffne neue Möglichkeiten für die Produktion von Arzneimitteln.

Körpereigener Mechanismus gegen krankhafte Blutgerinnsel entdeckt

Erhöhtes Blutungsrisiko ist eine unerwünschte Nebenwirkung vieler Medikamente, die heute zur Therapie von Herzinfarkt und Schlaganfall eingesetzt werden. Wissenschaftler des Rudolf-Virchow-Zentrums an der Universität Würzburg http://www.virchow-zentrum.uni-wuerzburg.de konnten jetzt einen körpereigenen Mechanismus aufdecken, der bei gleicher Wirkung weniger Nebenwirkungen verspricht. Bisher wurde angenommen, dass Blutstillung und die krankhafte Ausbildung eines Blutpfropfs, der zu Gefässverschluss und Durchblutungsstörungen führen kann, über den gleichen Mechanismus gesteuert werden. Schlüsselfigur sei hier das Protein STIM1.

Medikamente, die die Durchblutungsstörungen verhindern sollen, beeinflussen immer auch die normale Blutstillung. Die Ergebnisse der Würzburger Wissenschaftler legen nun aber nahe, dass die beiden Wege offenbar doch getrennt verlaufen können. Sollte das der Fall sein, so wäre eine gezieltere Therapie gegen Schlaganfall und Herzinfarkt mit weniger Nebenwirkungen denkbar. In vorhergehenden Studien hatten sie ein Protein namens STIM1 ausfindig gemacht, das eine Schlüsselrolle bei der Verklumpung der Blutplättchen zu spielen scheint. Im Versuch mit Mäusen, bei denen das Protein ausgeschaltet wurde, bildete sich kein stabiler Blutpfropf aus. Die Blutstillung sei zwar verzögert eingetreten, aber ansonsten nicht beeinflusst worden.

Mikrosensor in Arterie misst Blutdruck

Die Einstellung von Medikamenten gegen Bluthochdruck könnte in Zukunft durch eine neue Methode der Blutdruckmessung verbessert werden. Ein in die Leistenarterie eingeführter Sensor mit dem Durchmesser von nur einem Millimeter misst den Blutdruck 30 Mal pro Sekunde, wie Forscher vom Duisburger Fraunhofer-Institut für Mikroelektronische Schaltungen und Systeme http://www.ims.fraunhofer.de erklärten.
Das Messsystem besteht aus mehreren Teilen. Der Sensor in der Arterie hängt an einem Mikrokabel, das die Messwerte an ein Transponder-Gerät überträgt, das ebenfalls unter der Haut platziert ist. Dieses digitalisiert und codiert die Sensordaten und übermittelt sie an ein Lesegerät am Gürtel des Patienten. Von hier aus gelangen die Werte zu einer Monitorstation, bei der die Auswertung durch den Arzt erfolgt.
Vor Inbetriebnahme muss der Sensor von einem Arzt in die Leistenschlagader eingesetzt werden. Ihr verhältnismässig grosser Durchmesser macht sie zu einem wichtigen medizinischen Zugangsort. Doch auch eine zukünftige Messung am Oberarm ist denkbar. Nach bisherigen Pumpensimulationen des Blutkreislaufs wird der Sensors derzeit an Schafen getestet. ▮

Quelle: pte-online

Integriertes Lehrmittel

Sabina Helbing-Strausak

Ab Mai 2009 wird das schweizweit erste umfassende Lehrmittel für die Ausbildung von Pharma-Assistentinnen/Pharma-Assistenten EFZ an den Berufsfachschulen bereitstehen. Dieses basiert auf den Vorgaben der seit 2007 umgesetzten Ausbildungsreform in enger Absprache mit pharmaSuisse.

Bereits während der Arbeit in der Reformgruppe wurde mehrfach der Wunsch geäussert, dass ein Lehrmittel zur Verfügung gestellt werde. Auf der Basis umfassender Erfahrung eines Lehrmittelverlages mit Lehrmitteln für Berufe aus anderen Medizinalbereichen (z.B. Fachangestellte Gesundheit) wurde ein inhaltliches und methodisches Konzept erarbeitet und die Autoren- und Fachlektorenschaft rekrutiert: Apotheker und Apothekerinnen, welche in Arbeitsgruppen der Reform mitgearbeitet haben und/oder Pharma-Assistentinnen an Berufsfachschulen ausbilden.

Grundlagen und Inhalt

Die reformierte Ausbildung von Pharma-Assistentinnen/Pharma-Assistenten EFZ stützt sich auf die Arbeits- und Alltagssituationen ab, wie sie in der täglichen Arbeit in der Apotheke vorkommen. Die Situationen konnten unterschiedlich gruppiert und total 12 Kompetenzen zugeordnet werden (CoRe Modell). Mit dem fachkundlichen Unterricht sollen Pharma-Assistentinnen/Pharma-Assistenten EFZ darin unterstützt werden, sich die für die entsprechenden Kompetenzen notwendigen Ressourcen anzueignen. Als Grundlage für den Aufbau des Lehrmittels dienten die durch die Reformgruppe erarbeiteten didaktischen Unterlagen für den fachkundlichen Unterricht (vgl. www.pharmasuisse.org).

Entstanden ist ein Lehrmittel, welches sich aus 12 Heften zusammensetzt. Diese werden in zwei Ordnern angeboten (Preis ca. 275.–), können aber auch einzeln (zu je ca. 30.–) bezogen werden:

- → A: Übersichtsheft. Enthält u.a. ein Gesamtglossar, in dem alle in den einzelnen Glossaren aufgeführten Begriffe zusammengefasst werden. Es kann u.a. als Repetitorium verwendet werden.
- → B: Naturwissenschaftliche Grundlagen (Anatomie und Physiologie, Chemie und Physik, Botanik und Drogenkunde)
- → C: Basiswissen Arzneimittel (allgemeine Medikamentenlehre, Galenik)
- → D: Gesetze und Vorschriften
- → E: Dermokosmetik und Körperpflege; Haut und Hautanhangsgebilde, Wunden und Verletzungen
- → F: Verdauungssystem; Ernährung
- → G: Schmerz und Fieber; Hals, Nase und Ohren; Atemwegssystem
- → H: Allergie, Augen, Bewegungsapparat, Harnwegssystem
- → I: Frau und Mann; Eltern und Kind; Herz-Kreislauf-System
- → J: Nervensystem, Infektionen, Stoffwechsel, Krankheiten in verschiedenen Lebenssituationen
- → K: Selbstverständnis als Berufsperson (Kompetenz 11), Kommunikation, Kundenbetreuung
- → L: Liste der Spezialitäten. Diese Liste stellt eine Ergänzung zu den Heften E–J dar. Da Spezialitäten in besonderem Masse einem Wechsel unterworfen sind, wurden für die Spezialitäten im Text freie Zeilen belassen, welche mit Hilfe der vorliegenden Liste ergänzt werden können. Diese Liste soll – im Gegensatz zum Gesamtlehrmittel – jährlich aktualisiert werden.

Ziele und Erscheinungsdaten

Ein wichtiges Ziel der Reformarbeit bestand darin, gute Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die verschiedenen Themengebiete von den Lernenden vernetzt werden können. Deshalb wird sehr viel mit Verweisen gearbeitet. Das Lehrmittel soll einen vollständigen Überblick geben, aber so knapp wie möglich gehalten sein, damit jede Lehrkraft nach eigenem Ermessen Ergänzungen anbringen kann.



Ab April 2009 kann eine Leseprobe unter www.verlag-careum.ch (Neuheiten) eingesehen werden. Ab August 2009 können alle Schulen mit dem neuen Lehrmittel arbeiten. Die Übersetzung ins Französische dauert noch an, deshalb steht das ganze Werk in der Westschweiz erst ab August 2010 zur Verfügung. Einige ausgesuchte Hefte werden aber bereits übersetzt und können ab August 2009 bezogen werden (für Informationen: www.verlag-careum.ch, E-Mail: verlag@careum.ch). ▮

Korrespondenzadresse
Dr. Sabina Helbing-Strausak
Dipl. Apothekerin
E-Mail: sabina.helbing@edubs.ch

Pharmakotherapie neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen (Teil 2)

Claudia Reinke

Den neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen und ihren Behandlungsmöglichkeiten war die 39. Internationale Pharmazeutische Fortbildungswoche der deutschen Bundesapothekerkammer in Davos gewidmet. Vom 8. bis 13. Februar 2009 konnten sich wieder mehr als 1000 Apothekerinnen und Apotheker über den aktuellen Wissensstand wichtiger Krankheitsbilder wie Depressive Störungen, Demenz- und Angsterkrankungen sowie Morbus Parkinson und Multiple Sklerose informieren, erhielten aber auch beratungsrelevante Updates zur Pharmakotherapie von Schlafstörungen und Schmerzzuständen. In verschiedenen Berichten werden die wichtigsten Informationen für Sie zusammengefasst.

Multiple Sklerose

Die Multiple Sklerose (MS) ist eine chronisch-entzündliche, vor allem durch CD4+ T-Lymphozyten vermittelte Autoimmunerkrankung des Zentralnervensystems, erklärte Professor Dr. Roland Martin vom Institut für Neuroimmunologie und Klinische Multiple Sklerose-Forschung des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf. Dabei kommt es zu einer herdförmigen Zerstörung der isolierenden Markscheiden der Axone. Bereits im Frühstadium der Erkrankung lassen sich gelegentlich aber auch schon irreversible neuroaxonale Schädigungen beobachten. Das klinische Bild umfasst eine Vielfalt neurologischer und psychiatrischer Symptome, die individuell unterschiedlich ausgeprägt sind, wobei Störungen des Sehens, der Sensibilität und der Bewegungskoordination sowie Lähmungen im Vordergrund stehen. Darüber hinaus treten zunehmend neurokognitive Ausfälle auf (z.B. Gedächtnisstörungen, Depressivität) sowie Störungen des autonomen Nervensystems (z.B. Blasen- und Mastdarmstörungen). Die Ätiologie ist bisher nur bruchstückhaft verstanden – als mögliche Auslöser werden Umweltfaktoren und virale Infekte (v.a. durch Epstein-Barr-Viren [EBV]) diskutiert. Als gesichert gilt dagegen ein komplexer genetischer Hintergrund, in den zahlreiche Loci involviert sind. Auffallend ist ausserdem ein geographisches Nord-Süd-Gefälle: Die Erkrankungshäufigkeit ist in den Ländern der nördlichen Hemisphäre (mit einer Prävalenz von etwa 100 Neuerkrankungen auf 100 000 Einwohner) deutlich ausgeprägter.

Klinische Verlaufsformen

Zu den häufigsten Verlaufsformen (85%) zählt der schubförmig-remittierende Verlauf, der nach 10 bis 15 Jahren in einen sekundär chronisch progredienten übergeht, wobei hiervon Frauen deutlich häufiger betroffen sind. Etwa 10 bis 15 Prozent der Patienten – und zwar vorwiegend ältere – erkranken an einer primär chronisch progredienten MS.

Grundsätze der Therapie

Nur der schubförmige Verlauf lässt sich medikamentös beeinflussen, wobei die Behandlung so früh wie möglich einsetzen sollte, denn das wichtigste Ziel muss sein, den Krankheitsprozess nicht nur durch antientzündliche und immunmodulierende, sondern auch durch neuroprotektive Wirkungen so zu beeinflussen, dass sich die neurologischen Defizite – und die damit verbundenen Behinderungen – möglichst lange hinauszögern lassen. Allerdings verläuft der Krankheitsprozess interindividuell so unterschiedlich, dass sich für den Einzelnen – trotz Einsatz bildgebender Verfahren – nur schwer zuverlässige Voraussagen machen lassen.

Grundsätzlich gilt, dass alle bisher zur Behandlung der MS zugelassenen Therapeutika injiziert werden müssen. Sie sind entweder nur mässig wirksam (Interferone und Glatiramerazetat; relative Schubreduktion: 18–34%) oder besitzen ein nicht unerhebliches Nebenwirkungspotenzial (Mitoxantron und Natalizumab).

Basistherapeutika

Neben hochdosierten Corticosteroiden (Methylprednisolon), die nach wie vor zur Schubtherapie gegeben werden, kommen vor allem Beta-Interferone und Glatiramer sowie – bei hoher Progredienz der Erkrankung – das Immunsuppressivum Mitoxantron und seit kurzem Natalizumab, ein monoklonaler Antikörper gegen ein Zelladhäsionsmolekül auf T-Lymphozyten, zum Einsatz. Die erwähnten Medikamente sind nur bei schubförmig remittierendem Verlauf sowie in der Frühphase der sekundären Progression wirksam.

First-Line-Therapeutika

Beta-Interferone

Die wichtigste Wirkung der Beta-Interferone (die seit kurzem auch als Generika erhältlich sind) ist es, das Einwandern inflammatorischer Immunzellen in das ZNS zu verhindern und so ein erneutes Aufflammen der Erkrankung zu unterbinden. «Es gibt jedoch zahlreiche Patienten, die nicht auf Beta-Interferone ansprechen, also weiterhin unter Schüben leiden und einen progredienten Verlauf ihrer Erkrankung erfahren», so Martin. Bleibt die Schubfrequenz während der Behandlung also unverändert oder kommt es gar zu einer weiteren Progression, sollte die Therapie abgebrochen werden. Bei 2 bis 35 Prozent der Patienten kommt es unter der Behandlung – nach anfänglichem Ansprechen – zur Bildung persistierender neutralisierender Antikörper, die zu einem Wirkungsverlust dieser Substanzgruppe führt, so dass bei einem Wiederaufflammen der Schübe an das Vorliegen solcher Antikörper gedacht werden sollte.

Glatiramer

Mit dem Oligopeptid Glatiramer lässt sich eine etwa 30-prozentige Reduktion der Schubrate erreichen. Dabei kommt es

unter der Therapie einerseits zu einer Abnahme der zytotoxischen, proinflammatorischen Th1-Zellen sowie andererseits zu einer Stimulation protektiver Th2-Zellen, die für die Freisetzung entzündungshemmender Zytokine im ZNS verantwortlich sind. Mit dem Wirkungseintritt der Substanz ist frühestens drei Monate nach Therapiebeginn zu rechnen. Glatiramer gehört, ebenso wie die Beta-Interferone, zu den First-Line-Therapeutika bei schubförmiger MS und zeichnet sich durch eine vergleichsweise gute Verträglichkeit aus.

Second-Line-Therapeutika

Mitoxantron

Das Chemotherapeutikum Mitoxantron kommt zum Einsatz, wenn trotz Behandlung mit First-Line-Therapeutika eine rasch fortschreitende Progression zu beobachten ist, die eine Therapieeskalation erfordert. In mehreren Studien konnte nachgewiesen werden, dass Mitoxantron eine signifikante Reduktion der Schübe bewirkt und das Auftreten von Behinderungen hinauszögert. Die Anwendung der Substanz wird jedoch durch ihre Zytotoxizität eingeschränkt, die sich durch eine (dosisabhängig) hohe Kardiotoxizität und das Risiko sekundärer Leukämien manifestiert. Unter Mitoxantron müssen die Patienten dementsprechend engmaschig kontrolliert werden – nicht nur während, sondern auch bis zu fünf Jahren nach Abschluss der Therapie.

Natalizumab

Mit dem selektiven monoklonalen Antikörper Natalizumab steht eine relativ neue Therapieoption für progrediente Krankheitsverläufe zur Verfügung. Die Substanz hindert Immunzellen über die Bindung spezifischer Adhäsionsmoleküle daran, die Blut-Hirn-Schranke zu überwinden und wirkt so der Entzündungsreaktion im ZNS entgegen. Bis zu 70 Prozent der Schübe lassen sich dadurch verhindern. Allerdings besteht auch hier die Gefahr lebensbedrohlicher Nebenwirkungen durch opportunistische Infektionen, insbesondere aber schwere Verläufe von progressiver multifokaler Leukenzephalopathie (PML, Risiko: 1:1000). Die Substanz kann in der Schweiz nur in Einzelfällen und in spezialisierten MS-Zentren eingesetzt werden. Natalizumab darf nicht zusammen mit anderen Immunsuppressiva (Cyclophosphamid, Azathioprin) gegeben werden, da es zu einem Anstieg des Infektionsrisikos kommen kann.

Neue orale Therapieoptionen in der Entwicklung

Gegenwärtig befindet sich eine grosse Zahl sehr unterschiedlicher therapeutischer Ansätze in der klinischen Prüfung, die von monoklonalen Antikörpern gegen unterschiedliche Zielantigene bis hin zu Zell-basierten Behandlungen reichen. Zu den wichtigsten Herausforderungen gehört die Entwicklung neuer oraler MS-Therapeutika, die sowohl die Compliance unterstützen sollen, die aber auch wirksamer und wenn möglich besser verträglich sein sollen als die bisher verfügbaren Basistherapeutika.

In klinischen Prüfungen befinden sich derzeit folgende Substanzen:

Cladribin

Das immunsuppressiv wirkende Adenosinanalogon Cladribin wird bereits erfolgreich in der Behandlung von Haarzellleukämien und anderen Lymphomen eingesetzt. In ersten Phase-II-Studien mit subkutan injizierbarem Cladribin liess sich mit Hilfe bildgebender Verfahren (MRT) ein deutlicher Rückgang von MS-Läsionen beobachten. Die Wirksamkeit einer oralen Darreichungsform wird derzeit in einer Phase-III-Studie untersucht. Die Verträglichkeit der Substanz scheint vergleichsweise gut zu sein. Mit einer Zulassung ist nach Einschätzung von Martin nicht vor Ablauf von zwei Jahren zu rechnen.

Fingolimod

Fingolimod, der erste Wirkstoff einer neuen Klasse von Immunmodulatoren, ist das Derivat eines Pilzmetaboliten (Isaria sinclairii), der immunsuppressive Eigenschaften besitzt. Die Wirksamkeit ist hoch: In kontrollierten Phase-II-Studien reduzierte sich die Schubrate unter oraler Therapie um bis zu 55 Prozent. Die Ergebnisse einer über zwei Jahre laufenden Phase-III-Studie werden Anfang nächsten Jahres erwartet. Auch hier ist jedoch mit einer Reihe schwerer unerwünschter Wirkungen zu rechnen: In den Studien kam es bei Behandlungsbeginn unter anderem zu transienten Bradykardien sowie zu Blutdruck- und Leberwerterhöhungen. Darüber hinaus wurden gelegentlich lokalisierte Hauttumoren sowie (insbesondere bei höheren Dosierungen) das Auftreten von Infektionskrankheiten (u.a. zwei tödliche Herpesinfektionen) beobachtet. Die Substanz erwies sich bei niedrigeren Dosierungen als deutlich besser verträglich. Aufgrund der eingeschränkten Sicherheit scheint sich Fingolimod dennoch weniger für die Basis- als für die Second-Line-Therapie zu eignen.

Teriflunomid

Die antiinflammatorisch und antiproliferativ wirkende Substanz ist ein aktiver Metabolit des Immunmodulators Leflunomid, der bereits in der Basistherapie der rheumatoiden Arthritis eingesetzt wird. In verschiedenen Studien war Teriflunomid – bei relativ guter Verträglichkeit – in der Lage, neue und persistierende MS-spezifische MRT-Läsionen signifikant um 60 Prozent zu reduzieren. Zu den schweren unerwünschten Arzneimittelwirkungen gehörten Leberfunktionsstörungen und Neutropenie. Da sich die Substanz im Tierversuch als teratogen erwiesen hat, ist mit Beginn der Behandlung und darüber hinaus (lange Halbwertszeit!) eine strenge Kontrazeption unerlässlich. Phase-III-Studien sind derzeit im Gange. Aufgrund der besseren Verträglichkeit könnte diese Substanz möglicherweise die Palette der Basistherapeutika ergänzen.

Laquinimod

In ersten kontrollierten Humanstudien zeigte der Immunomodulator Laquinimod eine vielversprechende Wirksamkeit: Unter der Behandlung kam es zu einer etwa 40-prozentigen Reduktion der MS-spezifischen MRT-Herde. Als besonders interessant erwies sich die gute Verträglichkeit in allen bisher durchgeführten Phase-II-Studien – lebensbedrohliche unerwünschte Nebenwirkungen wurden bisher keine beobachtet. Erste Ergebnisse aus Phase-III-Studien werden 2010 erwartet. Aufgrund der günstigen Sicherheit und Verträglichkeit der Substanz wäre sie möglicherweise – eine Bestätigung der Wirksamkeit in den laufenden Studien vorausgesetzt – eine gute Ergänzung zur Palette der bisherigen Basistherapeutika.

Alemtuzumab

Der monoklonale Antikörper Alemtuzumab, der bereits für die Behandlung der chronisch lymphatischen B-Zell Leukämie zugelassen ist, wird derzeit im Rahmen eines Phase-III-Programms auf seine Wirksamkeit bei MS untersucht, nachdem sich in Phase-II-Studien ein signifikant

geringeres Risiko für weitere Krankheitsschübe und das Fortschreiten relevanter Behinderungen abzeichnete. Auch hier sind allerdings einzelne Fälle schwerer Nebenwirkungen aufgetreten mit Schilddrüsenproblemen, vor allem aber einer drastischen Abnahme der Thrombozytenzahl, die mit abnormer Blutungsneigung einhergeht (idiopathische thrombozytische Purpura, ITP).

Statine

Wie Martin zudem berichtete, besitzen offenbar auch Statine die Fähigkeit, in Blutzellen von MS-Patienten verschiedene Entzündungsmarker zu hemmen. Analysen entsprechender Pilotstudien zeigten, dass unter hohen Dosen von Statinen eine bis zu 40-prozentige Abnahme neuer MRT–Läsionen beobachtet werden kann; ernsthafte Nebenwirkungen traten bei dieser Therapie nicht auf. Wirksamkeit und Sicherheit der Behandlung müssten sich allerdings erst in grösseren kontrollierten klinischen Studien bestätigen, bevor sichere Aussagen zum Einsatz von Statinen bei MS gemacht werden können. ∎

Korrespondenzadresse
Dr. Claudia Reinke
Schützenmattstrasse 1
4051 Basel

Quelle

«Pharmakotherapie neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen»; 39. Internationale Fortbildungswoche PHARMACON der Deutschen Bundesapothekerkammer; Davos, 8. bis 13. 2. 2009. Vortrag «Therapie der Multiplen Sklerose – State of the Art und Zukunftsperspektiven» von Prof. Dr. Roland Martin, Institut für Neuroimmunologie und Klinische Multiple Sklerose Forschung (inims); Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Yaldizli, Ö, Tettenborn B, Putzki, N, Innovative orale Therapien der schubförmigen Multiplen Sklerose; Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie 2009; 1: 32–38.

Pharmacon Davos 2009

Pharmacothérapie des maladies neurologiques et psychiatriques (2e partie)

Claudia Reinke

La 39e Semaine internationale de formation continue de la «Deutsche Bundesapothekerkammer» à Davos était consacrée aux maladies neurologiques et psychiatriques ainsi qu'à leurs traitements. Du 8 au 13 février 2009, plus de 1000 pharmaciens ont reçu des informations actuelles sur les tableaux cliniques importants tels que les troubles dépressifs, la démence, les maladies de l'anxiété, la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques; ils ont aussi bénéficié de mises à jour sur la pharmacothérapie des troubles du sommeil et des états douloureux. Les informations les plus importantes ont été résumées pour vous dans différents comptes rendus.

Sclérose en plaques

La sclérose en plaques (SEP) est une maladie inflammatoire chronique autoimmune du système nerveux central, transmise notamment par les lymphocytes T CD4+ a expliqué le Dr Roland Martin, de l'Institut de neuroimmunologie et de recherche clinique sur la sclérose en plaques de la Clinique universitaire de Hambourg-Eppendorf. En l'occurrence, il s'agit d'une destruction focale de la gaine de myéline isolante des axones. Cependant, dès le stade précoce de la maladie, on observe également parfois des lésions axonales irréversibles. Le tableau clinique englobe une multitude de symptômes neurologiques et psychiatriques qui sont diversement marqués lorsqu'ils sont pris individuellement. Les troubles de la vue, de la sensibilité et de la coordination motrice ainsi que les paralysies sont néanmoins mis au premier plan. En outre, des déficits neurocognitifs (p.ex. troubles de la mémoire, état dépressif) ainsi que des troubles du système nerveux autonome (p.ex. troubles de la vessie et du rectum) sont plus fréquents. Jusqu'à présent, l'étiologie n'est comprise que par bribes: des facteurs environnementaux et des infections virales (notamment par des virus d'Eppstein-Barr [EBV]) sont soupçonnés d'être des facteurs déclenchants. En revanche, il est admis qu'un terrain génétique complexe dans lequel sont impliqués de nombreux locus représente une cause réelle. Une certaine disparité géographique nord-sud est par ailleurs frappante: la SEP est nettement plus fréquente dans les pays de l'hémisphère nord (avec une prévalence d'environ 100 nouveaux cas pour 100 000 habitants).

Formes cliniques d'évolution

On compte parmi les formes les plus courantes (85%) l'évolution rémittente par poussées qui, au bout de 10 à 15 ans, entre dans une phase secondaire progressive chronique. Les femmes sont nettement plus souvent touchées. Environ 10 à 15% des patients, principalement âgés, souffrent d'une SEP primaire progressive chronique.

Principes du traitement

Seule l'évolution par poussées peut être influencée avec des médicaments. Le traitement devrait cependant intervenir le plus tôt possible. En effet, le principal objectif doit être d'influencer le processus clinique non seulement par des effets anti-inflammatoires et immunomodulateurs, mais aussi par des effets neuropro-

tecteurs, de manière à ce que les déficits neurologiques, et donc les handicaps qu'ils entraînent, puissent être retardés au maximum. Ceci dit, le processus clinique évolue si différemment sur le plan interindividuel qu'il est très difficile d'établir des pronostics fiables pour chaque individu malgré l'utilisation de procédés d'exploration.

Le principe est que tous les médicaments autorisés jusqu'à présent pour traiter la SEP doivent être injectés. Soit ils ne sont que modérément efficaces (interférons et acétate de glatiramère; réduction de la fréquence des poussées: 18 à 34%), soit ils présentent un potentiel non négligeable d'effets indésirables (mitoxantrone et natalizumab).

Traitement de base

Outre des corticostéroïdes à haute dose (méthylprednisolone) qui sont toujours administrés pour traiter les poussées, on utilise surtout des interférons bêta et le glatiramère. En cas de forte progression de la maladie, l'immunosuppresseur mitoxantrone, et depuis peu le natalizumab, un anticorps monoclonal luttant contre une molécule d'adhésion cellulaire sur les lymphocytes T, entrent aussi en ligne de compte. Les médicaments mentionnés sont uniquement efficaces dans le cas d'une évolution rémittente par poussées, ainsi que pendant la phase précoce de la progression secondaire.

Médicaments de première intention

Interférons bêta

Le principal effet des interférons bêta (aussi disponibles depuis peu sous forme de génériques) est de bloquer la migration de cellules immunitaires inflammatoires dans le SNC et d'empêcher une nouvelle flambée de la maladie. «De nombreux patients ne répondent pas aux interférons bêta, et connaissent donc toujours des poussées et une évolution progressive de leur maladie» explique le Dr Martin. Si la fréquence des poussées reste identique pendant le traitement ou si le patient connaît une nouvelle progression, le traitement devrait être interrompu. Pour 2 à 35% des patients, des anticorps neutralisants persistants, qui entraînent une perte d'efficacité de ce groupe de substances, se forment en cours de traitement, après une réponse initiale. En cas de recrudescence des poussées, il faut donc penser à la présence de ces anticorps.

Acétate de glatiramère

L'acétate de glatiramère, qui est un oligopeptide, permet de réduire le taux de poussées d'environ 30%. En cours de traitement, il se produit d'une part une diminution des cellules Th1 cytotoxiques pro-inflammatoires, et d'autre part une stimulation de cellules Th2 protectrices, responsables de la libération de cytokines anti-inflammatoires dans le SNC. Il faut compter au moins trois mois après le début du traitement pour observer les premiers effets de la substance. L'acétate de glatiramère fait partie, tout comme les interférons bêta, des médicaments de première intention en cas de SEP évoluant par poussées. Il se distingue aussi comparativement par une bonne tolérance.

Médicaments de seconde intention

Mitoxantrone

La mitoxantrone est un produit de chimiothérapie utilisé lorsqu'un traitement avec des médicaments de première intention n'a pas empêché une progression rapide de la maladie, nécessitant une escalade thérapeutique. Plusieurs études ont démontré que la mitoxantrone diminue nettement les poussées et retarde l'apparition de handicaps. L'utilisation de la substance est toutefois limitée par sa cytotoxicité, qui se manifeste par une importante cardiotoxicité (proportionnelle au dosage), et par le risque de leucémies secondaires. Les patients sous mitoxantrone doivent par conséquent être étroitement surveillés, non seulement pendant, mais aussi jusqu'à cinq ans après la fin du traitement.

Natalizumab

Le natalizumab est un anticorps monoclonal sélectif qui représente une option thérapeutique relativement nouvelle pour les maladies d'évolution progressive. En liant des molécules d'adhésion spécifiques, la substance empêche les cellules immunitaires de franchir la barrière hémato-encéphalique et inhibe la réaction inflammatoire dans le SNC. Son utilisation empêche jusqu'à 70% des poussées. Cela dit, il existe ici aussi un risque d'effets indésirables dangereux dus à des infections opportunistes, mais surtout à des évolutions graves de leucoencéphalopathie multifocale progressive (LMP) (risque: 1:1000). En Suisse, la substance ne peut être utilisée que dans des cas isolés et dans des centres spécialisés dans la SEP. Le natalizumab ne doit pas être administré avec d'autres immunosuppresseurs (cyclophosphamide, azathioprine) car il peut augmenter le risque d'infection.

Nouvelles options thérapeutiques orales en cours de développement

Actuellement, un grand nombre d'approches thérapeutiques très différentes sont en cours d'étude clinique. Elles vont des anticorps monoclonaux ciblant divers antigènes aux traitements basés sur les cellules. L'un des principaux défis est le développement de nouveaux médicaments oraux contre la SEP, censés à la fois soutenir l'observance, être plus efficaces et si possible mieux tolérés que les médicaments de base disponibles jusqu'à présent.

Les substances suivantes sont actuellement en cours d'étude clinique:

Cladribine

La cladribine, un analogue nucléosidique agissant comme immunosuppresseur, est déjà utilisée avec succès dans le traitement de leucémies à cellules chevelues et d'autres lymphomes. Dans de premières études de phase II réalisées avec de la cladribine injectable par voie sous-cutanée, un net recul des lésions de SEP a été observé à l'aide de procédés d'exploration (TRM). L'efficacité d'une forme d'administration orale est actuellement examinée dans le cadre d'une étude de phase III. Comparativement, la tolérance de la substance semble bonne. Selon le Dr Martin, une autorisation ne devrait pas être délivrée avant au moins deux ans.

Fingolimod

Première substance active d'une nouvelle classe d'immunomodulateurs, le fingolimod est le dérivé d'un métabolite fongique (Isaria sinclairii), qui possède des propriétés immunosuppressives. Son efficacité est grande: dans le cadre d'études de phase II contrôlées, le taux de poussées sous traitement oral a pu être réduit jusqu'à près de 55%. Les résultats d'une étude de phase III qui aura duré plus de deux ans sont attendus pour le début de l'année prochaine. Ici aussi, il faut néanmoins s'attendre à toute une série d'effets indésirables graves: pendant les études, des bradycardies transitoires ainsi qu'une hypertension artérielle et une élévation des valeurs hépatiques sont notamment survenues au début du traitement. De

plus, des tumeurs cutanées localisées ainsi que, en particulier lorsque les dosages étaient élevés, des maladies infectieuses (dont par exemple deux infections herpétiques mortelles) ont été occasionnellement observées. A faibles doses, la substance était nettement mieux tolérée. Du fait de sa sécurité limitée, le fingolimod semble moins convenir en traitement de base qu'en traitement de seconde intention.

Tériflunomide
Cette substance anti-inflammatoire et antiproliférative est un métabolite actif du léflunomide, un immunomodulateur déjà utilisé dans le traitement de base de l'arthrite rhumatoïde. Dans diverses études, le tériflunomide, relativement bien toléré, était en mesure de réduire de 60% de nouvelles lésions persistantes causées par des tumeurs rhabdoïdes malignes spécifiques à la SEP. Parmi les effets indésirables graves du médicament, on a observé des troubles de la fonction hépatique et une neutropénie. Etant donné que la substance s'est avérée tératogène dans l'expérimentation animale, une contraception stricte est indispensable en début de traitement et au-delà (longue demi-vie!). Des études de phase III sont en cours. Du fait de sa plus grande tolérance, cette substance pourrait venir compléter la gamme des médicaments de base.

Laquinimod
Dans de premières études humaines contrôlées, l'immunomodulateur laquinimod a montré une efficacité très prometteuse: pendant le traitement, les foyers de tumeurs rhabdoïdes malignes spécifiques à la SEP ont diminué d'environ 40%. La bonne tolérance dans toutes les études de phase II réalisées jusqu'à présent s'est avérée particulièrement intéressante. Aucun effet indésirable dangereux n'a été constaté jusqu'à présent. De premiers résultats d'études de phase III sont attendus pour 2010. A condition que les études en cours confirment son efficacité, elle pourrait donc représenter un bon complément de la gamme des médicaments de base utilisés jusque-là.

Alemtuzumab
L'efficacité de l'anticorps monoclonal alemtuzumab, déjà autorisé pour le traitement de la leucémie lymphatique chronique à cellules B, est actuellement examinée dans le cadre d'un programme de phase III, après que des études de phase II ont présenté un risque significativement plus faible d'autres poussées de la SEP et de progression de handicaps correspondants. Cela dit, des effets indésirables graves sont survenus dans certains cas, avec des problèmes thyroïdiens, mais surtout une baisse drastique du nombre de thrombocytes, entraînant une diathèse hémorragique anormale (purpura thrombopénique idiopathique, PTI).

Statines
Comme l'a également rapporté le Dr Martin, les statines ont visiblement la faculté d'inhiber divers marqueurs d'inflammation dans les cellules sanguines des patients SEP. Des analyses effectuées dans le cadre d'études pilotes ont montré qu'à hautes doses, les statines peuvent réduire jusqu'à 40% le nombre de nouvelles lésions dues à des tumeurs rhabdoïdes malignes; ce traitement n'a entraîné aucun effet indésirable sérieux. Cependant, l'efficacité et la sécurité du traitement ne devraient se confirmer que dans le cadre d'études cliniques contrôlées de plus grande ampleur pour pouvoir tirer des enseignements fiables sur l'utilisation de statines dans le traitement de la SEP. ▮

Adresse de correspondance
Dr Claudia Reinke
Schützenmattstrasse 1
4051 Bâle

Sources

«Pharmakotherapie neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen»; 39e Semaine internationale de formation continue de la «Deutsche Bundesapothekerkammer»; Davos, du 8 au 13. 2. 1009. Conférence «Therapie der Multiplen Sklerose – State of the Art und Zukunftsperspektiven» du Prof. Dr Roland Martin, Institut de neuroimmunologie et de recherche clinique sur la sclérose en plaques; Clinique universitaire de Hambourg-Eppendorf.

Yaldizli, Ö, Tettenborn B, Putzki, N, Innovative orale Therapien der schubförmigen Multiplen Sklerose; Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie 2009; 1: 32–38.

Qualität im Brennpunkt

Christa Rüedi

Wie jedes Jahr trafen sich in Luzern Fachleute aus dem Gesundheitswesen zum interdisziplinären Dialog, diesmal zum Thema Qualität medizinischer Leistungen. Einig waren sich die Referenten darin – und dies war eine der zentralen Erkenntnisse –, dass alle wichtigen Akteure des Gesundheitswesens in die Debatte eingebunden werden müssten. Erstaunlich ist, dass dabei die Apotheker immer noch weitgehend ausgeklammert werden.

Gleich zu Beginn stellte Prof. Gerd Folkers fest, dass Qualität sowohl sinnlich als auch rational erfahrbar, aber nicht messbar sei. Es könne nur gemessen werden, ob Konventionen zur Qualität auch eingehalten würden.

Qualität, Kosten und Wettbewerb

Mit Blick auf die unumgänglich gewordenen Kosteneinsparungen hielten die Vertreter von Ärzteschaft und Spitälern fest, dass Qualitätssicherung durchaus einen Kostendämpfungseffekt haben könne, indem langfristig unzweckmässige und unnötige Tätigkeiten und Leistungen eingespart werden könnten. Bis jetzt fehlten aber objektive Qualitätsindikatoren. Qualität werde von der Öffentlichkeit vorwiegend nach rein subjektiven Kriterien bewertet, ein Wettbewerb finde allenfalls über die Kosten statt, nicht aber über die Qualität. Zwar gebe es bereits zahlreiche Qualitäts-Label für einzelne Leistungen. Nötig sei aber die Optimierung der ganzheitlichen Prozesse, der ganzen Behandlungszyklen. Aus Kostengründen immer dringlicher werde dabei die Abkehr von der maximalen hin zur adäquaten Qualität.

Der Patient im Zentrum

Oberstes Ziel bei allen Massnahmen, wurde festgehalten, müsse der Mehrwert für den Patienten, dessen Lebensqualität sein. Der Patient sei es auch, der die zentrale Rolle spiele, er sei als Einziger bei allen Behandlungsschritten dabei. Deshalb sei es wünschbar, dass er eine aktive Rolle übernehme im ganzen Prozess. Die meisten Patienten wollten sehr wohl einen Beitrag leisten, wenn es um ihre Gesundheit gehe. Die Verantwortung für die Behandlung allerdings könne nicht an den Patienten delegiert werden, sie bleibe immer bei den Fachpersonen. Diese wiederum müssten diese Verantwortung wahrnehmen und sich nicht durch zusätzliche, klar überflüssige Untersuchungen juristisch abzusichern suchen. Zentral in der ganzen Diskussion um Qualität ist wohl die Aussage: «Wer nie erfährt, was er falsch gemacht hat, wird immer glauben, dass er alles richtig macht!» Das bedeutet, dass Fehlermanagement auf allen Ebenen institutionalisiert werden muss, dass alle Beteiligten ihren Teil dazu beitragen müssen, auch die Patienten.

Auf das Thema Netzwerke ging auch Dr. Stephan Sigrist vom Collegium Helveticum ein, der über eine laufende Studie zu diesem Thema referierte. Das Wissen aller Beteiligter, auch der Patienten (und der Apotheker!), müsse genutzt werden zur Qualitätssicherung medizinischer Leistungen. Neben der Therapie sei aber auch die Prävention bzw. die Gesunderhaltung angemessen zu berücksichtigen. Dazu brauche es nicht nur neue Leistungen, auch bestehende Angebote müssten verbessert oder ausgebaut werden.

Mögliche Massnahmen

In weiteren Referaten wurde festgehalten, dass zur Verbesserung der Qualität und zu entsprechenden Vergleichen risikobereinigte Ergebnismessungen nötig seien; Mortalitätsraten als Gradmesser für die Qualität von Spitälern z.B. seien untauglich. Oberstes Gebot bei allen Massnahmen seien Transparenz und zielgruppengerechte Information. Dem legitimen Anspruch von Patienten und Bevölkerung auf Transparenz stehe der ebenso legitime Anspruch der Ärzte auf Vertraulichkeit gegenüber.

Als weiterer Ansatz zur Qualitätssicherung wurden Register erwähnt, die als Frühwarnsystem dienten. So sei z.B. eine breitere Akzeptanz von Autopsien nötig, die wichtige Daten liefern könnten. Eine hohe Autopsierate spreche für eine gut entwickelte Fehlerkultur in einem Spital. Die Erfahrung zeige, dass Patienten und deren Angehörige eher in eine Autopsie einwilligten, wenn sie gut informiert seien. Das Problem der Datensicherheit und der Patientenrechte könne mit entsprechenden Reglementen und Verträgen gesichert werden.

Ein Blick über die Grenze zeigte, dass Deutschland nach seiner jüngsten Gesundheitsreform Leistungen nach dem Konzept der qualitätsadjustierten Lebensjahre wertet. Damit werden medizinische Leistungen mit Lebensdauer und Lebensqualität zu einem Nutzenindex verbunden. Verglichen werden Behandlungen nicht mehr mit Placebo bzw. Nichtstun, sondern mit anderen Therapien, um einen eventuellen Zusatznutzen zu identifizieren.

Fazit

Der Ansatz, die Gesundheitskosten auch über die Qualitätssicherung in den Griff zu bekommen, ist sicher im Sinne der Patienten. Die Umsetzung dürfte aber nicht so einfach sein, stehen doch der interdisziplinären Zusammenarbeit zahlreiche Partikularinteressen gegenüber.

Die Apotheker haben bereits ein gut funktionierendes Qualitätsmanagementsystem, sie können als die Spezialisten für Arzneimittel eine wichtige Rolle spielen bei der interdisziplinären Zusammenarbeit, sie engagieren sich aktiv in der Prävention. Und sie stehen zur Verfügung, wenn es das nächste Mal darum geht, umfassend über Qualität im Gesundheitswesen zu diskutieren. ▮

Korrespondenzadresse
Christa Rüedi, Chefredaktorin pharmaJournal
E-Mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Sujet brûlant «Qualité»

Christa Rüedi

Comme chaque année, des professionnels de la santé se sont retrouvés à Lucerne pour un dialogue interdisciplinaire consacré cette fois à la qualité des prestations médicales. Les conférenciers ont été unanimes pour dire que tous les acteurs importants de la santé doivent participer au débat. Ceci a d'ailleurs été l'une des constatations centrales. Pourtant, les pharmaciens sont toujours exclus de ce débat à l'heure actuelle.

Dès le début de la manifestation, le Prof. Gerd Folkers a fait remarquer que la qualité pouvait être ressentie de façon à la fois sensorielle et rationnelle. Par contre, elle ne peut en aucun cas être mesurée. Il est uniquement possible d'évaluer si les conventions de qualité sont respectées.

Qualité, coûts et concurrence

Au vu des économies indispensables à réaliser, les représentants des médecins et des hôpitaux ont reconnu que l'assurance-qualité pouvait contribuer à maîtriser les coûts. Sur le long terme, elle permet en effet d'écarter les activités et les prestations inutiles et inappropriées. Jusqu'à présent, il n'existait cependant aucun indicateur objectif de qualité. Le grand public évalue la qualité d'après des critères purement subjectifs, et la concurrence s'opère par les coûts plutôt que par la qualité. Il existe certes de nombreux labels de qualité pour les diverses prestations. L'optimisation des processus globaux et des cycles de traitement est néanmoins essentielle. Par souci d'économies, la qualité maximale fait de plus en plus souvent place à la qualité adéquate.

Patient au centre des préoccupations

Toutes les mesures doivent avoir pour principal objectif d'offrir une plus-value, une qualité de vie au patient. Il est le seul présent à toutes les étapes du traitement et devrait donc assumer un rôle actif dans tout le processus. La majorité des patients seraient tout à fait prêts à assumer davantage de responsabilité, d'autant plus que leur santé est en jeu. La responsabilité du traitement ne peut cependant pas être déléguée au patient. Ceci reste du ressort des professionnels qui ne doivent pas chercher à se protéger juridiquement par des examens additionnels superflus. L'affirmation suivante est centrale dans toute la discussion autour de la qualité: «Celui qui n'accepte pas l'idée de faire des erreurs pensera toujours que tout ce qu'il fait est correct!». En d'autres termes, la gestion des erreurs doit être institutionnalisée à tous les niveaux et toutes les personnes concernées doivent apporter leur contribution, y compris les patients.

Le Dr Stephan Sigrist du Collegium Helveticum s'est également penché sur la question des réseaux et a tenu un exposé sur une étude en cours. Les connaissances de toutes les personnes impliquées, patients (et pharmaciens!) inclus, doivent être exploitées pour assurer la qualité des prestations médicales. Mis à part le traitement, il faut toutefois aussi considérer l'optique de la prévention resp. du maintien de la santé. Les nouvelles prestations ne suffisent pas pour cela. Il faut aussi améliorer et développer les prestations existantes.

Mesures envisageables

D'après d'autres exposés, des évaluations de résultats d'où ont été exclus les risques sont nécessaires pour améliorer la qualité et procéder à des comparaisons. Les taux de mortalité ne peuvent p.ex. pas être utilisés pour mesurer la qualité des hôpitaux. La transparence et l'information adaptée au groupe-cible sont deux éléments indispensables. Le droit légitime des patients et de la population à la transparence se heurte au droit tout aussi légitime des médecins à la confidentialité.

Des registres utilisés comme systèmes de détection précoce pourraient également servir à l'assurance-qualité. Les autopsies et leur acceptation pourraient p.ex. fournir des informations précieuses. Un taux élevé d'autopsies est le signe d'une culture de l'erreur bien développée dans un hôpital. L'expérience montre que les patients et leurs proches acceptent plus facilement l'idée d'une autopsie s'ils sont bien informés. Le problème de la sécurité des données et des droits des patients peut être résolu à travers des règlements et des contrats.

Depuis sa dernière réforme de la santé, l'Allemagne évalue les prestations en calculant les années de vie ajustées pour la qualité de vie. De la sorte, les prestations médicales sont liées à un index d'utilité avec la durée et la qualité de vie. Les traitements ne sont plus comparés avec le placebo resp. l'absence de toute mesure, mais avec d'autres traitements afin d'identifier une éventuelle utilité additionnelle.

Conclusion

La volonté de maîtriser les coûts de la santé à travers une assurance-qualité est certainement dans l'intérêt des patients également. La mise en application n'est cependant pas aussi simple. Les intérêts particuliers sont trop nombreux pour mettre en place une collaboration interdisciplinaire.

Les pharmaciens disposent déjà d'un système de gestion de la qualité bien établi. En tant que spécialistes des médicaments, ils peuvent assumer un rôle important dans la collaboration interdisciplinaire et s'engager activement dans le domaine de la prévention. Par ailleurs, ils sont déjà prêts à participer aux prochaines discussions sur la qualité dans le système de santé. ▮

Adresse de correspondance
Christa Rüedi, rédactrice en chef du pharmaJournal
E-mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

10 | 5.2009

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 14.5.2009, 147. Jahrgang



Nr. | No
10

Blutglukose-Messung

Diabetiker-Betreuung in der Apotheke S. 23

Mesure de la glycémie

Suivi des personnes diabétiques dans la pharmacie p. 24

→ Pharmazie und Medizin · Pharmacie et médecine

AKA-Informationen zur Blutzucker-Messung

Informations de la CMPS sur les mesures de la glycémie

Medikation: Fehlermanagement

Médication: gestion des erreurs

Homöopathie: Gänseblümchen

Homéopathie: pâquerette

→ Politik · Politique

Reisen mit betäubungshaltigen Medikamenten

Voyager avec des médicaments contenant des stupéfiants

→ Markt · Economie

Prävention in der Apotheke

La prévention dans les pharmacies

Blutglukose-Messung in der Apotheke

Andrea Botomino, Philipp Walter, Kurt Hersberger

Screening-Kampagnen in den letzten Jahren haben gezeigt, dass die Apotheke ein wichtiger Partner bei der Früherkennung von Diabetes sein kann. Die Blutglukose-Messung ist inzwischen eine wichtige, nicht mehr wegzudenkende Dienstleistung sowohl bei Screening-Aktivitäten als auch bei der Betreuung von Diabetespatienten. Der folgende Artikel geht auf praxisbezogene Aspekte bei der Blutglukose-Messung in der Apotheke ein.

Für viele Patienten ist die Apotheke die erste Anlaufstelle, so auch für Patienten mit Diabetes, womit der Apotheke eine bedeutende Rolle beim Diabetes-Management zukommt, sei es bei der Früherkennung oder bei der Betreuung diagnostizierter Diabetespatienten. Kommt es bei der Untersuchung zu auffälligen Werten, kann der Patient an den Arzt verwiesen werden. Unbestritten ist, dass die Diagnosestellung dem Arzt vorbehalten ist.

Beeinflussende Faktoren und Fehlerquellen bei der Blutglukose-Messung

In der Apotheke werden die Blutglukose-Messungen mit Blutzucker-Überwachungssystemen durchgeführt, die für die Blutzucker-Selbstkontrolle durch die Patienten vorgesehen sind. Die modernen Blutzucker-Überwachungssysteme verwenden ein elektrochemisches Messsystem. Sogenannte «Biosensoren» können eine enzymatische Reaktion (mit Glukosedehydrogenase) in ein elektronisch verwertbares Signal umwandeln, welches proportional zur Glukosekonzentration ist.

Als Probenmaterial dient Kapillarblut, welches in der Regel aus der Fingerkuppe gewonnen wird. Messungen in externen Fachlabors und im ärztlichen Praxislabor basieren dagegen auf venösem Blut. Entsprechend muss bei der Messung mit Kapillarblut in der Apotheke Folgendes berücksichtigt werden: Im Kapillarblut, einem Gemisch aus arteriellem und venösem Blut, werden postprandiale Spitzen deutlicher erkennbar als im venösen Blut. Die Unterschiede zwischen kapillär und venös können bis zu 2 mmol/l betragen. Bei der Messung in nüchternem Zustand ist der Unterschied unbedeutend.

Die Messgeräte in der Arztpraxis, in externen Fachlabors und inzwischen auch alle auf dem Schweizer Markt erhältlichen Blutzucker-Selbstkontrollgeräte werden auf Plasmawerte kalibriert, d.h. sie sind «plasmareferenziert». Das ermöglicht direkte Vergleiche der Resultate, währenddem früher die Selbstmessgeräte auf Vollblut kalibriert waren und im Vergleich zu plasmareferenzierten Geräten ca. 12 Prozent tiefere Werte anzeigten.

Das Resultat der Blutzucker-Messung kann durch diverse Substanzen in hohen Dosen beeinflusst werden. Das Ausmass der Beeinflussung ist gerätespezifisch; entsprechende Informationen zur Interferenz mit z.B. Acetylsalicylsäure, Ascorbinsäure, Paracetamol und diversen Zuckerarten können den Packungsbeilagen entnommen werden.

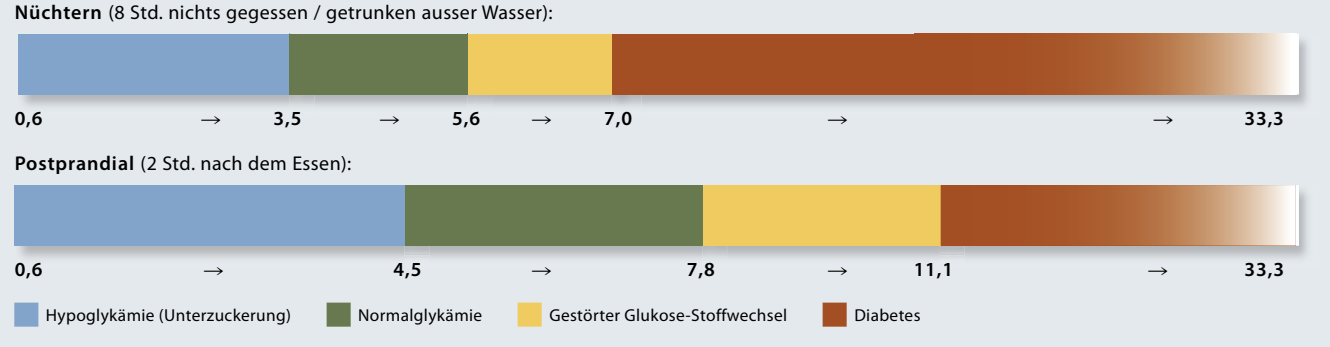
Zudem muss bedacht werden, dass sowohl die Richtigkeit (Abweichung zum Wert einer Referenzmethode) als auch die Reproduzierbarkeit zur Abweichung vom wahren Wert von insgesamt über 10 Prozent beitragen können. Die Richtigkeits- und Präzisionsparameter sind der Packungsbeilage zu entnehmen. In der Praxis soll bei der Beurteilung der Messungen etwa 10 Prozent Abweichung miteingerechnet werden.

Für die Qualitätskontrolle der Blutzuckermessgeräte stellen die Hersteller Kontrolllösungen zur Verfügung. Sofern die Apotheke selbst Messungen anbietet, sollte sie an Ringversuchen zur externen Qualitätskontrolle teilnehmen. (z.B. www.mqzh.ch oder www.cscq.ch).

Blutentnahme

Die Blutentnahme an der Fingerkuppe ist prinzipiell schmerzhaft. Da sich in der Mitte der Fingerkuppe am meisten Nervenenden befinden, sollte der Einstich seitlich erfolgen. Zuvor müssen die Hände gewaschen werden. Für die Selbstmessung ist die Desinfektion der Einstichstelle nicht zwingend; falls Alkohol eingesetzt wird, muss dieser vor dem

Abb. 1: Blutglukose-Grenzwerte für die Diabetes-Diagnostik (plasma-referenzierte Blutglukose-Werte in mmol/l)



Einstich vollständig verdunstet sein (mindestens 30 Sekunden zuwarten). Bei der Messung in der Apotheke muss das Infektionsrisiko durch die Desinfektion der Einstichstelle mit Alkohol und einer Stechhilfe für den professionellen Einsatz minimiert werden.

Alternative Messstellen sind Hand- und Daumenballen, Ohrläppchen, Ober- und Unterarm. Hierbei ist zu beachten, dass an schlecht durchbluteten Messstellen (z.B. am Unterarm) rasche Blutzuckeränderungen (z.B. postprandial, nach körperlicher Aktivität oder nach Insulininjektion) verzögert beobachtet werden.

Nach der Punktion soll ein frisch gebildeter Blutstropfen rasch für die Messung genutzt werden. Bei einer Zeitdifferenz >15 Sekunden zwischen Punktion und Messung soll mit einem Tupfer abgewischt und der frisch gebildete Bluttropfen verwendet werden.

Sofern die Fingerkuppe unzureichend durchblutet ist, sollte unbedingt vermieden werden, durch Drücken an der Fingerkuppe Blut auszupressen. Dies führt zu nicht repräsentativen Proben mit in der Regel zu niedrigen Werten. Erlaubt ist die Förderung der Durchblutung durch Massieren der Handinnenfläche und leichtes Stauen nur am ersten Fingerglied.

Häufige Fehler bei der Blutglukose-Messung sind in Tab. 1 zusammengefasst.

Tab. 1: Häufige Fehlerquellen bei der Blutglukose-Messung

- → abgelaufene Sensoren oder der maximale Zeitraum seit dem ersten Öffnen der Dose überschritten
- → Aufbewahrung der Sensoren ausserhalb der Originaldose
- → Sensorendose nicht sofort wieder verschlossen
- → falsche Codierung des Gerätes bei nicht-automatisch codierten Geräten
- → falsche Lagerung der Sensoren (z.B. längere Zeit ausserhalb 15–30 °C)
- → starkes Pressen bei der Blutgewinnung
- → schmutzige Hände (nicht gewaschen)
- → Alkohol/Desinfektionsmittel nicht vollständig verdunstet
- → zu langes Warten bis zum Aufsaugen des Blutstropfens

Screening nach Typ-2-Diabetes in der Apotheke

Für das Diabetes-Screening in der Apotheke können die in Abb. 1 angegebenen Grenzwerte als Richtlinie für die Weiterleitung an den Arzt gelten. Blutglukosewerte im Grenzbereich zwischen den physiologischen Referenzwerten und dem Grenzwert für die Diabetesdiagnose sollten in der Apothekenpraxis durch eine erneute Messung der Nüchtern-Blutglukose überprüft werden. Bei der Beurteilung sollen stets auch die übrigen Risikofaktoren (Blutdruck, Übergewicht, Rauchen, Bewegungsmangel, familiäres Risiko) berücksichtigt werden. Da in der Apotheke diese Messungen meistens mit den für die Blutglukose-Selbstkontrolle gedachten Geräten erfolgen, ist stets Vorsicht geboten bei der voreiligen Interpretation eines Messwertes.

Blutzucker-Messung zur Therapiekontrolle

Eine physiologische Stoffwechseleinstellung kann präventiv das Risiko für Komplikationen vermindern und die Progredienz in allen Krankheitsstadien verlangsamen. Eine Rückbildung von diabetesbedingten Funktionsstörungen bzw. Organschäden gelingt dagegen – wenn überhaupt – nur in den Frühstadien.

Therapieziele werden üblicherweise vom Arzt in Absprache mit dem Patienten individuell festgelegt. Die Kenntnis dieser Therapieziele ist auch für den Apotheker eine zentrale Voraussetzung, um Diabetiker betreuen zu können. Allgemeine Therapieziele sind:

- → gute Lebensqualität
- → Symptomfreiheit
- → Vermeidung akuter diabetes- und therapiebedingter Stoffwechselentgleisungen
- → Vermeidung diabetischer Folgeschäden
- → möglichst hohe Lebenserwartung

Für die Erkennung kurzfristiger Schwankungen und postprandialer Spitzen sind Glukosebestimmungen erforderlich. In Tab. 2 sind die Zielwerte aufgeführt, welche nach Möglichkeit eingehalten werde sollen. Die relevante Messgrösse für die Beurteilung der Therapie ist das glykierte Hämoglobin (HbA1c).

Die durchschnittlichen Blutglukose-Messwerte vermitteln eine grobe Orientierungshilfe: Liegt der Durchschnitt der Selbstmessungen über 10 mmol/l (HbA1c ist dann >7%) soll der Arzt informiert werden; bei Durchschnittswerten über 12mmol/l (HbA1c >8%) ist eine Rücksprache mit dem Arzt erforderlich. Jüngere Diabetiker (<60–65 Jahre) sollten auf (nahezu) normalen Glukosestoffwechsel eingestellt werden. Bei Diabetikern >65 Jahre kann eine mässig hyperglykämische Einstellung (HbA1c 7-8%) toleriert werden, da die Vermeidung therapiebedingter Symptome gegenüber der Prävention von Folgeschäden in den Vordergrund rückt.

Häufig sieht man in der Praxis abweichende Messwerte und es stellt sich die Frage nach der Dringlichkeit einer Intervention. Sofern nur Einzelwerte ausserhalb des Ziels liegen und kein Hinweis auf eine Entgleisung des Stoffwechsels besteht (vgl. Tab. 3), reicht eine engmaschige Blutglukosemessung. Bei wiederholten Abweichungen sollen zusätzlich die Medikamenteneinnahme, die körperlichen Aktivitäten und die Nahrungsaufnahme protokolliert werden. Sofern Werte über 15 mmol/l beobachtet werden, soll der Urin auf Keton getestet werden. Zudem gilt es, die Symptome einer Ketoazidose zu beachten und bei akuter Entgleisung des Stoffwechsels unverzüglich ärztliche Hilfe zu beanspruchen.

Tab. 2: Therapieziele beim Diabetes mellitus

Parameter (Kapillarblut, plasmareferenziert)	Zielwerte [1] American Diabetes Association 2009 [2] Deutsche Diabetesgesellschaft, aktualisierte Leitlinie 2007
Blutglukose nüchtern	3.9–7.2 mmol/l [1]
Blutglukose postprandial	<10.0 mmol/l [1]
Blutglukose vor dem Schlafen	6.8–8.6 mmol/l [2]

Fazit

Blutglukose-Messungen sind als nicht mehr wegzudenkende Dienstleistung in den öffentlichen Apotheken etabliert. Sowohl bei Screening-Aktivitäten als auch bei der Therapiebegleitung von Diabetespatienten nimmt die Apotheke im Sinne des Pharmaceutical-Care-Konzeptes eine wichtige Funktion wahr.

Bei der Beratung rund um die Blutzuckermessung müssen die Grenzen der Methoden (Abweichungen in der Grössenordnung von 10% sind möglich) und die möglichen Fehlerquellen beachtet werden. ▮

Literatur auf Anfrage

Referenzen

American Diabetes Association (ADA) (2009): Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 32: S13–S61,

Deutsche Diabetesgesellschaft, evidenzbasierten Leitlinien frei zugänglich auf http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/redaktion/mitteilungen/leitlinien/leitlinien.php

Hersberger KE, Botomino A, Mancini M, Bruppacher R. Sequential screening for diabetes – evaluation of a campaign in Swiss community pharmacies. Pharm World Sci 2006, 28 (3): 171–179

Gerdemann A. Blutzuckerkontrolle in der Apotheke. Diabetes-Forum 11/2008: S. 25–29

Engler H., Riesen W.F. Was gilt es bei der Therapiekontrolle des Diabetes im Praxislabor zu beachten? Hausarzt Praxis 2009: S. 22–24

Plasma-kalibrierte Blutzucker-Messsysteme: Grössere Genauigkeit und Klarheit in der Anwendung. Cardiovasc 2005: S. 62–63

Dieser Artikel wurde im Auftrag der AKA geschrieben von: Dr. Andrea Botomino, Bayer (Schweiz) AG, Diabetes Care, Zürich, Philipp Walter, dipl. pharm. Laborspezialist FAMH, PD Dr. Kurt Hersberger, Pharmaceutical Care Research Group, Institut für klinische Pharmazie, Universität Basel.

Korrespondenzadresse

Arzneimittelkommission der Schweizer Apotheker AKA
Postfach 5247
3001 Bern
Tel. 044 994 75 63
Fax 044 994 75 64
E-Mail: mail@aka.ch

Tab. 3: Stoffwechselentgleisung bei Diabetikern

	Insulinmangel → Ketoazidose	**Insulinüberangebot → Hypoglykämischer Schock**
Verlauf	langsame Entwicklung	schnell, innert Minuten
Anzeichen	Polyurie, Durst, Schwäche, Hypotonie bis zum Kreislaufkollaps, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Oberbauchschmerzen, Somnolenz, «Kussmaul-Atmung» mit Acetongeruch apathische Stimmung	Heisshunger, Schweissausbruch Unruhe, Zittern, Tachykardie, Übelkeit, Sprach- und Sehstörungen, unangemessener Affekt hypoglykämischer Schock mit Krämpfen
Therapie	Ambulanz! Notfallarzt	leichte Hypoglykämie: 4–8 Würfel Zucker, dann 1–2 BE Brot Hypoglykämie mit Bewusstlosigkeit: Glucagon-Fertigspritze i. m. durch Angehörige
Merke	Eine Insulin-Einheit senkt den Blutzucker um ca. 2 mmol/l	10 Gramm Glukose erhöhen den Blutzucker um ca. 2 mmol/l

Problemloser Grenzübertritt

Christa Rüedi

Seit Dezember 2008 müssen Personen, die bei der Einreise in Schengenländer betäubungsmittelhaltige Medikamente mit sich führen, über eine offizielle Bescheinigung verfügen. Diese wird vom behandelnden Arzt ausgestellt und vom abgebenden Apotheker beglaubigt und soll gewährleisten, dass – trotz des Bemühens, den illegalen Handel mit Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen zu unterbinden – notwendige Behandlungen nicht behindert werden.*

Auf der Homepage von Swissmedic können die Liste aller Produkte und Präparate, die der Betäubungsmittelgesetzgebung unterstellt sind, sowie die notwendigen Formulare heruntergeladen werden: www.swissmedic.ch → Betäubungsmittel → Verzeichnisse bzw. Formulare.

Ablauf

→ Um Schwierigkeiten beim Grenzübertritt zu vermeiden, kann sich der kranke Reisende von seinem Arzt eine Bescheinigung für die verschriebene Behandlung ausstellen lassen; dazu braucht er einen gültigen Identitätsausweis.

→ Anschliessend bezieht der Patient das Medikament in seiner Apotheke; dazu muss er das ärztliche Rezept sowie die Bescheinigung vorlegen.

→ Der Apotheker beglaubigt die Bescheinigung und schickt der zuständigen kantonalen Behörde eine Kopie. Seine Arbeit wird im Rahmen der Führung des Patientendossiers abgegolten; es ist keine spezielle Entschädigung vorgesehen.

Bescheinigung

Das Formular besteht aus vier Teilen. Die Teile A bis C – Angaben zum verschreibenden Arzt, zum Patienten sowie zum verschriebenen Arzneimittel – sind vom Arzt auszufüllen. Teil D dient der Beglaubigung durch die Apothekerin, den Apotheker.

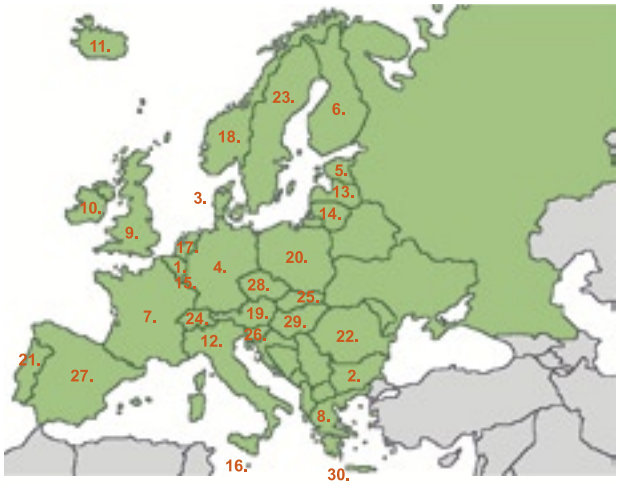
Eine Beglaubigung ist höchstens für einen Monat gültig, und es darf höchstens die Menge betäubungsmittelhaltiger Medikamente mitgeführt werden, die für eine einmonatige Behandlung notwendig ist.

Eine Beglaubigung ist nur gültig für eine Darreichungsform und eine Wirkstoff-Konzentration eines einzelnes Präparates. Werden mehrere Präparate, mehrere Darreichungsformen oder mehrere Wirkstoff-Konzentrationen benötigt, müssen auch mehrere Bescheinigungen vorgelegt werden. ▮

*vgl. auch pharmaJournal 24/2008, S. 21

Korrespondenzadresse
Christa Rüedi, Chefredaktorin pharmaJournal
E-Mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Liste der 30 Länder, die zum Schengenraum gehören



1. Belgien
2. Bulgarien*
3. Dänemark
4. Deutschland
5. Estland
6. Finnland
7. Frankreich
8. Griechenland
9. Grossbritannien
10. Irland
11. Island
12. Italien
13. Lettland
14. Litauen
15. Luxemburg
16. Malta
17. Niederlanden
18. Norwegen
19. Österreich
20. Polen
21. Portugal
22. Rumänien*
23. Schweden
24. Schweiz
25. Slowakei
26. Slowenien
27. Spanien
28. Tschechische Republik
29. Ungarn
30. Zypern*

***Für Bulgarien, Rumänien und Zypern gelten die offiziellen Bescheinigungen für die Einreise mit betäubungsmittelhaltigen Medikamenten noch nicht**

Quelle: Swissmedic

Traverser les frontières sans problème

Christa Rüedi

Depuis décembre 2008, les personnes qui se rendent dans l'un des pays de l'espace Schengen en transportant des médicaments contenant des stupéfiants doivent détenir un certificat officiel. Ce certificat, établi par leur médecin traitant et authentifié par le pharmacien qui dispense ces médicaments, entend garantir les traitements nécessaires en dépit des efforts visant à supprimer le commerce illicite de stupéfiants et de substances psychotropes.*

La liste des produits et préparations qui sont soumis à la loi sur les stupéfiants ainsi que le formulaire peuvent être téléchargés sur le site Web de Swissmedic www.swissmedic.ch → Stupéfiants → Formulaires et aides-mémoires.

Procédure

→ Afin d'éviter les problèmes à la frontière, les voyageurs malades peuvent se faire établir par leur médecin un certificat pour le traitement prescrit; ils devront présenter pour ce faire une pièce d'identité valable.

→ Le patient pourra ensuite se faire délivrer le médicament dans sa pharmacie; en présentant l'ordonnance du médecin et le certificat établi.

→ Le pharmacien authentifie alors le certificat et en envoie une copie à l'autorité cantonale compétente. Son travail sera dédommagé dans le cadre de la tenue du dossier du patient; aucune rémunération spéciale n'est prévue dans ce cas.

Attestation

Le formulaire comprend 4 parties. Les parties A à C – indications relatives au médecin prescripteur, au patient ainsi qu'au médicament prescrit – doivent être remplies par le médecin. La partie D sert à l'authentification par la pharmacienne ou le pharmacien.

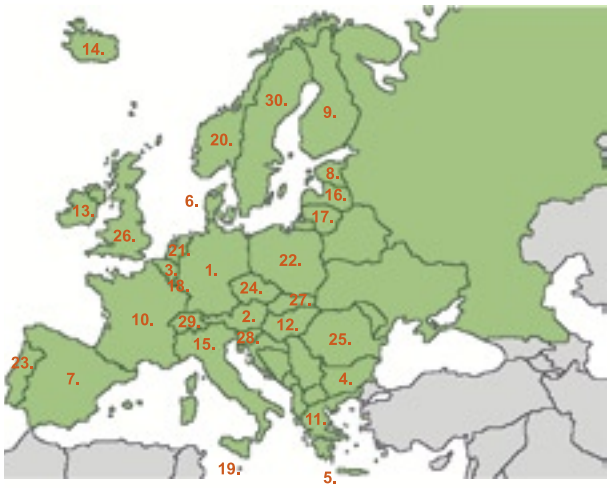
Le certificat est valable un mois et la quantité maximale de médicaments à base de stupéfiants transportés ne peut excéder celle qui correspond aux besoins d'un traitement d'une durée maximale d'un mois.

Le certificat n'est valable que pour une seule forme galénique et la concentration de principes actifs d'une seule préparation. Si plusieurs préparations, formes galéniques ou concentrations de principes actifs sont nécessaires, il faudra présenter un certificat pour chacune d'elles. ▮

* cf. pharmaJournal 24/2008, p. 21

Adresse de correspondance
Christa Rüedi, rédactrice en chef du pharmaJournal
E-mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Liste des 30 pays qui feront partie de l'Espace de Schengen



1. Allemagne,
2. Autriche,
3. Belgique,
4. Bulgarie*,
5. Chypre*,
6. Danemark,
7. Espagne,
8. Estonie,
9. Finlande,
10. France,
11. Grèce,
12. Hongrie,
13. Irlande,
14. Islande,
15. Italie,
16. Lettonie,
17. Lituanie
18. Luxembourg,
19. Malte,
20. Norvège
21. Pays-Bas,
22. Pologne,
23. Portugal,
24. République Tchèque,
25. Roumanie*,
26. Royaume-Uni,
27. Slovaquie,
28. Slovénie,
29. Suisse,
30. Suède.

***Pour la Bulgarie, Chypre et la Roumanie, le système des certificats n'est pas encore applicable, bien que ces pays fassent partie de l'Espace Schengen**

Source: Swissmedic

Blutdruckwoche vom 2. bis 10. Juni 2009

Was Apotheken bieten

Christa Rüedi

Im Medizinalberufegesetz ist festgehalten, dass Apotheker Aufgaben zur Gesundheitsförderung übernehmen. Sie tun es auch: bei ihren täglichen zahllosen Kundenkontakten und während der Kampagnen von pharmaSuisse und qualifizierten Partnern. Die nächste derartige Gelegenheit bietet sich im Juni, wenn in der Blutdruckwoche das weit verbreitete Risiko der Hypertonie thematisiert wird.

Blutdruckmessen...

Ob Bluthochdruck vorliegt, kann relativ einfach gemessen werden. Apotheken bieten diese Dienstleistung an. Sie wissen, wie richtig gemessen wird, welche Werte normal sind, wann Änderungen im Alltag ratsam sind und wann unbedingt ein Arzt aufgesucht werden muss. Interessierte können in der Apotheke auch ein Blutdruckmessgerät kaufen und sich instruieren lassen, wie es richtig bedient und wie richtig gemessen wird. Dies ist jedoch nur für Kunden empfehlenswert, die über normale Werte verfügen, welche sie ab und zu kontrollieren möchten. Sobald ein Risiko erkennbar wird, ist ein Apotheker oder ein Arzt beizuziehen, die dank ihrer Ausbildung das Risikoprofil des Kunden ermitteln und das weitere Vorgehen bestimmen.

... allein genügt nicht

Hypertonie ist ein oft unterschätztes Problem, ein wichtiger Indikator für kardiovaskuläre Risiken, für Niereninsuffizienz, für Diabetes usw. Dank Früherkennung können grössere gesundheitliche Probleme oft vermieden werden. Das Blutdruckmessen ist dabei nur einer von mehreren Schritten bei der Abklärung, ob ein Risiko vorliegt. Neben diesen Messungen sind deshalb standardisierte Fragen zu familiären Vorbelastungen, zu Ernährung und Bewegung wichtig. Apothekenteams ermitteln den Body Mass Index, messen den Bauchumfang, erfragen Salz-, Früchte- und Gemüsekonsum sowie körperliche Aktivitäten und bestimmen so in einer Erstabklärung das Risikoprofil. Bei etlichen Schwachpunkten können sie selber eine Lösung anbieten: Sie beraten Kunden in Ernährungsfragen, aufhörwillige Raucher können ebenso betreut werden wie Personen, die sich zu wenig bewegen.



Auswertung

Die Blutdruckwoche in den Apotheken wird anschliessend in einer Studie ausgewertet. Die standardisierten Fragen, die zur Ermittlung des Risikoprofils in der Apotheke dienen, sind auch von der «Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB» schweizweit eingesetzt worden. Damit können die in den Apotheken erhobenen Daten in Relation gesetzt werden zur Gesamtheit aller Befragten (Apotheken und Gesundheitsbefragung), was die Aussagekraft dieser Daten erheblich erhöht und als Indikator für die Relevanz der Apotheken als Präventionsstelle dient.

Die Apotheke – erste Präventionsfachstelle

Damit wir einerseits möglichst gesund alt werden und uns so eine möglichst hohe Lebenqualität erhalten und damit andererseits die Gesundheitskosten nicht noch mehr ins Unermessliche steigen, wird Prävention immer wichtiger. Der Bundesrat hat dies erkannt, der Entwurf des Präventionsgesetzes liegt vor und geplant ist, dieses Gesetz im Jahr 2012 in Kraft zu setzen.

Um die ehrgeizigen Ziele des Präventionsgesetzes zu erreichen, müssen sämtliche Akteure ihren Möglichkeiten entsprechend einbezogen werden. Die 800 Apotheken in der Schweiz, die an der Kampagne teilnehmen, haben täglich mit rund 200 000 Kunden und Patienten Kontakt – Personen, die sie teilweise seit vielen Jahren kennen und begleiten und die möglicherweise ein noch unerkanntes Risiko aufweisen. Die Apothekenteams können hier durch gezielte Fragen und durch Aktionen eine erste, kostengünstige Risikoermittlung vornehmen, gefährdete Personen beraten und, falls nötig, rechtzeitig an die richtigen Fachleute weiterweisen. ▮

Was jeder Einzelne tun kann

Wichtige Faktoren bei Hypertonie sind falsche Ernährung und fehlende Bewegung, die zu Übergewicht führen führen können. Dass Abnehmen nicht einfach ist, wissen viele Betroffene. Mindestens so schwierig ist, das einmal erreichte Gewicht auch zu halten. Dazu sind unzählige Ratschläge, Diäten und Programme erhältlich. Grundlage jeder Ernährungsberatung ist die Lebensmittelpyramide, die «Empfehlungen zum gesunden und genussvollen Essen und Trinken für Erwachsene» enthält und unter www.sge-ssn.ch zu finden ist. Auch beim Sport gilt es, einige Regeln zu beachten, damit ein positiver Effekt erzielt wird. Apotheker finden zu diesem Thema wertvolle Tipps im nächsten pharmActuel-Heft, das in Kürze erscheint. Abonnemente (CHF 290.–/435.– pro Jahr) und Einzelausgaben (CHF 30.–/50.–) sind bei pharmaSuisse (Tel. 031 978 58 04) erhältlich.

Korrespondenzadresse
Christa Rüedi, Chefredaktorin pharmaJournal
E-Mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Mesure de la glycémie en pharmacie

Andrea Botomino, Philipp Walter, Kurt Hersberger

Les campagnes de dépistage réalisées ces dernières années montrent que la pharmacie peut être un partenaire important dans le dépistage précoce du diabète. La mesure de la glycémie est devenue une prestation importante et incontournable dans le cadre des activités de dépistage et du suivi de patients diabétiques. L'article suivant aborde les aspects pratiques de la mesure de la glycémie en pharmacie.

La pharmacie est le point de contact privilégié de nombreux patients. Il en va de même pour les patients souffrant de diabète. La pharmacie joue donc un rôle significatif dans la gestion de cette maladie, que ce soit au niveau du dépistage précoce ou du suivi de patients diabétiques diagnostiqués. Si l'examen révèle des valeurs anormales, le patient peut être envoyé chez le médecin. La pose du diagnostic est réservée au médecin.

Facteurs d'influence et sources d'erreurs dans la mesure de la glycémie

Dans la pharmacie, les mesures de la glycémie sont réalisées au moyen de systèmes de surveillance prévus pour que les patients contrôlent eux-mêmes leur glycémie. Les systèmes modernes de surveillance de la glycémie utilisent un système de mesure électrochimique. Des «biocapteurs» peuvent convertir une réaction enzymatique (déshydrogénase du glucose) en un signal utilisable électroniquement et proportionnel à la concentration de glucose.

Le sang capillaire, prélevé en général au bout du doigt, est utilisé comme échantillon. Les mesures réalisées dans les laboratoires spécialisés externes et dans les laboratoires des cabinets médicaux se basent en revanche sur du sang veineux. Par conséquent, lorsque l'on effectue une mesure avec du sang capillaire en pharmacie, il faut tenir compte des éléments suivants.

Les pics postprandiaux sont nettement moins repérables dans le sang veineux que dans le sang capillaire, qui est un mélange de sang artériel et de sang veineux. La différence entre les deux peut atteindre 2 mmol/l. Dans le cas d'une mesure réalisée à jeun, la différence est insignifiante. Les appareils de mesure utilisés en cabinet médical et dans les laboratoires spécialisés externes ainsi que tous les appareils d'autocontrôle de la glycémie désormais disponibles sur le marché suisse sont calibrés sur des valeurs plasmatiques. Ils sont donc «référencés sur plasma». Ceci permet de comparer directement les résultats, tandis qu'auparavant, les appareils de mesure personnelle étaient calibrés sur le sang complet et affichaient des valeurs inférieures d'environ 12% par rapport à des appareils référencés sur plasma.

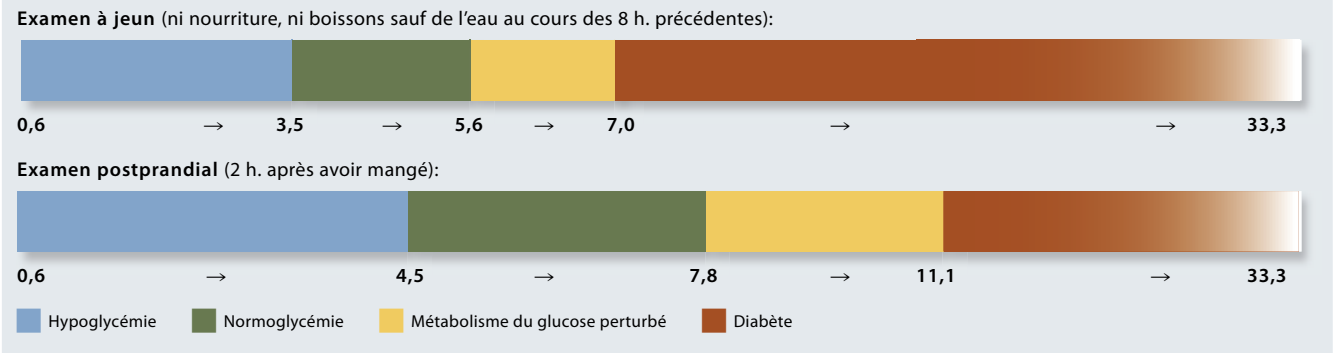
Le résultat de la mesure de la glycémie peut être influencé par différentes substances hautement dosées. L'ampleur de l'influence est spécifique à l'appareil utilisé; les informations correspondantes sur l'interférence avec par exemple de l'acide acétylsalicylique, de l'acide ascorbique, du paracétamol et divers types de sucre figurent sur les prospectus d'emballages. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que l'exactitude (écart par rapport à la valeur d'une méthode de référence) et la reproductibilité peuvent contribuer à un écart de plus 10% par rapport à la valeur réelle. Les paramètres d'exactitude et de précision figurent sur la notice d'emballage. Dans la pratique, il faut tenir compte d'un écart d'environ 10% lors de l'évaluation des valeurs.

Les fabricants fournissent des solutions pour le contrôle de la qualité des appareils de mesure. Si la pharmacie propose des mesures, elle devrait participer à des essais inter-laboratoires pour un contrôle externe de la qualité (p. ex.: www.mqzh.ch ou www.cscq.ch).

Prise de sang

Le prélèvement de sang au bout du doigt est en principe douloureux. Etant donné que le milieu du bout du doigt comporte de nombreuses terminaisons nerveuses, la piqûre doit être effectuée sur le côté. Les mains doivent être lavées au préalable. Pour un autocontrôle, il n'est pas

Ill. 1: Valeurs-limites de glycémie pour le diagnostic du diabète (valeurs de glycémie référencées sur plasma en mmol/l)



nécessaire de désinfecter le point de ponction; si l'on utilise de l'alcool, il faut qu'il soit totalement évaporé avant la piqûre (attendre au moins 30 secondes). En cas de mesure dans la pharmacie, le risque d'infection doit être minimisé par la désinfection du point de ponction avec de l'alcool et un autopiqueur à usage professionnel.

Les éminences thénar et hypothénar, les lobes de l'oreille, le bras et l'avant-bras sont des points de ponction alternatifs. Sur des points de ponction mal irrigués (p.ex. à l'avant-bras), des modifications du taux de glycémie (p. ex. postprandial, après une activité physique ou une injection d'insuline) peuvent être observées avec retard.

Après la ponction, il faut rapidement utiliser une goutte de sang fraîchement formée pour la mesure. S'il s'écoule plus de 15 secondes entre la ponction et la mesure, il faut essuyer la zone à l'aide d'un tampon et utiliser la goutte de sang qui se forme juste après.

Si le bout du doigt n'est pas suffisamment irrigué, il faut impérativement éviter d'appuyer dessus pour faire couler le sang. Cette pratique donne des échantillons non représentatifs avec en général des valeurs trop basses. En revanche, il est permis de stimuler l'irrigation sanguine, p.ex. en massant la paume de la main et en exerçant une légère pression uniquement au niveau de la première phalange.

Les erreurs fréquemment commises lors de la mesure de la glycémie sont récapitulées dans le tableau 1.

Tableau 1: Sources d'erreurs fréquentes lors de la mesure de la glycémie

- → Capteurs périmés ou durée de conservation dépassée depuis la première ouverture de la boîte
- → Conservation des capteurs hors de la boîte d'origine
- → Boîte de capteurs pas refermée immédiatement
- → Mauvais codage de l'appareil sur les appareils non codés automatiquement
- → Mauvaise position des capteurs (p. ex. longue période hors de la fourchette de 15 à 30 °C)
- → Forte pression lors du prélèvement de sang
- → Mains sales (non lavées)
- → Alcool/produit désinfectant pas totalement évaporé
- → Attente trop longue jusqu'à l'aspiration de la goutte de sang

Dépistage d'un diabète de type 2 dans la pharmacie

Lors d'un dépistage du diabète en pharmacie, les valeurs-limites indiquées dans l'illustration 1 peuvent servir de directives pour une transmission au médecin. Les valeurs de glycémie situées entre les valeurs de référence physiologiques et la valeur-limite pour le diagnostic du diabète devraient être contrôlées par une nouvelle mesure de la glycémie à jeun. Lors de l'évaluation, il faut toujours tenir compte également des autres facteurs de risque (pression artérielle, surcharge pondérale, tabagisme, manque d'activité physique, risque familial). En pharmacie, ces mesures sont généralement effectuées avec des appareils conçus pour l'autocontrôle de la glycémie. Il faut donc se montrer prudent et éviter toute interprétation précipitée d'une valeur de mesure.

Mesure de la glycémie pour le contrôle thérapeutique

Une stabilisation physiologique du métabolisme peut réduire préventivement le risque de complications et ralentir la progression de la maladie à tous les stades. En revanche, une régression de troubles fonctionnels liés au diabète et/ou de lésions organiques ne pourra intervenir (si tant est qu'elle intervienne) qu'aux stades précoces.

Les objectifs thérapeutiques sont habituellement fixés individuellement par le médecin, en accord avec le patient. Le pharmacien doit impérativement connaître ces objectifs thérapeutiques pour pouvoir suivre les diabétiques. Les objectifs thérapeutiques généraux sont les suivants:

- → Bonne, voire très bonne qualité de vie (la meilleure possible)
- → Absence de symptômes
- → Prévention des dérèglements métaboliques aigus liés au diabète et au traitement
- → Prévention des lésions consécutives au diabète
- → Espérance de vie rallongée

Pour dépister des fluctuations à court terme et des pics postprandiaux, il est nécessaire de procéder à des déterminations glycémiques. Dans le tableau 2, figurent les valeurs-cibles qui doivent si possible être respectées. Le taux de mesure pertinent pour l'évaluation du traitement est l'hémoglobine glyquée (HbA1c).

Les valeurs moyennes de mesure de la glycémie aident à obtenir des premiers renseignements bruts: si la moyenne des mesures personnelles dépasse 10 mmol/l (HbA1c étant alors >7%), le médecin doit être informé; si les moyennes dépassent 12 mmol/l (HbA1c >8%), un entretien avec le médecin est nécessaire. Chez les jeunes diabétiques (de moins de 60–65 ans), le métabolisme du glucose devrait être stabilisé à un niveau (presque) normal. Pour les diabétiques de plus de 65 ans, la stabilisation d'une légère hyperglycémie (HbA1c à 7–8%) peut être tolérée étant donné que la prévention de symptômes associés au traitement prend le pas sur la prévention des lésions consécutives.

Dans la pratique, on est souvent confronté à des valeurs de mesure différentes et on se demande souvent si une intervention est urgente. Dans la mesure où seules des valeurs isolées se situent en dehors de la fourchette cible et qu'il n'y a aucun signe de dérèglement du métabolisme (cf. tableau 3), il suffit de mesurer la glycémie plus fréquemment. En cas d'écarts répétés, il faut noter les activités physiques et l'alimentation, en sus de la prise de médicaments. Si des valeurs supérieures à 15 mmol/l sont observées, il faut contrôler le taux de cétone dans l'urine. Il faut en outre tenir compte des symptômes d'une cétoacidose et en cas de dérèglement aigu du métabolisme, solliciter immédiatement une assistance médicale.

Tableau 2: Objectifs thérapeutiques en cas de diabète sucré

Paramètres (sang capillaire, référencé sur plasma)	Valeurs cibles
	[1] American Diabetes Association 2009
	[2] Deutsche Diabetesgesellschaft (Société allemande du diabète), directive 2007 mise à jour
Glycémie à jeun	3.9–7.2 mmol/l [1]
Glycémie postprandiale	<10.0 mmol/l [1]
Glycémie avant de dormir	6.8–8.6 mmol/l [2]

Conclusion

Les mesures de la glycémie sont devenues une prestation de service incontournable dans les pharmacies publiques. Que ce soit pour les activités de dépistage ou pour l'accompagnement thérapeutique de patients diabétiques, la pharmacie occupe une fonction importante au sein du concept des soins pharmaceutiques.

Il est nécessaire de prendre clairement en compte les limites des méthodes (des écarts de l'ordre de 10% sont possibles) et les sources d'erreurs possibles dans le cadre des conseils en matière de mesure de la glycémie. ▮

Littérature sur demande

Références

American Diabetes Association (ADA) (2009): Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 32: S13–S61,
Deutsche Diabetesgesellschaft, evidenzbasierten Leitlinien frei zugänglich auf http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/redaktion/mitteilungen/leitlinien/leitlinien.php
Hersberger KE, Botomino A, Mancini M, Bruppacher R. Sequential screening for diabetes – evaluation of a campaign in Swiss community pharmacies. Pharm World Sci 2006, 28 (3): 171–179
Gerdemann A. Blutzuckerkontrolle in der Apotheke. Diabetes-Forum 11/2008: S. 25–29
Engler H., Riesen W.F. Was gilt es bei der Therapiekontrolle des Diabetes im Praxislabor zu beachten? Hausarzt Praxis 2009: S. 22–24
Plasma-kalibrierte Blutzucker-Messsysteme: Grössere Genauigkeit und Klarheit in der Anwendung. Cardiovasc 2005: S. 62–63

Cet article a été rédigé sur mandat de la CMPS par:
Dr Andrea Botomino, Bayer (Suisse) SA, Diabetes Care, Zurich,
Philipp Walter, pharm. dipl., spécialiste de laboratoire FAMH,
PD Dr Kurt Hersberger, Pharmaceutical Care Research Group,
Institut de pharmacie clinique, Université de Bâle.

Adresse de correspondance
Commission des médicaments des pharmaciens suisses (CMPS)
Case postale 5247
3001 Berne
Tél. 044 994 75 63
Fax 044 994 75 64
E-mail: mail@aka.ch

Tableau 3: Dérèglement métabolique chez les personnes diabétiques

	Manque d'insuline → cétoacidose	Excès d'insuline → choc hypoglycémique
Evolution	Evolution lente	Rapide, en quelques minutes
Signes	Polyurie, soif, faiblesse, hypotonie jusqu'au collapsus circulatoire, perte d'appétit, vomissements, douleurs épigastriques, somnolence, «respiration de Kussmaul» avec odeur d'acétone, humeur apathique	Faim dévorante, accès de transpiration, agitation, tremblements, tachycardie, nausées, troubles du langage et de la vision, affect perturbé, choc hypoglycémique accompagné de crampes
Traitement	Ambulance! Médecin d'urgence!	Légère hypoglycémie: 4 à 8 morceaux de sucre, plus 1 à 2 unité(s) pain Hypoglycémie avec perte de connaissance: injection i. m. de glucagone en seringue prête à l'emploi par les proches
Note	Une unité d'insuline diminue la glycémie d'env. 2 mmol/l	10 grammes de glucose augmentent la glycémie d'env. 2 mmol/l

Insuffisance rénale et héparine à bas poids moléculaire

Monika Lutters

Les patients qui suivent un traitement à l'hôpital reçoivent des médicaments de divers professionnels. Des médicaments sont prescrits par le médecin de famille et le médecin d'hôpital, puis remis par la pharmacie d'officine et d'hôpital ou administrés par le personnel soignant. Ceci entraîne donc de nombreuses interfaces à l'origine de multiples erreurs.

Cas 1 [1]

Un homme de 75 ans a été hospitalisé dans une clinique de réhabilitation pour le traitement d'une pneumopathie chronique obstructive. En raison d'une prothèse valvulaire aortique mécanique et d'une fibrillation auriculaire permanente, il a été placé sous anticoagulants (Marcoumar plus Clexane s.c. au départ). On a aussi diagnostiqué une insuffisance cardiaque biventriculaire décompensée, une insuffisance rénale chronique, une hypothyroïdie, une dépression et une dégénérescence maculaire bilatérale. Médicaments: Aldactone® 1 fois 25 mg, Beloc ZOK® 2 fois 100 mg, Digoxine® 1 fois 0,125 mg, Diovan® 1 fois 80 mg, Torem® 1 fois 100 mg, Dipipéron® 1 fois 10 mg, Zoloft® 1 fois 50 mg, Métolazone® 1 fois 5 mg, Euthyrox® 1 fois 0,05 mg, solution inhalée (Atrovent®/Ventoline®) 4 fois 2 ml, Sérétide® aérosol doseur 2 fois 250 µg. Avant que l'INR ne revienne dans la zone thérapeutique (INR 2–3), un hématome s'est développé dans la cuisse avec une chute du taux d'hémoglobine de 109 à 99 g/l. Au début du traitement par Clexane®, la clairance de la créatinine s'élevait à 36 ml/min., pour retomber à 25 ml/min. au moment de la formation de l'hématome. Du fait des douleurs dans la cuisse, le patient a été transporté à l'hôpital central où l'hématome constaté par scanner a été évacué par une intervention chirurgicale.

Cas 2 [2]

Un patient de 81 ans a été traité à l'hôpital régional pour une sténose valvulaire aortique sévère. L'ECG a montré une hypertrophie concentrique du ventricule gauche avec une fonction ventriculaire gauche fortement diminuée, une hypertension artérielle pulmonaire moyenne et une fibrillation auriculaire normocarde. A l'admission, le patient était sous anticoagulants oraux. Le temps de Quick était de 39%, l'INR de 1,77 (valeur-cible selon l'indication: 1,0 à 2,5).

Le taux de créatinine, qui s'élevait à l'admission à 149 µmol/l (taux normal de 66 à 128 µmol/l), était passé au cinquième jour d'hospitalisation à 180 µmol/l. La clairance de la créatinine était de 38 ml/min. à l'admission. En dépit des anticoagulants oraux avec des valeurs d'INR entre 1,67 et 2,01 la semaine suivante, le patient fut mis sous Fraxiforte® 0,8 ml par jour. Il a alors développé un hématome suprapubique et abdominal étendu. Le taux d'hémoglobine est passé de 138 à 132 g/l. Il n'a pas fallu procéder à une transfusion d'érythrocytes.

Autres médicaments prescrits: Concor®, Tavanic® et Fluimucil®.

Commentaire

Dans ces deux cas, la clairance de la créatinine était faible au début du traitement par des héparines à bas poids moléculaire. Elle ne se situait toutefois pas encore dans la zone critique. Après quelques jours, elle a chuté à moins de 30 ml/min., ce qui a nécessité une adaptation de la dose. D'après le fabricant, Clexane® et Fraxiforte® sont conte-indiqués en cas d'insuffisance rénale sévère (Cl. <30 ml/min.) [3]. Une insuffisance rénale ne ralentit pas seulement l'élimination de l'héparine à bas poids moléculaire, mais réduit aussi la capacité d'agrégation des plaquettes. Les héparines à bas poids moléculaire avec un poids moléculaire relativement élevé (comme la daltéparine) sont aussi éliminées par le foie et semblent donc préférables chez les patients atteints d'une insuffisance rénale. En règle générale, les patients atteints d'insuffisance rénale sont néanmoins placés sous héparine non fractionnée.

Dans le premier cas, l'ISRS administré au patient en plus de Zoloft® (sertraline) pour inhiber l'agrégation des thrombocytes pourrait avoir contribué à l'hémorragie.

Dans le deuxième cas, en plus de l'anticoagulation orale, une héparine à bas poids moléculaire a été administrée inutilement à la dose thérapeutique. La seule raison d'administrer conjointement une héparine et des anticoagulants oraux est l'initiation d'un traitement anticoagulant par voie orale. Du fait du mode d'action et de la pharmacocinétique, il faut cinq à sept jours pour que les anticoagulants commencent à produire tous leurs effets. Quand l'INR-cible est atteint (le plus souvent 2–3), les héparines sont à nouveau supprimées.

La plupart des décès iatrogènes à l'hôpital sont imputables à des hémorragies. Dans 33 des 125 décès signalés à l'association «Liste des complications», les patients étaient sous anticoagulants. Dans neuf autres cas qui se sont terminés par un décès, les patients étaient traités en plus d'un anticoagulant par un inhibiteur de l'agrégation des thrombocytes [3].

Beaucoup de spécialistes – y compris des médecins – ignorent que le temps de Quick ou l'INR ne reflète que la cascade de coagulation extrinsèque, qui est influencée par les antagonistes de la vitamine K (Marcoumar®, Sintrom®). Bien que les héparines à bas poids moléculaire et les inhibiteurs de l'agrégation des thrombocytes n'aient aucune influence sur l'INR, ils augmentent le risque hémorragique. ▮

Adresse de correspondance

Dr Monika Lutters

Kantonsspital Baden, Spitalapotheke, 5404 Baden

[1] Bulletin 19/2008 Liste des complications, éditeurs: association «Liste des complications» et Association des médecins-chefs de la Société Suisse de Médecine Interne.

[2] Bulletin 18/2008 Liste des complications, éditeurs: association «Liste des complications» et Association des médecins-chefs de la Société Suisse de Médecine Interne.

[3] Compendium Suisse des Médicaments, Documed 2009

Niereninsuffizienz und niedermolekulares Heparin

Monika Lutters

Patienten, die eine Behandlung im Spital benötigen, werden von verschiedenen Fachpersonen medikamentös betreut. Arzneimittel werden sowohl vom Hausarzt als auch vom Spitalarzt verordnet, abgegeben werden sie von der Offizin und der Spitalapotheke, verabreicht von Pflegepersonen. Dabei ergeben sich zahlreiche Schnittstellen, die Ursache vielfältiger Fehler sein können.

Fall 1 [1]

Ein 75-jähriger Mann wurde zur Behandlung einer chronisch-obstruktiven Pneumopathie in eine Rehabilitationsklinik eingewiesen. Aufgrund einer mechanischen Aortenklappenprothese und eines permanenten Vorhofflimmerns musste eine Antikoagulationsbehandlung eingeleitet werden (Marcoumar® plus initial Clexane® s.c.). Zusätzliche Diagnosen: dekompensierte biventrikuläre Herzinsuffizienz, chronische Niereninsuffizienz, Hypothyreose, Depression, beidseitige Maculadegeneration. Medikamente: Aldactone® 1-mal 25 mg, Beloc ZOK® 2-mal 100 mg, Digoxin® 1-mal 0,125 mg, Diovan® 1-mal 80 mg, Torem® 1-mal 100 mg, Dipiperon® 1-mal 10 mg, Zoloft® 1-mal 50 mg, Metolazon® 1-mal 5 mg, Euthyrox® 1-mal 0,05 mg, Inhalationslösung (Atrovent®/Ventolin®) 4-mal 2 ml, Seretide® Dosieraerosol 2-mal 250 µg. Noch bevor der INR im therapeutischen Bereich lag (INR 2–3) entwickelte sich ein Hämatom im Oberschenkel mit einem Abfall des Hämoglobins von 109 auf 99 g/l. Zu Beginn der Clexane®-Behandlung betrug die berechnete Kreatinin-Clearance 36 ml/min, zum Zeitpunkt der Hämatombildung 25 ml/min. Wegen der Oberschenkelschmerzen war der Patient ins Zentrumsspital verlegt worden, wo mittels Computertomographie das Hämatom festgestellt und chirurgisch entfernt wurde.

Fall 2 [2]

Ein 81-jähriger Patient wurde wegen einer schweren Aortenklappenstenose im Regionalspital behandelt. Das EKG zeigte eine konzentrische Hypertrophie des linken Ventrikels mit schwer eingeschränkter linksventrikulärer Funktion, eine mittelschwere pulmonal arterielle Hypertonie und ein normokardes Vorhofflimmern. Beim Spitaleintritt war der Mann oral antikoaguliert. Der Quickwert betrug 39%, die INR 1,77 (Zielwerte je nach Indikation: 1,0 bis 2,5).

Der Kreatininwert lag beim Eintritt bei 149 µmol/l (normal 66–128 µmol/l) und stieg bis zum fünften Hospitalisationstag auf 180 µmol/l an. Die berechnete Kreatinin-Clearance bei Eintritt betrug 38 ml/min. Trotz der oralen Antikoagulation mit INR-Werten zwischen 1,67 und 2,01 in den folgenden sieben Tagen erhielt der Patient auch Fraxiforte® 0,8 ml pro Tag. Er entwickelte darunter ein ausgedehntes suprapubisches und abdominales Hämatom. Das Hämoglobin fiel nur leicht von 138 auf 132 g/l ab. Erythrozytentransfusionen waren nicht nötig.

Weitere verordnete Medikamente: Concor®, Tavanic® und Fluimucil®.

Kommentar

In beiden Fällen war die Kreatinin-Clearance zu Beginn der Therapie mit niedermolekularen Heparinen zwar niedrig, aber noch nicht im kritischen Bereich. Nach einigen Tagen sank die Kreatinin-Clearance unter 30 ml/min, so dass die Dosis hätte angepasst werden müssen. Laut Hersteller sind sowohl Clexane® als auch Fraxiforte® bei schwerer Niereninsuffizienz (Cl. < 30 ml/min) sogar kontraindiziert. [3] Eine Niereninsuffizienz führt nicht nur zu einer verminderten Elimination niedermolekularer Heparine, sondern auch zu einer verringerten Aggregationsfähigkeit der Blutplättchen. Niedermolekulare Heparine mit vergleichsweise hohem Molekulargewicht (wie Dalteparin) werden auch über die Leber eliminiert und scheinen daher Vorteile bei Patienten mit Nierensuffizienz zu haben. In der Regel wird aber bei einer Niereninsuffizienz auf unfraktioniertes Heparin umgestellt.

Im ersten Fall wurde zusätzlich Zoloft® (Sertralin), ein SSRI, verabreicht, das ebenfalls die Thrombozytenaggregation hemmt und somit zur Blutung beigetragen haben kann.

Im zweiten Fall wurde zusätzlich zur bestehenden oralen Antikoagulation unnötigerweise ein niedermolekulares Heparin in therapeutischer Dosis verordnet.

Der einzige Grund, Heparine und orale Antikoagulantien gleichzeitig zu verabreichen, ist ein Therapiebeginn mit oralen Antikoagulantien. Aufgrund des Wirkmechanismus und der Pharmakokinetik dauert es fünf bis sieben Tage, bis orale Antikoagulantien ihre volle Wirkung entfalten können. Wenn der Ziel-INR (meist 2–3) erreicht ist, werden die Heparine wieder abgesetzt.

Die meisten iatrogenen Todesfälle im Spital werden durch Blutungen verursacht. In 33 von 125 Todesfällen, die dem Verein Komplikationenliste gemeldet wurden, waren die Patienten antikoaguliert. Bei neun weiteren tödlich verlaufenen Fällen wurden die Patienten neben der Antikoagulation zusätzlich mit Thrombozytenaggregationshemmern behandelt. [1]

Vielen Fachleuten – auch Ärzten – ist nicht bewusst, dass der Quick- bzw. INR-Wert nur die extrinsische Gerinnungskaskade widerspiegelt, die durch Vitamin-K-Antagonisten (Marcoumar®, Sintrom®) beeinflusst wird. Niedermolekulare Heparine und Thrombozytenaggregationshemmer haben keinen Einfluss auf den INR-Wert, erhöhen jedoch das Blutungsrisiko. ▮

Korrespondenzadresse
Dr. Monika Lutters, Kantonsspital Baden
Spitalapotheke, 5404 Baden

[1] Bulletin 19/2008 Komplikationenliste, Herausgeber: Verein Komplikationenliste und Chefärztevereinigung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin
[2] Bulletin 18/2008 Komplikationenliste, Herausgeber: Verein Komplikationenliste und Chefärztevereinigung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin
[3] Arzneimittelkompendium der Schweiz, Dokumed 2009

Flash



Grippe porcine: Aubaine médiatique

Scoop? Recherche du sensationnel? Devoir d'information? En considérant certains articles parus dans une certaine presse, on est en droit de se demander quel rôle nos médias veulent jouer dans ce genre d'événement. Est-ce que la recherche du sensationnel est compatible avec le devoir d'information de la population? Quelles sont les conséquences d'un conditionnement chaotique de la population dans une situation de crise?
Pour nous, professionnels de santé, il est très important de garder la tête froide et d'assumer notre rôle d'informateur responsable, compétent et pragmatique envers la population. Il est de notre devoir de relativiser les éventuelles conséquences d'une pandémie relatées dans la presse. Les appels à la population de s'empresser de courir chez son médecin pour se faire prescrire LE médicament est une farce à laquelle nous ne pouvons accepter de participer!
Nous avons des autorités, aussi bien au niveau fédéral que cantonal, qui ont eu tout le loisir, depuis les premières alertes de la grippe aviaire, de mettre au point une stratégie en cas de pandémie avec un rôle bien précis pour chaque acteur.
Les messages sont relativement simples:

→ Les mesures d'hygiène élémentaires sont relativement efficaces pour enrayer la propagation du virus.
→ Les masques chirurgicaux ne protègent pas le porteur, mais l'entourage contre les postillons émis par le malade porteur du virus.
→ La délivrance de Tamiflu® ne doit se faire, en règle générale, que sur ordonnance médicale afin d'éviter le risque de développement de résistance. Il est inutile de faire des réserves personnelles de médicaments. D'ailleurs il est cher et ne se conserve pas très longtemps.
→ L'approvisionnement sur Internet n'est pas une bonne alternative car potentiellement dangereuse, les falsifications de tout genre y foisonnent
→ Lors de pandémie la confédération et les cantons ont pris les dispositions médicales qui s'imposent.
→ Il faut lire régulièrement les recommandations officielles de l'OFSP (Office fédéral de la santé publique) et des autorités sanitaires cantonales.
→ Il est impératif de ne pas céder à la panique que contribuent fortement à instaurer certains médias.
→ Votre pharmacie est à disposition pour répondre à vos questions.

A l'heure actuelle, il me semble que le plus grand problème lorsque nous parlons de pandémie est la coordination de l'information. On est en droit de se poser légitimement la question de savoir si la Confédération ne devra pas intervenir pour empêcher que de faux messages soient transmis à la population. Il est question tout de même de l'intérêt public supérieur où une attitude responsable devrait primer sur tout autre intérêt particulier.

Dominique Jordan

Schweinegrippe: Ein gefundenes Fressen für die Medien

Scoop? Jagd nach Sensationen? Informationspflicht? Wenn man gewisse Presseartikel betrachtet, ist die Frage berechtigt, welche Rolle diese Medien bei dieser Art von Ereignissen spielen wollen. Ist der Wunsch nach Sensationsmeldungen mit der Informationspflicht gegenüber der Gesellschaft vereinbar? Welche Folgen hat es, wenn die Bevölkerung in einer Krisensituation durch eine chaotische Informationsschwemme manipuliert wird?
Für uns Gesundheitspersonen ist es lebenswichtig, kühlen Kopf zu behalten und unsere Aufgabe gegenüber der Bevölkerung als verantwortungsbewusster, kompetenter und pragmatischer Berater wahrzunehmen. Wir müssen die möglichen Folgen einer Pandemie, von der die Presse berichtet, relativieren. Die Aufrufe an die Bevölkerung, sofort zum Arzt zu laufen, um sich DAS Medikament verschreiben zu lassen, ist purer Unsinn, den wir nicht unterstützen wollen!
Unsere Behörden auf Bundes- und auf Kantonsebene hatten seit den ersten Vogelgrippe-Warnungen genügend Zeit, eine Pandemie-Strategie auszuarbeiten, in der jedem Akteur seine eindeutig definierte Rolle zugewiesen wird.
Die Botschaften sind im Grunde einfach:

→ Es gibt wirksame, grundlegende Hygienemassnahmen, um die Verbreitung des Virus einzudämmen.
→ Der OP-Mundschutz schützt nicht den Virusträger selbst, sondern seine Umgebung vor dessen Speicheltröpfchen.
→ Die Abgabe von Tamiflu® darf grundsätzlich nur auf Vorlage eines ärztlichen Rezepts erfolgen, um die Gefahr von Resistenzbildungen zu vermeiden. Es macht keinen Sinn, einen persönlichen Vorrat anzulegen; das Medikament ist teuer und kann nicht lange gelagert werden.
→ Der Medikamentenkauf im Internet ist keine sinnvolle Alternative, da man sich aufgrund der vielfältigen Fälschungen, die dort kursieren, in Gefahr bringen kann.
→ Für den Fall einer Pandemie haben Bund und Kantone die entsprechenden medizinischen Vorkehrungen getroffen.
→ Jeder sollte regelmässig die offiziellen Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit und der kantonalen Gesundheitsbehörden lesen.
→ Auf keinen Fall darf man der Panik verfallen, die von einigen Medien stark geschürt wird.
→ Die Apotheken stehen für alle Fragen jederzeit zur Verfügung.

Wenn derzeit von einer möglichen Pandemie die Rede ist, scheint mir das grösste Problem die mangelnde Koordination der Informationen zu sein. Man kann sich derzeit die berechtigte Frage stellen, ob die Regierung nicht intervenieren sollte, um Falschmeldungen an die Bevölkerung zu verhindern. Denn immerhin handelt es sich hier um ein Ereignis von grosser öffentlicher Tragweite, in dem das verantwortungsbewusste Handeln vor allen Partikularinteressen stehen sollte.

Dominique Jordan

Homéopathie dans la pharmacie

Bellis perennis (pâquerette, petite marguerite, fleur de Pâques, magriette, margueritelle)

Christa Rohrer

Dans nos prairies et nos jardins, la pâquerette pousse, petite et sans prétention. Bellis perennis aime le soleil et la mi-ombre et fleurit presque toute l'année. Dans la médecine populaire allemande, on donne à cette fleur simple beaucoup d'autres petits noms, comme Mondscheinblume (fleur du clair de lune), Mutterblume (fleur de maman), Marienkrönchen (petite couronne de Marie) ou Wundwurz (racine pour blessures) et Beulenwurz (racine pour bosses), qui permettent d'identifier l'indication. En dépit de sa petitesse, elle est un grand remède d'urgence en homéopathie. Elle aide à guérir des plaies profondes et des blessures émotionnelles.

Les adjectifs «bellus» (joli ou charmant) et «perennis» (durable) caractérisent parfaitement la fleur. Même si on la foule au pied ou qu'elle tombe sous les couteaux de la tondeuse à gazon, la pâquerette redressera sans cesse la tête ou repoussera quelques jours après avoir été coupée. Elle possède une étonnante force de régénération.

On utilise Bellis comme médicament apparenté à Arnica dans son utilisation contre les traumatismes. Cette parenté avec Arnica existe également en botanique, car il s'agit pour les deux plantes d'astéracées ou composées de la famille des tournesols. Des médicaments comme Calendula, Camomille, Mille-feuille ou Echinacée appartiennent aussi aux composées et agissent également pour guérir des blessures. Les personnes qui souhaiteraient en savoir davantage sur les similitudes des familles de plantes peuvent consulter les études et les ouvrages du Dr Rajan Sankaran: «An Insight into Plants» («Aperçu dans le monde des plantes»), tomes 1 et 2.



Bellis perennis (pâquerette, petite marguerite, fleur de Pâques, magriette)

Possibilités d'emploi dans la médecine populaire …

La pâquerette sauvage contient des principes amers, de l'inuline, des flavonoïdes, des tanins, des saponines, des huiles essentielles, des vitamines et de l'hypericine. Elle stimule le métabolisme. Le pasteur Künzle la conseillait comme tisane pour les enfants qui, en dépit d'une alimentation correcte, ne parvenaient pas à «croître». Dans la médecine populaire, on recommande ce thé contre des inflammations de l'estomac et des intestins, contre les douleurs du foie et des reins, contre des toux chroniques, comme dépuratif sanguin ainsi que contre les rhumatismes et la goutte. Des compresses avec la teinture diluée sont efficaces lors de blessures et de plaies purulentes. En cosmétique naturelle, on fabrique même des lotions nettoyantes et rafraîchissantes avec l'eau de Bellis perennis.

… et dans l'homéopathie

Cause

En homéopathie, la cause revêt toujours une grande importance. Bellis perennis est alors indiquée à la suite de chocs et de traumatismes profonds avec des durcissements physiques et psychiques, ainsi que lors de blessures et de surmenage.

Principaux symptômes

Les principaux symptômes sont une sensation de brisure dans tout le corps, des douleurs profondes avec un sentiment de meurtrissure, des plaies qui saignent abondamment, des blessures des parties molles avec enflures, ainsi que des plaies internes au niveau du ventre, de la poitrine et du bassin.

Possibilités d'emploi

On compare l'état du patient avec le portrait du remède. S'il y a une similitude des symptômes caractéristiques, on peut alors l'utiliser.

Portrait du remède

Etat d'âme: hébétude et réflexion difficile. Irritabilité, insatisfaction, rigidité morale, découragement.

Tête: céphalées comme dues à une contusion. Afflux sanguin dans la tête avec des vertiges et des douleurs

Bas-ventre: suite à un coup dans le bas-ventre. Saignements du bas-ventre et de l'utérus. Sensation de blessure du bassin et des muscles du ventre. Douleurs de la paroi abdominale et douleurs chez la femme enceinte. Douleurs semblables à celles des contractions dans le bas-ventre. Remède du post-partum. Enflure des testicules.

Poitrine: suite de blessures, coups ou contusions, éventuellement avec induration des seins.

Dos: blessures du rachis et douleurs à la suite d'une chute sur le coccyx.

Extrémités: mauvaises foulures. Courbatures. Epicondylite: le bras est endolori et raide.

Peau: bleus, hématomes, suite de blessures des nerfs.

Modalités

Il est caractéristique pour Bellis perennis que les maux s'améliorent par frottement, par massage, par mouvements répétés, par l'air frais et des applications locales froides.

Les maux s'aggravent par l'effort corporel, par une trop grande sollicitation des muscles et des tendons, par l'humidité et le refroidissement.

Remèdes comparables

Arnica, Ruta, Rhus toxicodendron, Hypericum.

Conclusion

Bellis perennis est indiquée comme remède d'accompagnement après des interventions chirurgicales, surtout dans l'abdomen.

Ce médicament peut être plus qu'un remède aigu chez des gens qui demeurent beaucoup dans le froid et l'air humide, comme par exemple chez les ouvriers, les jardiniers, les paysans.

Il convient également très bien aux sportifs de pointe, handballeurs, footballeurs, bodybuilders et coureurs de longues distances souffrant de douleurs récurrentes. ▮

Adresse de correspondance
Christa Rohrer
E-mail: christarohrer@gmx.ch
Pharmacienne FPH en homéopathie classique
Membre du comité OSPH
(Ordre Suisse des Pharmaciens Homéopathes)

Traduction: Daniel et Marie-Claude Frey

Bellis perennis (Gänseblümchen, Massliebchen, Tausendschön)

Christa Rohrer

Klein und unscheinbar wächst das Gänseblümchen auf unseren Wiesen und auf gutem Gartenboden. Bellis perennis liebt Sonne und Halbschatten und blüht fast das ganze Jahr hindurch. Diese schlichte Blume hat noch viele liebevolle Namen in der Volksmedizin, von «Mondscheinblume», «Mutterblume» bis zu «Marienkrönchen» oder «Wundwurz» und «Beulenwurz», was auf die Indikation hinweist. Obwohl so klein, ist es doch ein grosses Notfallmittel in der Homöopathie. Es hilft Verletzungen des tieferen Gewebes und emotionale Verletzungen zu heilen.

Der Name «bellus» bedeutet «hübsch» oder «allerliebst» und «perennis» heisst «ausdauernd». Er umschreibt diese zierliche Pflanze vortrefflich. Obwohl ständig auf dem Gänseblümchen herumgetrampelt oder ihm vom Rasenmäher der Garaus gemacht wird, richtet sich die Pflanze immer wieder auf oder erscheint ein paar Tage nach dem Schnitt aufs Neue. Die Blume besitzt eine erstaunliche Regenerationskraft.

Als Heilmittel bei Traumen ist Bellis in der Anwendung verwandt mit Arnica. Diese Verwandschaft besteht aber auch in botanischer Hinsicht, handelt es sich doch bei beiden Pflanzen um Compositae, eigentlich Asteraceae aus der Familie der Sonnenblumengewächse. Auch Heilmittel wie Calendula, Chamomilla, Millefolium oder Echinacea gehören zu den Korbblütlern und gelten als Verletzungsmittel. Wer mehr über die Gemeinsamkeiten von Pflanzenfamilien wissen möchte, sei an die Studien und Bücher von Dr. Rajan Sankaran verwiesen: «Einblicke ins Pflanzenreich», Band 1 und 2.

Anwendungsmöglichkeiten in der Volksmedizin …

Das natürlich vorkommende Gänseblümchen enthält Bitterstoffe, Inulin, Flavonoide, Gerbstoffe, Saponine, ätherische Öle, Vitamine und auch Hypericin.

Es regt den Stoffwechsel an, und Pfarrer Künzle empfahl es als Teeaufguss für Kinder, welche «trotz guter Kost nicht gedeihen wollen». In der Volksmedizin wird der Tee bei Entzündungszuständen im Magen und Darmbereich, Leber- und



Bellis perennis (Gänseblümchen, Massliebchen, Tausendschön)

Nierenleiden, bei lang andauerndem Husten, als Blutreinigungsmittel sowie bei Rheuma und Gichterkrankungen empfohlen. Kompressen mit verdünnter Tinktur sind wirksam bei Verletzungen und eitrigen Wunden. Sogar in der Naturkosmetik werden aus dem Blütenwasser Reinigungs- und Erfrischungsprodukte gemacht.

… und in der Homöopathie

Causa

In der Homöopathie ist die Causa immer sehr wichtig. Da gilt bei Bellis perennis:

Folge von Schock und tiefen Traumata mit Verhärtungen auf körperlicher und psychischer Ebene. Folge von Verletzung und Überanstrengung.

Leitsymptome

Die Leitsymptome sind: Zerschlagenheitsgefühl im ganzen Körper. Tief sitzende Schmerzen mit Gefühl von Wundheit. Stark blutende Wunden. Verletzungen der Weichteile mit Schwellung. Innere Verletzung der Bauch-, Brust- und Beckenorgane.

Einsatzmöglichkeiten

Der Zustand des Patienten wird mit dem Arzneimittelbild von Bellis perennis verglichen und wenn bei charakteristischen Symptomen Ähnlichkeit besteht, kann Bellis als Heilmittel verwendet werden.

Arzneimittelbild

Gemüt: Benommenheit und erschwertes Denken, gereizt, unzufrieden, unflexibel, verzagt.

Kopf: Kopfschmerz wie von einer Prellung. Blutandrang zum Kopf mit Schwindel und Kopfschmerzen.

Unterleib: Folge von Tritt oder Stoss in den Unterleib. Unterleibs- und Gebärmutterblutungen. Wundheitsgefühl des Beckens und der Bauchmuskeln. Bauchdeckenschmerz und Wundschmerz bei Schwangeren. Wehenartige Schmerzen im Unterleib. Heilmittel nach Geburt. Hodenschwellung.

Brust: Folge von Verletzung evtl. mit Verhärtung der weiblichen Brust durch Stoss oder Schlag oder Quetschung.

Rücken: Rückenverletzung und -schmerz als Folge eines Sturzes auf das Steissbein.

Extremitäten: Schlimme Verstauchungen. Muskelkater. Tennisellbogen: Arm ist wund und steif.

Haut: Knutschflecken, Hämatome, Folge von Nervenverletzungen.

Modalitäten

Charakteristisch für Bellis perennis ist, dass die Beschwerden durch Reiben und Massieren, fortgesetzte Bewegung, frische Luft und lokale Kälteanwendung besser werden.

Verschlimmerung der Beschwerden durch körperliche Anstrengung, Überbeanspruchung der Muskeln und Sehnen, Nässe und Unterkühlung.

Vergleichsmittel

Arnica, Ruta, Rhus toxicodendron, Hypericum.

Fazit

Bellis perennis eignet sich als Begleitmittel bei grösseren chirurgischen Eingriffen, besonders im Abdomen.

Das Mittel kann bei Menschen, welche viel in der Kälte und bei feuchter Luft arbeiten, durchaus mehr als nur ein Akutmittel sein, wie z. B. bei Handwerkern, Gärtnern, Bauern.

Auch für Kampfsportler, Handballer, Fussballer, Bodybuilder, Langstreckenläufer, welche immer wieder an derselben Verletzung leiden, eignet sich Bellis perennis ausgezeichnet. ▮

Korrespondenzadresse
Christa Rohrer
E-Mail: christarohrer@gmx.ch
Fachapothekerin FPH Klassische Homöopathie
Vorstandsmitglied SAGH
(Schw. Apotheker-Gesellschaft für Homöopathie)

Lettre du lecteur

Attention danger!

L'existence d'une problématique spécifique aux ordonnances de sortie d'hôpital est indubitable. Nous sommes nombreux à avoir vécu des situations similaires à celle qui nous a été présentée, des situations nécessitant un vendredi soir ou un samedi matin la recherche souvent difficile du médecin ayant signé la prescription libératoire ou à défaut celle, pas moins aisée, du dossier du patient!

A cette problématique, il conviendrait d'ailleurs d'ajouter le problème posé par la coordination entre médecin hospitalier et médecin de famille. Ce dernier est le plus souvent confronté, après notre intervention, à des décisions prises en milieu hospitalier qu'il n'est pas toujours disposé à approuver. Ceci est susceptible d'entraîner une nouvelle modification de thérapie au détriment du patient et des coûts de son traitement.

Mais c'est surtout un autre aspect du commentaire de notre consœur qui suscite ma réaction, à savoir l'importance à ses yeux de connaître le diagnostic ayant justifié la prescription pour garantir la qualité de notre travail et notamment permettre la détection d'erreurs de prescription du type de celle illustrée dans ce cas. Il conviendrait à ses yeux de rechercher systématiquement cette information auprès du client ou à défaut du médecin prescripteur.

Je puis comprendre ce souhait de la part d'un pharmacien hospitalier pour qui cette information fait partie de son quotidien. Seulement cette information ne fait simplement pas partie des informations auxquelles nous avons, en pratique ambulatoire, légalement accès. Les débats récents autour de la carte de santé l'ont d'ailleurs, à ma connaissance, confirmé.

A supposer que le patient ou son entourage nous livre malgré tout une telle information, quelle crédibilité pourrons-nous lui accorder? Quant à la transmission systématique de cette information par le médecin traitant, elle est illusoire.

Dans ces conditions, il me semble délicat pour ne pas dire dangereux de présenter la recherche de cette information comme une obligation, même seulement morale, de notre part. Maintenons la dans notre analyse de l'intelligence des ordonnances que nous exécutons pour nous assurer que la prescription que nous exécutons réponde bien à une certaine logique thérapeutique. Mais ne présentons surtout pas cette connaissance du diagnostic du patient comme une obligation de notre part. Ceci ne ferait qu'augmenter une responsabilité professionnelle que la seule mémoire des ordinateurs avec lesquels nous sommes contraints de travailler a déjà largement étendue! ▮

Dr G. Touzeau, Le Landeron

Stellungnahme der Autorin

Es ist verständlich, dass es in der Praxis nicht immer leicht oder möglich ist, die genaue Diagnose herauszufinden. Aber wie dieser Fall zeigt, kann das im Einzelfall sehr wichtig sein. Auch vage Angaben des Patienten – wie im beschriebenen Fall – helfen bei der Rezeptvalidierung.

Es gibt in der Praxis viele Situationen, bei denen uns das Wissen oder Fragen nach der Indikation helfen kann, Verordnungsfehler zu erkennen: zum Beispiel bei potenziell fatalen Verwechslungsmöglichkeiten durch ähnlich klingende Präparatenamen (Prava® und Prava-Med®) [1] oder wenn die Rezepte zweier Patienten vertauscht wurden. Wenn in solchen Fällen das Rezept formal korrekt ist (Stärke und Dosierung sind in Ordnung), gibt nur die Indikation Aufschluss über eine mögliche Verwechslung.

Dr. Monika Lutters, Baden

[1] Diese Präparate sind mittlerweile ausser Handel.

Ce que proposent les pharmacies

Christa Rüedi

D'après la Loi sur les professions médicales, les pharmacies doivent remplir des tâches de promotion de la santé. Ce qu'elles font d'ailleurs par leurs innombrables contacts quotidiens avec la clientèle et pendant les campagnes de pharmaSuisse et de différents partenaires qualifiés. La prochaine occasion s'offrira en juin prochain avec la Semaine de la tension artérielle qui mettra l'accent sur le risque largement répandu d'hypertension.

Mesurer la pression artérielle …

L'hypertension est relativement facile à mesurer, les pharmacies proposent ce service à leurs clients. Elles savent comment prendre les mesures, quelles valeurs sont normales, quand il faut introduire des changements dans sa vie quotidienne et quand il faut consulter un médecin. Les personnes qui le souhaitent peuvent également y acquérir un appareil pour mesurer la pression artérielle chez soi, le pharmacien leur montrera comment s'en servir et comment prendre les mesures correctement. Cet achat n'est toutefois pertinent que pour les clients dont la pression est normale qui veulent la vérifier de temps à autre. Dès qu'il y a un risque d'hypertension, il est souhaitable de s'adresser à un pharmacien ou à un médecin : par sa formation, il est à même de déterminer le profil de risque du client et décidera de la procédure à suivre.

… ne suffit pas

L'hypertension, un problème trop souvent sous-estimé, est un indicateur important des risques cardio-vasculaires, de l'insuffisance rénale, du diabète, etc. Un diagnostic précoce permet d'éviter de graves problèmes de santé. La prise de la pression n'est que l'un des différents moyens mis en œuvre pour évaluer le risque. En plus de ces mesures, on posera des questions standardisées sur les antécédents familiaux, l'alimentation et l'activité physique. Le personnel des pharmacies calcule l'indice de masse corporelle (Body Mass Index ou BMI), mesure le tour de taille, questionne sur la consommation de sel, de fruits et de légumes ainsi que sur l'activité physique pour définir le profil de risque. Il peut même proposer une solution en cas d'erreurs ou de manquements manifestes, comme conseiller les clients en matière d'alimentation ou accompagner les fumeurs qui souhaitent s'arrêter de fumer ainsi que les personnes qui ne font pas suffisamment d'exercice physique.



Evaluation

Les résultats de la Semaine de la tension artérielle dans les pharmacies seront intégrés dans une étude. Les questions standardisées qui servent à établir le profil de risque en pharmacie sont utilisées aussi par l'«Enquête suisse sur la santé ESS» dans toute la Suisse. En confrontant les données collectées dans les pharmacies avec celles de l'ensemble des personnes interrogées (dans les pharmacies et dans l'enquête sur la santé), on leur donne plus de poids et elles peuvent servir d'indicateur pour juger de la pertinence pour les pharmacies de jouer le rôle de centres de prévention.

La pharmacie – le premier centre spécialisé dans la prévention

La prévention devient de plus en plus importante, d'une part, pour se maintenir en bonne santé jusqu'à un âge avancé et donc atteindre une qualité de vie optimale et, d'autre part, pour empêcher l'escalade des coûts de la santé au-delà des limites supportables. Le Conseil fédéral l'a reconnu, le projet de loi sur la prévention existe et son entrée en vigueur est prévue pour 2012.

Si nous voulons atteindre les objectifs ambitieux de la loi sur la prévention, l'ensemble des acteurs devront y être associés en fonction de leurs possibilités. En Suisse, les 800 pharmacies, qui participent à la campagne, accueillent chaque jour quelque 200 000 clients et patients – des personnes qu'elles connaissent et accompagnent souvent depuis des années et qui pourraient présenter un risque non encore identifié. Dans ce cas, le personnel des pharmacies peut par des questions ciblées et par des actions ponctuelles procéder, pour un coût minime, à une première évaluation des risques des personnes concernées et, si besoin, les orienter à temps vers les spécialistes appropriés. ▮

Ce que chacun d'entre nous peut faire

Des facteurs importants en cas d'hypertension sont une mauvaise alimentation et le manque d'activité physique, qui peuvent entraîner un surpoids. Or, comme on le sait, perdre du poids n'est pas chose facile. Maintenir le poids atteint ne l'est pas moins. Les conseils, régimes et programmes ne manquent pas. La base de tout conseil nutritionnel reste la pyramide des denrées alimentaires avec des «Recommandations alimentaires pour adultes, alliant plaisir et santé» qui est publiée sur le site www.sge-ssn.ch.

Certaines règles doivent également être appliquées dans le cadre d'une activité sportive pour en tirer un bénéfice. Les pharmaciens trouveront des conseils pertinents sur ce thème dans le prochain cahier pharmActuel, qui sera publié prochainement. Pour les abonnements (CHF 290.–/435.– par an) et la vente au numéro (CHF 30.–/50.–) contacter pharmaSuisse (tél. 031 978 58 04).

Adresse de correspondance
Christa Rüedi, rédactrice en cheffe pharmaJournal
E-mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

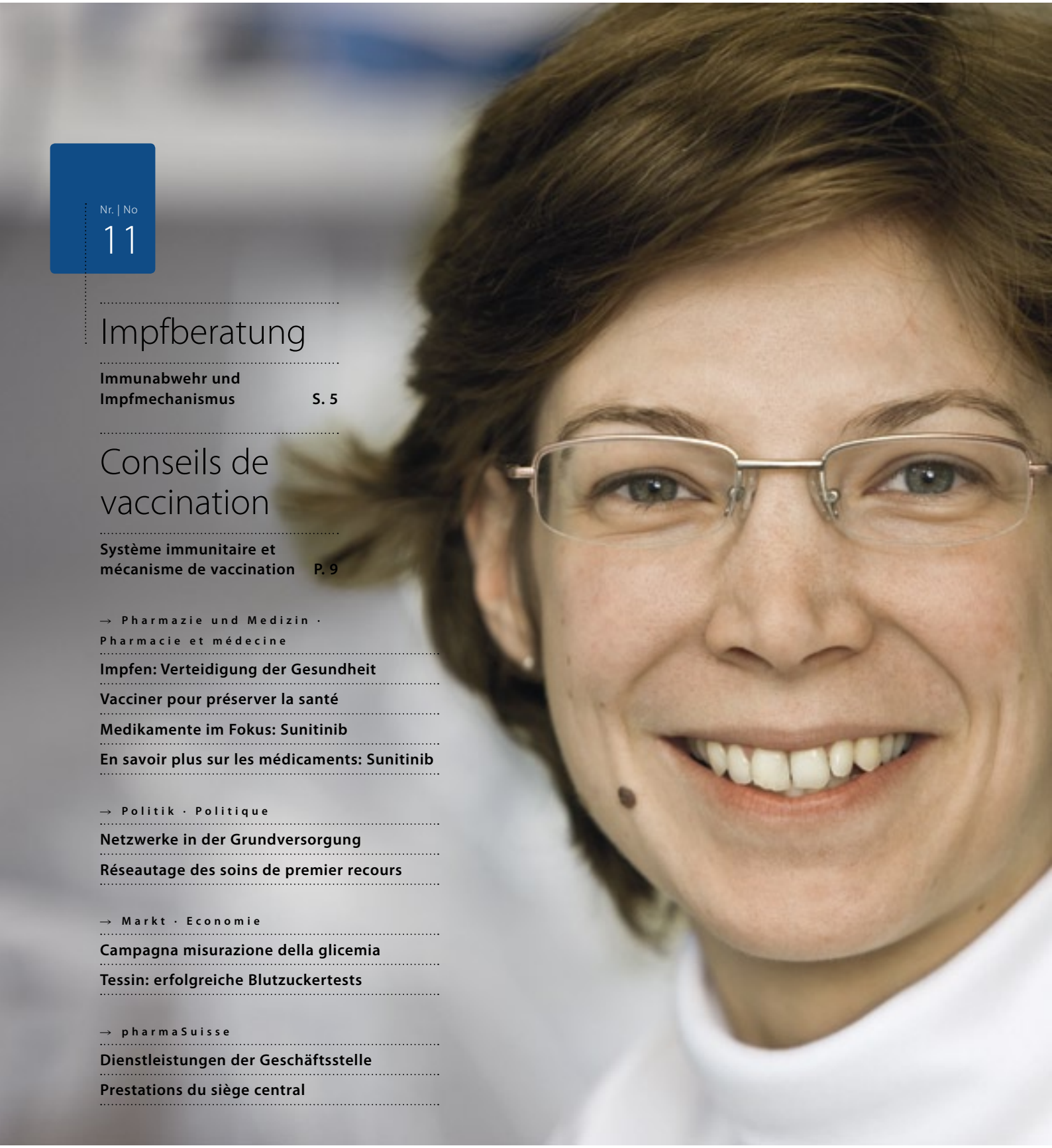
11 | 5.2009

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 28.5.2009, 147. Jahrgang



Nr. | No
11

Impfberatung

Immunabwehr und Impfmechanismus S. 5

Conseils de vaccination

Système immunitaire et mécanisme de vaccination P. 9

→ Pharmazie und Medizin · Pharmacie et médecine

Impfen: Verteidigung der Gesundheit

Vacciner pour préserver la santé

Medikamente im Fokus: Sunitinib

En savoir plus sur les médicaments: Sunitinib

→ Politik · Politique

Netzwerke in der Grundversorgung

Réseautage des soins de premier recours

→ Markt · Economie

Campagna misurazione della glicemia

Tessin: erfolgreiche Blutzuckertests

→ pharmaSuisse

Dienstleistungen der Geschäftsstelle

Prestations du siège central

Risultati della campagna di misurazione nelle farmacie ticinesi

Ennio Balmelli

Le statistiche dicono che in Ticino ci sono alcune migliaia di diabetici che non sanno di esserlo: la campagna promossa dai farmacisti dal 10 al 22 novembre 2008 aveva lo scopo di renderli coscienti del loro stato e di informarli correttamente sulla malattia.

Il diabete mellito è una malattia caratterizzata dall'eccessiva presenza di zuccheri nel sangue (iperglicemia), che risulta tossica per l'organismo causando svariate complicanze. Il rialzo della glicemia ha svariate cause: nel diabete di tipo 1, che si manifesta di solito in età giovanile, vi è mancanza d'insulina (l'ormone che regola appunto la quantità di zuccheri nel sangue e nei tessuti) e occorre sempre iniettarla, mentre nel diabete di tipo 2 – che colpisce principalmente adulti e anziani – è il corpo a «disobbedire» ai normali segnali dell'insulina; la terapia si basa su di un regime alimentare adeguato, su uno stile di vita con regolare attività fisica, sull'impiego di pastiglie e in certi casi anche di insulina. La campagna «Sicuro di non avere il diabete?» mirava a sensibilizzare la popolazione soprattutto al rischio di diabete di tipo 2.

I numeri

Secondo l'OMS (Organizzazione mondiale della sanità), sono circa 177 milioni le persone affette da diabete in tutto il mondo. Un numero che sembra destinato a raddoppiare entro il 2025, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, a causa non solo della crescita di popolazione e dell'invecchiamento ma anche di diete poco idonee, obesità e sedentarietà. Se nei Paesi industrializzati i diabetici saranno principalmente persone oltre i 65 anni di età, nei Paesi in via di sviluppo questa malattia interesserà soprattutto persone tra i 45 e i 64 anni, nel periodo più produttivo della loro vita. Secondo l'International Diabetes Federation, i cinque Paesi con il più alto numero di diabetici sono l'India (32,7 milioni), la Cina (22,6 milioni), gli Stati Uniti (15,3 milioni), il Pakistan (8,8 milioni) e il Giappone (7,1 milioni); in Europa se ne contano 53 milioni. Inoltre, nonostante il diabete risulti la quarta causa di morte nella maggior parte dei Paesi ricchi, il 50% dei diabetici non è consapevole della propria condizione, con punte dell'80% in alcuni Paesi.

In Svizzera si contano circa 250–300 000 persone affette da questa malattia. Secondo uno studio realizzato all'Istituto di medicina preventiva e sociale di Zurigo ogni anno si registrano 20 000 nuovi casi. Tenendo conto che solo circa la metà di questi casi viene diagnosticata, ci sarebbero in effetti in Svizzera più di mezzo milione di diabetici.

Se in Svizzera il diabete costa più di un miliardo di franchi all'anno, in Ticino per ogni dieci franchi spesi per la salute, un franco è destinato ai costi di questa malattia. Il numero di diabetici sparsi sul territorio ticinese è di ca. 12–15 000, di cui un terzo ignora di esserlo.

L'efficacia delle campagne di prevenzione

Il diabete di tipo 2 fa parte delle malattie dette «di civilizzazione», rappresenta più del 90% dei casi di diabete e spesso resta a lungo non diagnosticato. Non è raro che la malattia sia scoperta dopo gravi episodi come infarti del miocardio, disturbi alla vista, insufficienza renale, ecc.

La campagna sul diabete condotta nella Svizzera italiana lo scorso ottobre voleva aiutare la popolazione a prendere coscienza del fatto che:

- → il diabete del tipo 2 è una malattia frequente, pericolosa, ancora troppo ignorata, con una tendenza all'aumento dei casi e numerosi pazienti non ancora diagnosticati
- → se si è affetti da diabete è possibile migliorare il proprio stato di salute con un cambiamento di abitudini.
- → l'équipe di farmacia ha dimostrato di saper eseguire misurazioni precise e di saper dare consigli competenti
- → la farmacia ha giocato ottimamente il suo ruolo di polo d'attrazione: i clienti sono stati informati rapidamente e in modo semplice
- → molte organizzazioni hanno apportato il loro sostegno all'iniziativa: medici, società dei diabetici, assicuratori malattia e, naturalmente, farmacisti. La presenza mediatica è stata forte.

«Sicuro di non avere il diabete?»

La rete capillare delle farmacie della Svizzera italiana ha «filtrato» per un paio di settimane, nel novembre scorso, circa 8000 persone. Chi per caso, chi per curiosità, chi per qualche recondito timore, tanta gente ha approfittato dell'opportunità della campagna «Sicuro di non avere il diabete?». Per questo l'Ordine

dei Farmacisti e quello dei Medici del cantone Ticino si sono fatti parti diligenti nella campagna: una misurazione della glicemia, della pressione sanguigna e un breve colloquio in farmacia hanno costituito il test cui si sono sottoposte 8084 persone e a 283 di loro è stato caldamente raccomandato, sulla base di un valore di glicemia troppo elevato, di rivolgersi al proprio medico. Poiché 114 di queste persone erano già in cura diabetica (ma evidentemente qualcosa nella terapia non funzionava), 162 persone hanno scoperto proprio attraverso questa azione di aver bisogno di accertamenti clinici.

Le 174 farmacie che hanno aderito alla campagna hanno esposto in vetrina un invito a sottoporsi, gratuitamente, al test effettuato con un apparecchio per la misurazione del tasso glicemico. I farmacisti e le loro assistenti hanno compilato un formulario con una serie di dati (tra gli altri, età, peso, trattamento di eventuali malattie cardiovascolari, ipertensione, abitudini circa l'attività fisica): sulla scorta dell'analisi dei dati, nel 3.5% dei casi, come detto, è stato raccomandato di recarsi dal proprio medico. L'età media di quanti hanno approfittato della misurazione gratuita è stata di 57.4 anni; fra le persone inviate dal medico, il tabagismo (25.3%) e il rischio familiare (29.7%) sono risultati fattori di rischio poco significativi mentre il sovrappeso (71.5%), l'ipertensione (58.1%) e la scarsa attività (55.7%) si sono confermati fattori di rischio determinanti.

Diagnosi e prevenzione

In effetti l'attività di prevenzione delle complicanze del diabete mellito è fondata sulla diagnosi precoce che consente di curare meglio il diabetico, ridurre il rischio di danni diabetici agli organi e contenere gli oneri del sistema sanitario. Questa prevenzione necessita di poche regole elementari di comportamento: un'alimentazione sana ed equilibrata e un'attività fisica regolare di mezz'ora al giorno prima di tutto. In pratica, il diabetico deve essere costantemente motivato a sorvegliare il proprio peso e ad evitare la sedentarietà. Quando necessario, si farà uso anche delle svariate forme di farmacoterapia antidiabetica. ▮

Indirizzo di contatto
Ennio Balmelli
Portavoce dell'OFCT
Via Petrini 7
6900 Lugano
E-Mail: ebalmelli@ticino.com



La fin annoncée des tours d'ivoire et des prés carrés

Actuellement, la situation des patients me fait penser au parcours de la boule métallique dans un flipper. Tantôt elle est renvoyée violemment dans n'importe quel sens, tantôt elle est avalée tout rond, mais son parcours dans le système de santé est complètement livré au hasard de ses rencontres.
Prenons par exemple le fossé artificiel qui subsiste entre les traitements stationnaires et ambulatoires. La distinction est due au fait que les payeurs sont différents. Pire: les décideurs ne sont pas identiques. Le patient par contre, reste le même …
Le malade traité en ambulatoire qui passe par l'hôpital à cause d'une aggravation subite se voit changer tous ses médicaments. A la sortie, le pharmacien d'officine fournira les traitements prescrits par l'hôpital, mais peu de temps après, le médecin de ville ayant pris le relais devra adapter tout ou partie du traitement aux conditions ambulatoires.
Le patient passe d'une tour d'ivoire, d'un pré carré à l'autre. Sous prétexte de protection des données, on se lance le patient comme une boule de flipper. Mais lui a-t-on demandé son avis? D'une part une telle débauche de soins, d'actes techniques, d'énergie et de temps n'est plus payable. D'autre part, ce manque de coordination est responsable de nombreuses erreurs médicales aux conséquences impossibles à chiffrer, et parfois irréversibles pour le patient.
Face à ce constat, la Société suisse des pharmaciens – pharmaSuisse – s'engage à trois niveaux :

→ elle investit dans un projet de recherche du Prof. P. Bonnabry pour améliorer l'interface entre pharmacie hospitalière et pharmacie d'officine publique à Genève.
→ elle s'engage avec Ofac à développer pour les professionnels de la santé les instruments informatiques permettant une transmission fluide des informations nécessaires pour soigner efficacement et en toute sécurité, avec l'accord du patient.
→ elle construit avec tous les acteurs clairvoyants une nouvelle base de relation et de partage du travail, où on ne rejette pas la faute sur les autres par le truchement de grands titres dans les médias, mais où on construit le système de demain, lentement mais sûrement, dans le respect mutuel nécessaire.

Les tours d'ivoire et prés carrés laisseront la place à des réseaux interdisciplinaires offrant tous les soins intégrés au niveau régional. Nous travaillons à construire un tissu de professionnels engagés par une charte de qualité, qui jouiront de la pleine confiance des patients et permettront une vraie transparence des coûts.
Pour réussir une telle construction, il faut fuir les grandes polémiques et prendre ce qu'il y a de bon dans chaque partenaire. Les pharmaciens suisses obtiennent toujours des scores de confiance maximaux lors d'enquêtes auprès du public. Ce n'est pas un hasard: ils satisfont 300 000 demandes concrètes du public chaque jour. Leur succès n'est pas éphémère, comme celui que promettent et détruisent aussitôt les médias …

Dominique Jordan

Das Ende der Elfenbeintürme und Machtbereiche

Die aktuelle Situation der Patienten erinnert mich an eine Flipperkugel. Die Metallkugel wird willkürlich in jede Richtung geschleudert oder verschwindet im tiefen Schlund der Maschine. Im Gesundheitssystem aber ist ihr Lauf den einzelnen Begegnungen ausgeliefert.
Nehmen wir zum Beispiel den Graben zwischen stationären und ambulanten Behandlungen. Der einzige Unterschied liegt darin, dass verschiedene Stellen bezahlen. Schlimmer noch: Die Entscheidungsträger sind nicht identisch. Der Patient aber bleibt immer der gleiche…
Ein ambulant behandelter Patient, der wegen einer plötzlichen Verschlimmerung seines Zustandes ins Spital geht, erhält dort andere Medikamente. Nach seiner Entlassung gibt ihm der Apotheker die vom Spital verschriebenen Medikamente. Später aber passt der Hausarzt die Behandlung an die ambulanten Bedingungen an. Der Patient wird von einem Elfenbeinturm, von einem Machtbereich zum anderen weitergereicht. Unter dem Vorwand des Datenschutzes spielt man sich den Patienten zu wie eine Flipperkugel, ohne ihn nach seiner Meinung zu fragen. Eine solche Verschwendung von Pflege, technischen Vorgängen, von Zeit und Energie ist einerseits nicht mehr zahlbar. Andererseits ist diese mangelnde Koordination für zahlreiche medizinische Fehler mit nicht bezifferbaren und für den Patienten teilweise nicht wieder gut zu machenden Folgen verantwortlich.
Angesichts dieser Feststellung engagiert sich der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse auf drei Ebenen:

→ Er investiert in ein Forschungsprojekt von Prof. P. Bonnabry zur Verbesserung der Schnittstelle zwischen der Spital- und Offizinapotheke in Genf.
→ Er arbeitet mit Ofac an der Entwicklung von Informatikmitteln für Fachleute, die eine reibungslose Übermittlung der zur effizienten und sicheren Pflege notwendigen Informationen im Einverständnis mit dem Patienten erlauben.
→ Er erstellt zusammen mit den visionären Akteuren eine neue Arbeitsteilungsbasis, bei der der Fehler nicht in den Medien anderen zugeschoben wird, sondern die sich als System der Zukunft auf den notwendigen gegenseitigen Respekt stützt.

Die Elfenbeintürme und Machtbereiche werden interdisziplinären Netzen Platz machen müssen, die auf regionaler Ebene alle integrierten Pflegebehandlungen bieten. Wir arbeiten am Aufbau eines Netzwerks, in dem sich Fachleute über eine Qualitätscharta engagieren und so das volle Vertrauen der Patienten geniessen und echte Kostentransparenz gewährleisten.
Damit dieses Netzwerk Erfolg hat, müssen wir Polemik vermeiden und das Gute in jeder Partnerschaft finden. Die Schweizer Apotheker erhalten bei öffentlichen Umfragen stets maximale Vertrauensbeweise. Das ist kein Zufall: Sie erledigen täglich 300 000 konkrete Anfragen zur vollen Zufriedenheit. Und dieser Erfolg ist nicht so kurzlebig wie jener, den die Medien kurz aufbauen, um ihn gleich wieder zu zerstören …

Dominique Jordan

Fumer nuit – également au cœur

Christa Rüedi

Fumer est mauvais non seulement pour les poumons mais aussi pour le système cardiovasculaire. Chez l'homme comme chez la femme, le fait de fumer seulement une à quatre cigarettes par jour augmente le risque d'arrêt cardiaque, comme l'a démontré une étude de longue durée norvégienne qui a porté sur plus de 42 000 personnes.

C'est pourquoi un arrêt du tabagisme est vivement recommandé à tous les fumeurs. Le tabagisme, étant une addiction, beaucoup de fumeurs ont du mal à s'arrêter, ils ont besoin d'être soutenus sous une forme ou sous une autre. Les personnes intéressées peuvent s'adresser à leur pharmacie ou participer au concours national pour arrêter de fumer organisé à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac du 31 mai 2009.

Des risques pour les hommes …

Une équipe de chercheurs coréens a étudié pendant dix ans la survenance d'un infarctus du myocarde et d'une attaque cérébrale chez plus de 475 000 hommes entre 30 et 58 ans. On a observé chez les hommes qui avaient arrêté de fumer 57 pour cent d'infarctus du myocarde en moins et 34 pour cent d'attaques cérébrales en moins que chez ceux qui avaient continué de fumer vingt cigarettes par jour ou plus. Et que le seul fait de réduire la consommation quotidienne ne diminuait pas les risques de manière significative. [1]

… et pour les femmes

En plus des risques pour les poumons et le cœur, le tabagisme a aussi des effets spécifiques au sexe. D'après la Fondation suisse de cardiologie, chez les femmes qui prennent la pilule, le risque de thrombose dès l'âge de 35 ans est au moins 20 fois plus élevé que chez les non-fumeuses du même âge.

Les femmes qui fument ont plus de mal à tomber enceintes et un risque accru d'infertilité. Au cours de la grossesse, les complications sont plus fréquentes chez les fumeuses de même que les fausses couches et les naissances prématurées. Les fumeuses ont souvent des bébés d'un poids moins élevé à la naissance. Et fumer pendant la grossesse augmente le risque de mort subite du nouveau-né. Enfin, les fumeuses ont un risque accru de cancer de l'utérus et après la ménopause, une densité osseuse inférieure à celle des non-fumeuses. [2] ∎

5000 francs à gagner

Comme chaque année, la Fondation suisse de cardiologie, la Ligue suisse contre le cancer et l'Association suisse pour la prévention du tabagisme organisent en collaboration avec d'autres organisations partenaires, dont pharmaSuisse, un concours pour arrêter de fumer à l'occasion de la «Journée mondiale sans tabac». Ce concours est ouvert à tous les fumeurs et à toutes les fumeuses qui s'engagent à arrêter de fumer entre le 4 juin et le 3 juillet 2009. Les participants au concours seront accompagnés par un «parrain» ou une «marraine», qui devront témoigner par écrit à la fin de cette période de l'arrêt du tabagisme. Participer en vaut largement la peine: le concours est doté d'un prix d'une valeur de 5000 francs et de dix prix de 500 francs chacun. Dix prix de 100 francs seront également tirés au sort parmi les parrains et marraines.

La carte d'inscription peut être téléchargée en ligne sur www.at-suisse.ch ou demandée par téléphone auprès de l'Association suisse pour la prévention du tabagisme au numéro 031 599 10 20. Date limite d'inscription: le 4 juin 2009.

Adresse de correspondance
Christa Rüedi, rédactrice en cheffe du pharmaJournal
E-mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Références

[1] Association suisse pour la prévention du tabagisme et Yun-Mi Song et al., Risk of Stroke and Myocardial Infarction After Reduction or Cessation of Cigarette Smoking. A Cohort Study in Korean Men, in: Stroke 2008; 39: 2432–2438 http://stroke.ahajournals.org. K. Bjartveit and A. Tverdal, Health consequences of smoking 1–4 cigarettes per day, in: Tobacco Control 2005; 14: 315–320. doi: 10.1136/tc.2005.011932 www.tobaccocontrol.com.

[2] Association suisse pour la prévention du tabagisme et 2001 Surgeon General's Report – Women and Smoking, www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2001/index.htm.

Kampagne «Sicuro di non avere il diabete?»

Ergebnisse der Blutzuckertest-Kampagne in den Apotheken des Kantons Tessin

Ennio Balmelli

Rein statistisch gesehen gibt es im Tessin einige Tausend Diabetiker, die nichts von ihrer Erkrankung wissen. Diese sollten im Rahmen der vom 10. bis zum 22. November 2008 durchgeführten Apotheken-Kampagne über ihren Zustand in Kenntnis gesetzt und angemessen über die Krankheit aufgeklärt werden.

Charakteristisch für den Diabetes mellitus sind krankhaft hohe Blutzuckerkonzentrationen (Hyperglykämie), die für den Körper schädlich sind und zu unterschiedlichsten Komplikationen führen können. Erhöhte Blutzuckerwerte können ganz unterschiedliche Ursachen haben. Dem Typ-1-Diabetes, der in der Regel im Kinder-, Jugend- oder jungen Erwachsenenalter auftritt, liegt ein Mangel an Insulin zugrunde – dem Hormon, das die Menge an Zucker im Blut und in den Geweben reguliert. Daher müssen Typ-1-Diabetiker lebenslang Insulin spritzen. Vom Typ-2-Diabetes sind dagegen hauptsächlich Erwachsene und ältere Menschen betroffen. Bei dieser Form der Erkrankung reagiert der Körper nicht angemessen auf die normalen Insulinsignale. Die Behandlung basiert auf entsprechenden diätetischen Massnahmen, regelmässiger körperlicher Aktivität und gegebenenfalls Tabletten; in bestimmten Fällen muss auch hier auf die Insulintherapie zurückgegriffen werden. Mit der Kampagne «Sicuro di non avere il diabete?» sollte die Bevölkerung insbesondere für das Risiko von Typ-2-Diabetes sensibilisiert werden.

Daten und Fakten

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation WHO sind rund 177 Millionen Menschen weltweit von Diabetes betroffen. Diese Zahl wird sich voraussichtlich bis 2025 verdoppeln, insbesondere in den Entwicklungsländern. Während in den Industrieländ-

dern Diabetes-Patienten in der Regel über 65 Jahre alt sind, ist in den Entwicklungsländern vor allem die Altersgruppe zwischen 45 und 64 Jahren betroffen – Menschen im produktivsten Lebensabschnitt also. Laut Informationen der International Diabetes Federation sind die fünf Länder mit der höchsten Zahl an Diabetikern Indien (32,7 Millionen), China (22,6 Millionen), die Vereinigten Staaten (15,3 Millionen), Pakistan (8,8 Millionen) und Japan (7,1 Millionen); in Europa beläuft sich die Zahl der Diabetiker auf 53 Millionen. Obwohl Diabetes in den meisten wohlhabenden Ländern die vierthäufigste Todesursache darstellt, wissen 50%, in manchen Ländern sogar bis zu 80% der Betroffenen nicht, dass sie an der Krankheit leiden.

In der Schweiz sind ca. 250 000 bis 300 000 Menschen von Diabetes betroffen. Laut einer Studie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin in Zürich werden jedes Jahr 20 000 Neuerkrankungen verzeichnet. Wenn man davon ausgeht, dass nur ungefähr die Hälfte der Fälle diagnostiziert wird, müsste es in der Schweiz mehr als eine halbe Million Diabetes-Patienten geben.

Die durch Diabetes bedingten Gesundheitskosten belaufen sich in der Schweiz auf über eine Milliarde Franken jährlich; im Tessin entfällt einer von zehn im Gesundheitsbereich ausgegebenen Franken auf die Kosten dieser Erkrankung. Im Tessin leben ungefähr 12 000 bis 15 000 Diabetiker, von denen ein Drittel nichts von der Erkrankung weiss.

Wirksamkeit von Präventionskampagnen

Der Typ-2-Diabetes gehört zu den so genannten «Zivilisationskrankheiten». Er ist für mehr als 90% aller Diabetesfälle verantwortlich und wird häufig erst spät diagnostiziert. Oft wird die Krankheit nach schwerwiegenden Ereignissen wie Herzinfarkt, Sehstörungen, Niereninsuffizienz oder Ähnlichem entdeckt.

Mit der Diabetes-Kampagne in der italienischen Schweiz von vergangenem November wollte man der Bevölkerung folgende Punkte ins Bewusstsein rufen:

- → Typ-2-Diabetes ist eine häufige, gefährliche, immer noch zu wenig beachtete Erkrankung, die bei tendenziell steigenden Patientenzahlen stark unterdiagnostiziert ist.
- → Diabetes-Patienten können durch Änderungen der Lebensweise ihren Gesundheitszustand günstig beeinflussen.
- → Die Mitarbeiter der Apotheke haben gezeigt, dass sie präzise Messungen vornehmen und kompetente Ratschläge erteilen können.
- → Die Apotheke hat sich in ihrer Rolle als wichtige Anlaufstelle hervorragend bewährt: Die Kunden wurden rasch und unkompliziert aufgeklärt.
- → Viele Organisationen haben die Initiative unterstützt: Ärzte, Diabetiker-Verbände, Krankenversicherer und natürlich die Apotheker. Die Kampagne erreichte eine hohe Medienpräsenz.

«Sicuro di non avere il diabete?»

Über das Apothekennetz im italienischsprachigen Teil der Schweiz konnten im Zeitraum von ein paar Wochen rund 8000 Personen erreicht werden. Ob per Zufall, aus Neugier oder aufgrund heimlicher Bedenken – viele Menschen haben die Gelegenheit im Rahmen der Kampagne «Sicuro di non avere il diabete?» genutzt. Insgesamt unterzogen sich 8084 Personen dem Test, bestehend aus einer Blutzuckerkontrolle, einer Blutdruckmessung und einem kurzen Gespräch mit dem Apothekenpersonal; 283 dieser Testteilnehmer wurde wegen eines zu hohen Blutzuckerspiegels dringend empfohlen, sich an den Hausarzt zu wenden. Davon wiederum befanden sich 114 bereits in antidiabetischer Behandlung, waren aber offensichtlich nicht hinreichend kontrolliert. Somit wurde bei den verbleibenden 162 Personen dank dieser Aktion erstmals ein klinischer Abklärungsbedarf festgestellt.

Die 174 Apotheken, die sich an der Kampagne beteiligten, stellten im Schaufenster eine Einladung zur kostenlosen Messung des Blutzuckerspiegels aus. Die Apotheker und ihre Mitarbeiter erfassten anhand eines Formulars eine Reihe von Angaben (unter anderem zu Alter, Gewicht, Behandlung etwaiger Herz-Kreislauf-Leiden, Bluthochdruck, körperlicher Aktivität). Auf der Grundlage der ausgewerteten Daten wurde in 3,5% der Fälle ein Arztbesuch empfohlen. Die Personen, die sich der kostenlosen Blutzuckermessung unterzogen haben, waren durchschnittlich 57,4 Jahre alt; bei den Personen, denen ein Arztbesuch angeraten wurde, erwiesen sich Rauchen (25,3%) und familiäre Häufung (29,7%) als Risikofaktoren von untergeordneter Bedeutung, wohingegen sich Übergewicht (71,5%), Bluthochdruck (58,1%) und Bewegungsmangel (55,7%) als die entscheidenden Risikofaktoren herauskristallisierten.

Diagnose und Prävention

Die Prävention von Diabeteskomplikationen basiert auf der Früherkennung, die eine bessere Behandlung, eine Risikosenkung im Hinblick auf diabetische Organschäden sowie eine Eindämmung der Gesundheitskosten ermöglicht. Für die Prävention sind einige grundsätzliche Verhaltensregeln zu beachten: eine gesunde, ausgewogene Ernährung und regelmässige körperliche Aktivität, ca. eine halbe Stunde täglich. In der Praxis heisst das, der Diabetes-Patient muss kontinuierlich motiviert werden, auf sein Gewicht zu achten und eine sitzende Lebensweise zu vermeiden. Bei Bedarf kommen darüber hinaus auch verschiedene antidiabetische Arzneimittel in Frage. ▮

Korrespondenzadresse
Ennio Balmelli
Sprecher des OFCT
Via Petrini 7, 6900 Lugano
E-Mail: ebalmelli@ticino.com

Sunitinib: ein Krebsmittel im Offizinalltag

Corinne Grossenbacher, Ruth Häni, Nadja Stohler, Cristina Cerise

Mit der Entwicklung oraler Onkologika ist der Apotheker mehr und mehr mit einer Patientengruppe konfrontiert, die sonst mehrheitlich in den Spitälern und Ambulatorien betreut wird. Für den Offizinapotheker bedeutet dies eine Chance, sich aktiv an der interdisziplinären Betreuung von Tumorpatienten zu beteiligen. Der Umgang mit dem onkologischen Patienten und dessen Therapie ist häufig sehr komplex. Der folgende Artikel fokussiert den oral zu verabreichenden Multitargeted Tyrosinkinase-Inhibitor Sunitinib, der als Alternativtherapie zu Imatinib bei gastrointestinalen Stromatumoren (GIST) und beim Nierenzellkarzinom zum Einsatz kommt. Er soll dem Offizinapotheker die nötige Hintergrundinformation zur optimalen Betreuung des onkologischen Patienten in der Apotheke liefern.

Als gastrointestinale Stromatumoren (GIST) werden seltene, meist bösartige Weichteiltumore (Sarkome) des Magen-Darm-Traktes bezeichnet. Sie treten am häufigsten im Bereich des Magens auf und verursachen unspezifische Beschwerden wie Schmerzen, Übelkeit, Verstopfung [2,8]. Die aktuelle Inzidenz in Europa liegt bei 20/10^6 Personen/Jahr [19], wobei v.a. Erwachsene über 50 Jahre betroffen sind [8]. Mindestens die Hälfte der Patienten entwickelt Metastasen, mehrheitlich in der Leber und/oder in der Bauchhöhle [2].

Das Nierenzellkarzinom ist der häufigste bösartige Tumor des Nierenparenchyms (Adenokarzinom), wobei Männer etwa doppelt so häufig erkranken wie Frauen [8]. Es ist besonders resistent gegenüber einer Chemotherapie, was sich bei einem fortgeschrittenen Nierenzellkarzinom in einer Zwei-Jahres-Überlebensrate von weniger als 20 Prozent äussert [18].

Steckbrief

Handelsname:	Sutent® Kapseln [1]
Indikation:	Fortgeschrittenes und/oder metastasierendes Nierenzellkarzinom, maligne gastrointestinale Stromatumoren (GIST) als Zweitlinientherapie bei Resistenz oder Intoleranz auf Imatinib (Glivec®) [1,8].
Stoffklasse:	Antineoplastische Mittel, Multitargeted Tyrosinkinase-Hemmer [1] (ATC L01XE04)
Dosierung:	Die normale Dosierung beträgt 1-mal 50mg/Tag während 4 Wochen, dann 2 Wochen Pause [1,6]. Sutent® kann mit oder ohne Nahrung eingenommen werden. Bei Patienten mit einer Kreatininclearance >50 ml/min ist keine Dosisanpassung erforderlich [1]. Vorsicht bei schwerer Leberfunktionsstörung und Niereninsuffizienz (siehe Kompendium).
Wichtigste UAW:	→ Kutane UAW: gelbe, reversible Hautverfärbung [29%], Hand-Fuss-Syndrom [17%], Hautausschläge [17%] , Veränderung der Haarfarbe [12%] und Alopezie [6%]) [8,16] → GIT (Diarrhöe [54%]; Übelkeit [36%]; Geschmacksstörungen [28%], Erbrechen [22%]; Stomatitis [27%], Dyspepsie [24%]) [8] → Kardiovaskulär (arterielle Hypertonie [16%][3,6,8,10], Verringerung der linksventrikulären Ejektionsfraktion [2–4%] [3,6,8], Epistaxis [8%], [8,10], Lungenembolien [1%]), Verlängerung des QT-Intervalls [8] → Anämien [13%], Leukopenie [8%], Neutropenien [11%], Thrombozytopenie [11%] [3,6,8,10] → Andere: Müdigkeit [49%], Kopfschmerzen [12%], Anorexie [22%], primäre Hypothyreose [4-7%] [4,6,8]
Interaktionen:	mit CYP3A4-Inhibitoren (z. B. Ketoconazol, Erythromycin, Grapefruit) und –Induktoren (z. B. Dexamethason, Rifampicin, Phenytoin) [1,6,8] und P-Glykoprotein-Inhibitoren [6]; Arzneistoffe, die eine QT-Verlängerung bewirken (Makrolide, Fluorchinolone, Neuroleptika usw.) [7,8,14]
Kosten:	6-wöchige Therapie (50 mg) CHF 7995.– (Stand 04/2009)

Pharmakologie

Zellen exprimieren auf ihrer Oberfläche Rezeptor-Tyrosinkinasen, d.h. an die Zellmembran gebundene Rezeptoren, deren intrazelluläre Domäne eine Enzymgruppe mit Tyrosinkinase-Aktivität enthält. Diese Rezeptoren sind u.a. am Zellwachstum beteiligt. Aufgrund spezifischer Genmutationen in bestimmten Zellen des Magen-Darm-Trakts und der Nieren sind diese Tyrosinkinasen dauerhaft aktiv, was zu einem unkontrollierten Zellwachstum führt [2,15,17]. Sunitinib hemmt die Tyrosinkinasen verschiedener Rezeptoren, die mit dem Tumorwachstum, der pathologischen Angiogenese und der Entwicklung von Metastasen bei Krebserkrankungen in Verbindung gebracht werden [6].

Mit Imatinib steht bereits ein Tyrosinkinase-Hemmer mit ähnlichem Wirkungsmechanismus zur Verfügung, der bei Patienten mit fortgeschrittenen bzw. metastasierten GIST zugelassen ist [2].

Platz in der Therapie (klinische Studien)

GIST – Gastrointestinale Stromatumore

Imatinib wirkt initial bei ca. 80 bis 90 Prozent der GIST-Patienten. Allerdings kommt es nach ca. zwei bis drei Jahren bei vielen, meist aufgrund neu auftretender Mutationen, zu einer sekundären Resistenz, so dass sich dann die Frage nach einer weiteren Therapie stellt [2].

Die Wirksamkeit von Sunitinib bei GIST wurde in einer placebokontrollierten Studie als Zweitlinientherapie bei Unverträglichkeit auf Imatinib bzw. bei fehlgeschlagener Behandlung mit Imatinib untersucht [2,5,8,13]. Nach zwei Jahren wurde die Studie aufgrund der überaus positiven Effekte von Sunitinib im Vergleich zu Placebo vorzeitig beendet [2,5,8,13].

Zusammengefasst: Aufgrund mangelnder Alternativen und trotz schwacher

Das Wichtigste in Kürze:

→ Sunitinib ist ein Wirkstoff, der beim fortgeschrittenen und/oder metastasierenden Nierenzellkarzinom und bei GIST als Zweitlinientherapie bei Resistenz oder Intoleranz auf Imatinib eingesetzt wird [1,8].

→ Die klinischen Resultate sprechen für den Einsatz von Sunitinib bei GIST bei Resistenz oder Intoleranz auf Imatinib. Um seine Wirksamkeit zu bestätigen werden weitere randomisierte kontrollierte Studien benötigt (z. B. Sunitinib im Vergleich mit höher dosiertem Imatinib) [2,8].

→ Für die Behandlung des Nierenzellkarzinoms als Erstlinientherapie werden detailliertere Daten zur Überlebensdauer vs. Interferon-alfa benötigt [8].

→ Die UAW von Sunitinib sind denen des Imatinib ähnlich [8], jedoch scheinen bei Sunitinib spezifische toxische Effekte z. B. gegenüber Schilddrüse oder Herz hinzuzukommen [6].

→ Sehr kostspielige Therapie (sechswöchige Therapie: CHF 7995.– [1]).

→ Wichtige Patienteninformationen bei der Abgabe von Sutent® durch den Apotheker:

- Das Datum des Therapiebeginns und die Therapiedauer müssen dem Patienten klar erklärt werden.
- Auf UAW achten (gelbliche Verfärbung der Haut, GIT-Störungen, Müdigkeit etc.); Hilfsmittel: Sutent®-Tagebuch führen.
- Die Kapseln sollen nicht gelutscht, zerbissen oder gekaut und auch nicht geöffnet werden.
- Nicht mehr benötigte Kapseln sollen zur Entsorgung in die Apotheke zurückgebracht werden.

(aber bisher positiver) Datenlage wird Sunitinib als Zweitlinientherapie bei GIST bei fehlgeschlagener Behandlung mit Imatinib eingesetzt.

Fortgeschrittenes und/oder metastasierendes Nierenzellkarzinom

Die Wirkung von Sunitinib wurde beim fortgeschrittenen und/oder metastasierenden Nierenzellkarzinom mit derjenigen von Interferon-alfa (der Standardtherapie bei dieser Krebsart) verglichen. Die Zeitspanne bis zum Fortschreiten der Krebserkrankung war mit Sunitinib signifikant länger als mit Interferon-alfa (11 vs. 5 Monate) [8,12]. Aussagen zur Mortalität können zum heutigen Zeitpunkt nicht gemacht werden [8].

In zwei nicht komparativen Studien erreichte Sunitinib auch in der Zweitlinientherapie bei 25 bis 44 Prozent der Patienten mit Versagen einer Interferon-alfa oder Interleukin-2-Therapie Teilremissionen. Die progressionsfreie Überlebenszeit betrug zwischen acht und neun Monate [8,11].

Zusammengefasst: Für einen Einsatz von Sunitinib als Erstlinientherapie beim Nierenzellkarzinom sollten Resultate zur Überlebensdauer abgewartet werden [8].

Spezifische UAW

Eine Hypothyreose tritt bei der Einnahme von Sunitinib häufiger auf als bei der Einnahme von Imatinib [8]. Unter einer Sunitinib-Therapie muss die Schilddrüsenfunktion vor und während der Behandlung überprüft [1] und gegebenenfalls muss L-Thyroxin substituiert werden [4].

Sunitinib besitzt ein deutlich kardiotoxisches Potenzial. Insbesondere Personen mit vorbestehender Herzkrankheit oder Hypertonie scheinen anfällig für kardiale Ereignisse zu sein [5,8]; möglicherweise wird das Risiko auch durch eine vorausgegangene onkologischen Therapie mit Anthrazyklinen (z. B. Doxorubicin, Mitoxantron) erhöht [5]. Da es unter Sunitinib zu einer Verringerung der linksventrikulären Ejektionsfraktion kommen kann, ist ein regelmässiges Monitoring wichtig [3,6,8].

Umgang mit Patienten unter Sunitinib in der Apotheke

Die Rezeptvalidierung bei der Verschreibung von Sunitinib kann in Anbetracht seiner Toxizität, des oft reduzierten Allgemeinzustandes der Patienten und des manchmal grossen Umfangs der Begleitmedikation eine gewisse Komplexität aufweisen [7]. Folgende Punkte müssen dabei beachtet werden [7]:

→ Validierung der Dosis (fixe Dosis, weder nach Körpergewicht, noch -oberfläche berechnet)

→ Datum des Therapiebeginns und Therapiedauer (zyklisch: meist 28 Tage Sunitinib, gefolgt von 14 Tagen Pause)

Dem Patienten sollten folgende Hinweise mit auf den Weg gegeben werden:

→ Die Kapseln sollen nicht gelutscht, zerbissen oder gekaut und auch nicht geöffnet werden [1].

→ Bei Erbrechen darf eine erneute Dosis nur nach Absprache mit dem Arzt eingenommen werden.

→ Aufklärung über die wichtigsten UAW (siehe oben; z. B. Müdigkeit, Erbrechen, reversible Gelbfärbung der Haut, usw.)

→ Führen eines «Sutent®-Tagebuches» (Kontrolle über Tabletteneinnahme, Bemerkungen, UAWs usw.)

→ Wichtigkeit der täglichen Einnahme (Compliance).

→ Bei Raumtemperatur (15–25 °C) und ausserhalb der Reichweite von Kindern lagern.

→ Evtl. nicht mehr benötigte Kapseln sollen in die Apotheke zurückgebracht und fachgerecht gemäss SUVA-Richtlinien für die Entsorgung von Zytostatika entsorgt werden. ∎

Quellen

[1] Arzneimittel-Kompendium der Schweiz 2009
[2] Arzneimittelbrief 2007; 41: 53–54
[3] Arzneimittelbrief 2008; 42: 01
[4] Arzneimittelbrief 2006; 40: 95–96
[5] The Lancet 2007; 370: 2011–2019
[6] pharma-kritik 2007; 28 (10)
[7] pharmActuel 2008 (2): Orale Onkologika und die Betreuung des Krebspatienten in der Apotheke
[8] Rev Prescrire 2007; 27 (283): 328–331
[9] Roche Lexikon Medizin, 5.Auflage 2003
[10] EMEA 2007: «European Public Assessment Report – Sutent – Scientific discussion»
[11] JAMA 2006; 295 (21): 2516–2524
[12] N Engl J Med 2007; 356 (2): 115–124
[13] The Lancet 2006; 368:1329–1338
[14] Martindale «The complete drug reference», online, 02/2009
[15] http://www.cancer.org/docroot/CRI/
[16] CUAJ 2007: Volume 1 (2) Suppl: http://www.cua.org/cuaj-jauc/vol1-no2_supplement/supp-review-5.pdf
[17] Clinical Cancer Research 2004; 10: 6371s–6376s (Suppl.)
[18] http://www.medknowledge.de/neu/2005/IV-2005-48-sunitinib.htm [cited Mai 2009]
[19] Rev Med Suisse 2008; 4 (163): 1567–1570

Korrespondenzadresse

Ruth Häni, Apothekerin pharmaSuisse
E-Mail: ruth.haeni@pharmasuisse.org

Abkürzungen

GIT Gastrointestinaltrakt
GIST gastrointestinale Stromatumoren
UAW Unerwünschte Arzneimittelwirkungen

Begriffe

Das Hand-Fuss-Syndrom ist eine erythematöse Hautveränderung an den Handinnenflächen und an den Fusssohlen, welche insbesondere als Folge einer zytostatischen Chemotherapie auftritt.

Sunitinib: un anticancéreux à l'officine

Corinne Grossenbacher, Ruth Häni, Nadja Stohler, Cristina Cerise

Avec le développement de médicaments anticancéreux oraux, le pharmacien d'officine est de plus en plus confronté à un groupe de patients qui était jusque là suivi dans des hôpitaux et services ambulatoires. Il a l'opportunité de participer activement au suivi interdisciplinaire des patients cancéreux. L'approche des patients oncologiques et de leur thérapie est souvent très complexe. L'article suivant est consacré au sunitinib, un inhibiteur de tyrosine kinases à administration orale. Il s'agit d'une alternative à l'imatinib dans le traitement des tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) et du carcinome rénal. L'objectif est de fournir au pharmacien d'officine les informations de base nécessaires pour le suivi optimal du patient oncologique à la pharmacie.

Les tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) sont des tumeurs des parties molles (sarcomes) rares et généralement malignes du tractus gastro-intestinal (TGI). On les retrouve le plus souvent dans la région de l'estomac, et elles provoquent des troubles non spécifiques tels que douleurs, nausées, constipation [2,8]. L'incidence actuelle en Europe est de 20/10^6 personnes/année [19], sachant que les adultes de plus de 50 ans sont les plus touchés [8]. Au moins la moitié des patients développe des métastases, principalement dans le foie et/ou dans la cavité abdominale [2].

Le carcinome rénal est la tumeur maligne la plus fréquente du parenchyme rénal (adénocarcinome) et touche environ deux fois plus d'hommes que de femmes [8]. Il est particulièrement résistant à une chimiothérapie, ce qui se traduit, dans le cas d'un carcinome rénal avancé, par un taux de survie à deux ans de moins de 20% [18].

Fiche signalétique

Nom commercial:	Sutent® capsules [1]
Indication:	Carcinome rénal avancé et/ou métastatique, tumeurs stromales gastro-intestinales malignes (GIST) en traitement de seconde intention en cas de résistance ou d'intolérance à l'imatinib (Glivec®) [1,8].
Groupe de substances:	Agent antinéoplastique, inhibiteur multicible de tyrosine kinase [1] (ATC L01XE04)
Dosage:	Le dosage normal est de 50 mg une fois par jour pendant 4 semaines, suivi d'une pause de 2 semaines [1,6]. Sutent® peut être pris avec ou sans alimentation. Chez les patients dont la clairance de la créatinine est >50 ml/min, il n'est pas nécessaire d'ajuster le dosage [1]. Prudence en cas de troubles hépatiques sévères et d'insuffisance rénale (voir compendium).
Principaux effets indésirables:	→ Peau: coloration jaune réversible de la peau [29%], syndrome main-pied* [17%], éruptions cutanées [17%] , décoloration capillaire [12%] et alopécie [6%]) [8,16] → TGI (diarrhée [54%]; nausées [36%]; troubles du goût [28%], vomissements [22%]; stomatite [27%], dyspepsie [24%]) [8] → Système cardiovasculaire (hypertension artérielle [16%] [1,3,3,6], diminution de la fraction d'éjection du ventricule gauche [2–4%] [3,6,8], épistaxis [8%], [8,10], embolies pulmonaires [1%]), allongement de l'intervalle QT [8] → Anémies [13%], leucopénie [8%], neutropénies [11%], thrombocytopénie [11%] [3,6,8,10] → Autres: fatigue [49%], céphalées [12%], anorexie [22%], hypothyroïdie primaire [4–7%] [4,6,8]
Interactions:	avec des inhibiteurs CYP3A4 (par exemple kétoconazole, érythromycine, grapefruit), des inducteurs CYP3A4 (par exemple dexaméthasone, rifampicine, phénytoïne) [1,6,8] et des inhibiteurs de la P-glycoprotéine [6]; substances médicamenteuses entraînant un allongement de l'intervalle QT (macrolides, fluorquinolones, neuroleptiques, etc.) [7,8,14]
Coût:	6 semaines de traitement à sang (50 mg): CHF 7995.– (état 04/2009)

Pharmacologie

Des cellules expriment à leur surface des récepteurs de tyrosine kinases, c'est-à-dire des récepteurs reliés à la membrane cellulaire, dont le domaine intracellulaire contient un groupe d'enzymes à activité tyrosine kinase. Ces récepteurs participent entre autres à la croissance cellulaire. En raison de mutations génétiques spécifiques survenant dans certaines cellules du tractus gastro-intestinal et dans les reins, ces tyrosine kinases sont durablement actives, ce qui entraîne une croissance cellulaire non contrôlée [2,15,17]. Sunitinib inhibe les tyrosine kinases de différents récepteurs qui sont mis en relation avec la croissance tumorale, l'angiogenèse pathologique et le développement de métastases en cas de maladies cancéreuses [6].

Avec l'imatinib, on dispose déjà d'un inhibiteur de tyrosine kinase présentant un mécanisme d'action similaire et autorisé chez les patients atteints de GIST avancées et/ou métastasées [2].

Place dans le traitement (études cliniques)

GIST – tumeurs stromales gastro-intestinales

L'imatinib agit initialement chez environ 80 à 90% des patients atteints de GIST. Cependant, après deux ou trois ans environ, on relève chez un grand nombre de ces patients une résistance secondaire due à des

***Définitions**

Le syndrome main-pied est une modification cutanée érythémateuse observée sur la paume des mains et la plante des pieds, faisant suite notamment à une chimiothérapie cytostatique.

Messages à retenir:

→ Sunitinib est un principe actif utilisé dans le traitement du carcinome rénal avancé et/ou métastatique et des GIST, comme traitement de deuxième ligne en cas de résistance ou d'intolérance à l'imatinib [1,8].

→ Les résultats cliniques parlent en faveur de l'utilisation de sunitinib contre les GIST en cas de résistance ou d'intolérance à l'imatinib. Pour confirmer son efficacité, d'autres études contrôlées randomisées sont nécessaires (par exemple sunitinib en comparaison avec imatinib à plus haute dose) [2,8].

→ Pour le traitement du carcinome rénal en traitement de seconde intention, des données plus détaillées concernant la durée de survie par rapport à l'interféron alpha sont nécessaires [8].

→ Les effets indésirables de sunitinib sont identiques à ceux d'imatinib [8], mais il semble toutefois que sunitinib provoque en sus des effets toxiques spécifiques, par exemple au niveau de la thyroïde ou du cœur [6].

→ Traitement très coûteux (six semaines de traitement: CHF 7 995.– [1]).

→ Informations importantes pour les patients en cas d'administration de Sutent® par le pharmacien:

- la date de début du traitement et la durée de celui-ci doivent être clairement indiquées au patient;
- veiller aux effets indésirables (coloration jaune de la peau, troubles du TGI, fatigue, etc.); moyen auxiliaire: journal Sutent® ;
- les capsules ne doivent pas être sucées, croquées ou mâchées, ni être ouvertes;
- les capsules qui ne sont plus utilisées doivent être rapportées à la pharmacie en vue de leur élimination.

mutations nouvelles, si bien que la question d'un autre traitement se pose à ce moment-là [2].

L'efficacité du sunitinib en cas de GIST a été analysée dans le cadre d'une étude contrôlée contre placebo en traitement de deuxième ligne sur des sujets présentant une intolérance à l'imatinib ou après un échec avec l'imatinib [2,5,8,13]. Au bout de deux ans, l'étude a été interrompue précocement en raison des effets extrêmement positifs de sunitinib par rapport au placebo [2,5,8,13].

En résumé: en raison du manque d'alternatives et malgré un faible niveau de preuve, sunitinib est utilisé en traitement de deuxième ligne en cas de GIST lorsque le traitement à l'imatinib a échoué.

Carcinome rénal avancé et/ou métastatique

L'action de sunitinib a été comparée dans le cas d'un carcinome rénal avancé et/ou métastatique à celle de l'interféron alpha (le traitement standard dans ce type de cancer). Le laps de temps jusqu'au stade avancé de la maladie cancéreuse était nettement plus long avec sunitinib qu'avec l'interféron alpha (11 mois contre 5) [8,12]. Aucune conclusion sur la mortalité ne peut être tirée à l'heure actuelle [8].

Dans le cadre de deux études non comparatives, sunitinib a également permis d'atteindre, en traitement de deuxième ligne, des rémissions partielles chez 25 à 44% des patients en échec de traitement à l'interféron alpha ou à l'interleukine 2. La durée de survie sans progression était de huit à neuf mois [8,11].

En résumé: pour utiliser sunitinib en traitement de première ligne en cas de carcinome rénal, il faut attendre des résultats concernant la durée de survie [8].

Sources

Voir texte allemand

Effets indésirables spécifiques:

La prise de sunitinib entraîne plus fréquemment une hypothyroïdie que l'imatinib [8]. Dans le cas d'un traitement au sunitinib, la fonction thyroïdienne doit être contrôlée avant et pendant le traitement [1], et la L-thyroxine être éventuellement substituée [4].

Sunitinib présente un potentiel cardiotoxique très net. Les personnes souffrant d'une cardiopathie préexistante ou d'une hypertension semblent plus particulièrement sujettes aux incidents cardiaques [5,8]; il se peut que le risque soit également accru par un précédent traitement anticancéreux aux anthracyclines (par exemple doxorubicine, mitoxantrone) [5]. Etant donné que sunitinib peut entraîner une diminution de la fraction d'éjection du ventricule gauche, une surveillance régulière est importante [3,6,8].

Approche des patients sous sunitinib à la pharmacie

La validation de l'ordonnance lors de la prescription de sunitinib peut être relativement complexe [7] au vu de sa toxicité, de l'état général souvent diminué du patient et de la médication associée parfois très lourde. Les points suivants doivent être pris en compte lors de la validation de l'ordonnance de sunitinib [7]:

→ validation de la dose (dose fixe, calculée ni en fonction du poids corporel, ni de la surface corporelle).

→ date de début du traitement et la durée de celui-ci (cycle: généralement 28 jours de sunitinib, suivis de 14 jours de pause).

Concernant le traitement, le patient doit recevoir les indications suivantes:

→ les capsules ne doivent pas être sucées, croquées ou mâchées, ni être ouvertes [1];

→ en cas de vomissements, une nouvelle dose peut être prise uniquement avec l'accord du médecin;

→ informations sur les principaux effets indésirables (voir plus haut; par exemple fatigue, vomissements, coloration jaune réversible de la peau, etc.);

→ tenue d'un «journal Sutent®» (dates et contrôle de la prise des comprimés, remarques, telles que effets indésirables, etc.);

→ importance de la prise quotidienne (conformité);

→ à conserver à température ambiante (15–25° C) et hors de portée des enfants;

→ les capsules qui ne sont éventuellement plus utilisées doivent être rapportées à la pharmacie et éliminées conformément aux directives SUVA relatives à l'élimination des substances cytostatiques. ∎

Adresse de correspondance

Ruth Häni, pharmacienne pharmaSuisse

E-mail: ruth.haeni@pharmasuisse.org

Agenda 2009

Februar–Juli / février–juillet

14.2.–31.7. Lust, Leid & Wissen: Eine Geschichte der Syphilis und ihrer Therapie, Pharmazie-Historisches Museum Basel, Basel

Juni / juin

8. Umdasch Shop Concept-Forum, Aarau

9./10. pharmaSuisse: Delegiertenversammlung / Assemblée des délégués, Bern

17. Umdasch-Seminar: Ladendiebstahl LIVE!, Oberentfelden

18. Umdasch-Seminar: Umdasch Shop Concept-Forum, Lausanne

23.–24. Euroforum Jahrestagung «Arzneimittelversorgung im Umbruch», Zürich

24. Umdasch-Seminar: Mehr Ertrag auf gleicher Fläche, Oberentfelden

26. Tage der Genforschung: Führung: Gentechnisch veränderter Weizen, Zürich

27. Tage der Genforschung: Führung: Gentechnisch veränderter Weizen, Zürich

Juli/juillet

4.–11. Sportweltspiele, Costa Blanca

Den Veranstaltungskalender finden Sie auch auf www.pharmaSuisse.org unter Pharmazie&Fachpublikum → Beruf Apotheker → Fortbildung FPH/Weiterbildung FPH → Veranstaltungskalender
Le calendrier des manifestations se trouve également sur www.pharmasuisse.org, sous Pharmaciens&Politique → Profession pharmacien → Formation postgraduée/Formation continue → Calendrier des manifestations.

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH**

Manifestations reconnues par la FPH officine (O), hôpital (H) et homéopathique (HOM)

Date	O/H/ Hom	titre	organisateur	lieu	heure	informations	PC/ Module	numéro d'identification	prix
Mai									
30.05.	O/H	Dépression (étude de cas online)	pnn pharma nation network ag	www.online-academy.ch		Tél. 044 225 15 00 online-academy@pnn.ch	6.25	**1**-162-67-09-P6.25	abonnement annuel 180.–/année
Juin									
03.06.	O	Le Mélanone	ONP	La Chaux-de-Fonds	19.30–21.00	phie.winkler@bluewin.ch	12.5	**1**-41-4-09-P12.5	membres: 10.–, non membres: 30.–
03.06.	O	Forum drogues	SVPH	Sion	14.00–16.30	Tél. 027 458 28 68 svph.secretariat@bluewin.ch	16.5	**1**-33-49a-09-P16.5	gratuit
15.06.	O	EBM – un terme très à la mode	CAP	Morges	09.00–17.00	Tel. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	50	**1**-2-198-09-P50	Membres du CAP: 275.– Non-membres: 330.–
16.06.	O	Faites de votre pharmacie une référence (Module I)	CAP	Lugano	09.00–17.00	Tel. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	50	**3**-2-174-09-P50	Membres du CAP: 275.– Non-membres: 330.–
16.06.	O	Formation à l'encadrement, être à l'aise depuis le début (Module III)	SPA AG	Vevey	sur demande	Tél. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	50	**3**-7-7-09-P50	650.–
17.06.	O	Faites de votre pharmacie une référence (Module II)	CAP	Lugano	09.00–17.00	Tel. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	50	**3**-2-175-09-P50	Membres du CAP: 275.– Non-membres: 330.–
18.06.	O	Pharmacopées européenne et helvétique, des exigences légales à la pratique – Reprise	CAP	Lausanne	08.30–18.00	Tel. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	62.5	**1**-2-153-09-P62.5	Membres du CAP: 330.– Non-membres: 400.–
18.06.	O	Temi di medicina palliativa	OFCT	Mendrisio	12.30	Tél. 091 922 68 66 segretariato@ofct.ch	9	**1**-10-8-09-P9	gratuit
18.06.	O/H	Dyslipidémies et prévention cardiovasculaire: prise en charge	CHUV	Lausanne	12.15–13.00	Andre.Pannatier@chuv.ch	6.25	**1**-103-376-09-P6.25	gratuit
19.06.	O	Système nerveux-ostéoporose 1ère partie	Phylak Sachsen (Schweiz) GmbH	Bellinzona	09.15–16.45	Tél. 034 461 62 88 barbara.gopalsamy@phylak.ch	50	**1**-74-10-09-P50	200.–
23.06.	O	Système nerveux-ostéoporose 1ère partie	Phylak Sachsen (Schweiz) GmbH	Yverdon	09.15–16.45	Tél. 034 461 62 88 barbara.gopalsamy@phylak.ch	50	**1**-74-10-09-P50	120.–
24.06.	O	Psicofarmacoterapia nell'anziano	OFCT	Locarno	12.00	Tél. 091 922 68 66 segretariato@ofct.ch	9	**1**-10-30-09-P9	gratuit
25.06.	O	MRSA et vaccins	Hôpital du Jura	Alle	08.30–16.15	Tél. 032 465 65 65	46	**1**-308-01-09-P46	40.–

Nous vous demandons de conserver le calendrier des manifestations FPH car les dates de ces manifestations ne seront mentionnées qu'une seule fois dans le pharmaJournal.
Domaines de compétences (correspond au 1er chiffre du numéro d'identification)
1: Compétences pharmaceutiques 2: Compétences en santé communautaire 3: Compétences en gestion 4: Compétences personnelles

→

FPH-anerkannte Veranstaltungen im Bereich Offizin (O)- und Spitalpharmazie (S) sowie klassischer Homöopathie (H)

Datum	O/S/H	Titel	Veranstalter	Ort	Zeit	Informationen	KP/Modul	ID-Nummer	Preis
Mai									
30.05.	O/S	Depressionen (online Fallstudie)	pnn pharma nation network ag	www.online-academy.ch		Tel. 044 225 15 00 online-academy@pnn.ch	6.25	**1**-162-67-09-P6.25	Jahresabo 180.–/Jahr
Juni									
04.06.	O	Venenbeschwerden	pharmActuel	Chur	19.00	pharmactuel_chur@gmx.ch	15	**1**-3-250-09-P15	Abonnenten: 20.– Nicht-Abonnenten: 30.– Studenten: 5.–
13.06.	O	Mikronährstoffe in der Medizin	Antistress AG	Brunnen	08.30–17.30	Tel. 055 220 12 12 services@burgerstein.ch	50	**1**-281-01-09-P50	90.–
13.+14.06.	H	Homöopathische Behandlung von psychischen Krankheiten	Artis Homöopathicae	Solothurn	09.00	info@artis-pfs.ch	100	KH-08-04-09-P100	390.–
14.06.	O	Das Nervensystem + Osteoporose – Teil 1	Phylak Sachsen (Schweiz) GmbH	Lützelflüh	09.15–16.45	Tel. 034 461 62 88 barbara.gopalsamy@phylak.ch	50	**1**-74-10-09-P50	150.–
14.+15.06.	O	Dipl. Spagyriker Heidak – Modul I	Heidak AG	Emmenbrücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	750	**1**-302-03-09-P750	2925.–
14.–17.06.	O/S	ASHP Summer Meeting	GSASA	Chicago	auf Anfrage	www.ashp-foundation.org	150	**1**-103-375-09-P150	$440.– bis $800.–
15.06.	O	Richtig Delegieren	Monika Lauby Ausbildungsberatung	Olten	09.00–17.00	Tel. 061 691 00 00 info@lauby.ch	50	**3**-102-02-09-P50	460.–
15.06.	O	Infektionen der unteren Atemwege	medinform GmbH	Zürich	13.30–17.00	Tel. 044 397 76 45 info@medinform.ch	25	**1**-226-102-09-P25	200.–
16.06.	O	Life-Balance statt Burn-out	SPA AG	Winterthur	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	50	**3**-7-63-09-P50	620.–
16.06.	O	Notfallsituation in der Apotheke – Kurs I	Schweiz. Tropeninstitut	Basel	09.00–17.00	Tel. 061 284 82 80 courses-sti@unibas.ch	50	**1**-46-37-09-P50	400.–
16.06.	O	Ein pharmazeutisches Update	Agfam	Zürich	13.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-9-09-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
16.06.	O	Biopharmazeutika	Agfam	Zürich	08.30–12.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-8-09-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
17.06.	O	Notfallsituation in der Apotheke – Kurs I	Schweiz. Tropeninstitut	Basel	09.00–17.00	Tel. 061 284 82 80 courses-sti@unibas.ch	50	**1**-46-37-09-P50	400.–
17.06.	O	Professioneller Kundendienst	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-30-09-P50	590.–
17.06.	O	IV und Sucht	Fosumos	Sargans	19.00	Tel. 079 206 02 79 www.fosumos.ch	25	**1**-238-6-09-P25	gratis
17.06.	O	Psoriasis	medinform GmbH	Zürich	08.30–12.00	Tel. 044 994 75 61 mariannebeutler@medinform.ch	25	**1**-226-215-09-P25	200.–
17.+18.06.	O	Akquisition und Kundenbindung	SPA AG	Magglingen	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-78-09-P100	1420.–
18.06.	O	Aktuelle Behandlung des Parkinsonsyndroms mit besonderer Berücksichtigung der Langzeittherapie	pharmActuel	Zürich	20.00	pharmzh@gmx.net	15	**1**-3-241-09-P15	Abonnenten: 20.– Nicht-Abonnenten: 30.–, Studenten: 5.–
18.06.	O	Richtig dorsieren für Jung und Alt	Agfam	Zürich	08.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	50	**1**-1-15-09-P50	380.– im 6er-Abonnement, 420.– als Einzelkurs
18.06.	O	Sicherheit und Outdoor-Medizin	Mepha Pharma AG	Thun	09.00–17.00	Tel. 061 705 43 29 www.mepha.ch	62.5	**1**-96-13-09-P62.5	150.– bis 199.–
18.+19.06.	O	Mitarbeiterführung – von Beginn an sicher (Modul I)	SPA AG	Gersau	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-7-09-P100	1240.–
18.–20.06.	O	Biomedizin und Gesundheitspolitik	Uni Bern	Bern	8.15	Tel. 031 631 32 11 health.administration@rw.unibe.ch	150	**2**-83-48-09-P150	1400.–
19.06.	O	Aber bitte etwas Pflanzliches	Agfam	Bern	13.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-204-09-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs

Haben Sie Anregungen, Bemerkungen, Vorschläge zu Kursprogrammen oder einzelnen Kursen?
Wir freuen uns auf Ihr Feedback! Fax 031 978 58 59; kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Veuillez adresser vos remarques, suggestions et propositions concernant les programmes ou les divers cours à Madame Kathrin Zybach (fax 031 978 58 59; e-mail: kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Mitteilungen
Communications

FIP 2009 in Istanbul

Der 69. internationale FIP-Kongress findet vom 3. bis am 8. September 2009 in Istanbul/Türkei statt. Das Thema des diesjährigen Kongresses lautet: «Responsibility for Patient Outcomes – are you ready?». Weitere Informationen und die Online-Registrierung finden Sie unter: www.fip.org/istanbul2009

BE: Neues Mitglied

Um die Mitgliedschaft beim Apothekerverband des Kantons Bern bewirbt sich:

Kaspar Wyss, Zentrum Apotheke AG, Thunstrasse 21, 3510 Konolfingen

Allfällige Einsprachen sind innert drei Wochen an die Geschäftsstelle des Apothekerverbandes des Kantons Bern, Münzgraben 6, 3000 Bern 7, zu richten.

pharmaSuisse : Neue Mitglieder
pharmaSuisse : Nouveaux membres

Um die Mitgliedschaft beim Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse bewerben sich:

Ont posé leur candidature à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse:

Apotheker/Pharmaciens
Oggier Stefanie, Basel, BS
Spadavecchia Fabrizio, Bissone,TI

Stud. pharm. / Etudiants pharm.
Fischer Nadja, Zürich, ZH
Keller Tanja, Berikon, AG
Kolly Vanessa, Riaz, FR
Meili Danielle, Seon, AG
Savary Laetitia, Forel, VD
Ullmann Stefan, Kaltenbach, TG

Einsprachen gemäss Reglement Art. 3 Ziff. 3.2 sind innert 10 Tagen schriftlich mit Begründung an den Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld zu richten.

Selon l'art. 3 chiffres 3.2 du règlement, les oppositions éventuelles doivent être motivées et adressées par écrit, dans les 10 jours, à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld.

pharmActuel
bietet aktuelle Fortbildung

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH** Fortbildungsprogramme

pharmActuel-Regionalkonferenzen

Chur

Datum:	Donnerstag, 4. Juni 2009
Thema:	**Venenbeschwerden**
Referent:	Dr. med. Ulrich Frank, leitender Arzt Angiologie Kantonsspital Graubünden
ID-NR:	1-3-250-09-P15
Sponsor :	Spirig Pharma
Zeit:	Apero: 19.00 Uhr, Vortrag: 19.30 Uhr
Ort:	B12, Brandisstrasse 12, Chur
Preis:	Fr. 20.– für pharmActuel-Abonnenten
	Fr. 30.– für Nichtabonnenten
	Fr. 5.– für Studenten
Anmeldung:	E-Mail: pharmactuel_chur@gmx.ch

Zürich

Datum:	Donnerstag, 18. Juni 2009
Thema:	**Aktuelle Behandlung des Parkinsonsyndroms mit besonderer Berücksichtigung der Langzeittherapie**
Referent:	Prof. Dr. med. Hans-Peter Ludin
ID-NR:	1-3-241-09-P15
Sponsor:	Sandoz
Zeit:	20.00 Uhr
Ort:	ETH-Zentrum, Hauptgebäude, Hörsaal HG E1.1, Zürich
Preis:	Fr. 20.– für pharmActuel-Abonnenten
	Fr. 30.– für Nichtabonnenten
	Fr. 5.– für Studenten
Anmeldung:	nicht erforderlich
Information:	pharmzh@gmx.net

Spezialitätenliste
Liste des spécialités

Die nachfolgenden Erwähnungen sind als Hinweis zu verstehen und betreffen nur einzelne Dosierungen der genannten Präparate. Für die vollständige Liste konsultieren Sie bitte jeweils das zitierte BAG-Bulletin. pharmaSuisse übernimmt keine Gewähr für die Vollständigkeit der folgenden Auflistung und der Auflistungen in vorangehenden Ausgaben des pharma-Journal.

Les indications ci-après doivent être considérées comme des remarques et concernent uniquement les posologies individuelles des préparations citées. La liste complète peut être consultée dans le bulletin de l'OFSP mentionné. pharmaSuisse n'assume aucune responsabilité quant à l'intégralité de la liste ci-après et des listes publiées dans des éditions précédentes du pharmaJournal.

Im BAG-Bulletin 19 vom 4. Mai 2009 sind publiziert:

Publié dans le bulletin de l'OFSP nº 19 du 4 mai 2009:

Gültig ab 1. Mai 2009 /
Valable à partir du 1er mai 2009:

→ Neuzugang Präparate / Nouvelles admissions des préparations: Methadon Streuli, Tramadol Mepha retard, Citalopram Mylan, Sumatriptan Helvepharm, Volibris, Bisoprolol HCT Mylan, Lansoprazol Mylan, Omeprazol Adico, Urispas, Alfuzosin Axapharm, Milupa Pregomin AS Spezialnahrung, Magnesium Sandoz eco, Humalog KwikPen, Humalog Mix 25 KwikPen, Humalog Mix 50 KwikPen, Metformin Mylan, Actemra, Enbrel Junior, Epirubicin Teva, Bicalutamid Actavis, Alendronat Mylan, Ciprofloxacin Mylan, Piperacillin Tazob. OrPha, Vancomycin Mylan, Riamet Dispersible, Fluconazol Axapharm

→ Andere Packungen und Dosierungen / Autres emballages et dosages: Spiriva, Omezol Mepha MT, Macugen,
→ Neu gestrichene Präparate/Packungen / Préparations/emballages radiés: Fositen 10, Fositen 20, Capozide 50, Hemerven, Buscopan, Fursol, Froben Retard, Doxorubicin Sandoz, Fasigyn, Macugen,
→ Preissenkungen / Réductions de prix: Finasterax, Tyverb
→ Preiserhöhung / Augmentation de prix: Spiriva
→ Limitationsänderungen / Changements de limitatio: Avastin, Cubicin

Widerruf der Zulassung
Révocation de l'autorisation de mise sur le marché

Folgende Gründe sind möglich /
Motifs envisageables:
1. Verzicht auf den Vertrieb / Arrêt de la distribution
2. Löschung im Überprüfungsverfahren / Radiation dans le cadre de la procédure de réexamen
3. Entlassung aus der Heilmittelkontrolle / Radiation du contrôle des médicaments

Zeichen / Signe	Präparat / Produit	Widerruf per / Révocation au
Humanpräparate/Produits à usage humain		
1	Aknedoron, Lotion, anthroposophisches Arzneimittel	31.12.2009
1	Basiron 5%, Gel	10.3.2009
1	Basiron 10%, Gel	10.3.2009
1	Doplin OROS 95 mg, Tabletten	24.1.2009
1	Doplin OROS 190 mg, Tabletten	24.1.2009
1	Fursol i.v. 20 mg/2 ml, Injektionslösung	30.4.2009
1	Meladinine, Tabletten	31.12.2009
1	Weleda Hustenbonbons, anthroposophisches Arzneimittel	31.12.2009
1	Yentreve 40 mg, gélules gastro-résitantes	5.3.2009

Schweden: Landkarte für Apothekenketten

In Schweden hat das Parlament kürzlich die Liberalisierung des Apothekenmarktes beschlossen. Trotz der Ablehnung durch die Sozialdemokraten ist der Weg damit endgültig frei für Kettenkonzerne. 466 Apotheken sollen den Plänen zufolge in den kommenden Wochen den Besitzer wechseln. Versteigert werden Pakete zwischen zehn und 199 Apotheken. 330 Apotheken bleiben in Staatsbesitz, 150 Apotheken sollen an Apotheker abgegeben werden. Kartiert ist Schweden allerdings heute schon für die neue Apothekenwelt: Acht Clustern haben die Treuhänder die Apotheken für den Verkauf an Grossinvestoren zugewiesen. Einige Gruppen umfassen Apotheken im ganzen Land, andere haben regionale Schwerpunkte. Den Zuschlag erhält der Höchstbietende. Damit alle Käufer die gleichen Startbedingungen haben, ist der «Big-Bang» für Herbst geplant. Solange führt die staatliche Apothekenkette Apoteket die Geschäfte weiter.
www.apotheke-adhoc.de

†

Avis Mortuaire

Nous avons le regret de vous faire part du décès de

Madame

Pierrette Gay-Crosier

20. 2. 1921–23. 3. 2009

Pharmacienne, Penthalaz
Membre de la Société depuis 1954
Membre libre depuis 1990

Nous présentons à sa famille nos condoléances les plus vives et les plus sincères.

pharmaSuisse, Société Suisse des Pharmaciens
Le comité

†

Todesanzeige

Wir haben die traurige Pflicht, unsere Mitglieder vom Hinschied von

Herrn

Dr. Rudolf Zwicky

2. 7. 1927–29. 4. 2009

Apotheker, Adliswil
Mitglied des Verbands seit 1964
Freimitglied seit 1995

in Kenntnis zu setzen.

Wir sprechen seinen Angehörigen unser herzliches Beileid aus und werden dem Verstorbenen ein ehrendes Andenken bewahren.

pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverband
Der Vorstand

Die ständige Abwehrschlacht

Thomas Müller

pharmaSuisse führt nächsten Herbst zusammen mit dem Bundesamt für Gesundheit sowie den Schweizerischen Gesellschaften für Allgemeine Medizin, für Innere Medizin und für Pädiatrie die Gesundheitsförderungskampagne «Impfberatung in der Apotheke» durch. In deren Rahmen wird die Bevölkerung für das Thema Impfen sensibilisiert, der Impfstatus der Kunden wird erfasst, es können Impfempfehlungen abgegeben werden und die erhobenen Daten werden anschliessend in einer Studie ausgewertet.
In einem ersten Artikel zu diesem Themenbereich gehen wir auf die Immunabwehr des Menschen und die Impfmechanismen ein.

Wir können gar nicht anders. Tagtäglich und auch nachts, wenn wir schlafen, sind wir unserer Umwelt ausgesetzt. Darin wimmelt es von Bakterien, Pilzen, Protozoen und Viren, für die unser Körper ein begehrtes Tummelfeld für die Nahrungssuche und die eigene Vermehrung bietet. Kurz, wir werden ununterbrochen infiziert, doch unser Immunsystem rettet uns ebenso unablässig vor dem sicheren Tod. Es mag etwas martialisch klingen, aber unser Immunsystem ficht einen pausenlosen Abwehrkampf gegen die allgegenwärtigen Eindringlinge. Wenn wir gesund sind, merken wir von dem Kampf, der in uns tobt, gar nichts, weil wir mühelos als Gewinner hervorgehen. Erst wenn Schnupfen, Fieber, Ausschläge und Schmerzen ausbrechen, realisieren wir, dass wir möglicherweise an einer Infektionskrankheit leiden.

Geschichte der Infektionskrankheiten

Heute sterben in der Schweiz nur noch etwa sieben Prozent der Menschen an Infektionskrankheiten. Im Mittelalter dagegen verbreiteten Pocken-, Cholera- und Pestepidemien in ganz Europa Angst und Schrecken. Der «schwarze Tod», die Pestepidemie in Europa zwischen 1347 und 1353 raffte schätzungsweise ein Drittel der Bevölkerung dahin. Noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts litten etwa 35 Prozent der Bevölkerung an Infektionskrankheiten, 15 Prozent allein an Tuberkulose. Erst mit der Entdeckung des Penicillins und anderer Antibiotika konnte die Krankheit zurückgedrängt werden. Eine mindestens eben so grosse Rolle in der Bekämpfung der Infektionskrankheiten spielten und spielen jedoch die Impfstoffe.

Geschichte des Impfens

Erste Impfversuche wurden vermutlich von chinesischen Ärzten bereits 200 Jahre vor Christi Geburt angestellt. Sie suchten sich Patienten, die eine vergleichsweise leichte Pockenerkrankung überstanden hatten, zermahlten die Pockenpusteln zu Pulver und gaben ihn Gesunden zum Schnupfen. Auch wenn die Todesrate relativ hoch gewesen sein dürfte, hatten die Chinesen damit das Prinzip der aktiven Schutzimpfung erfunden.

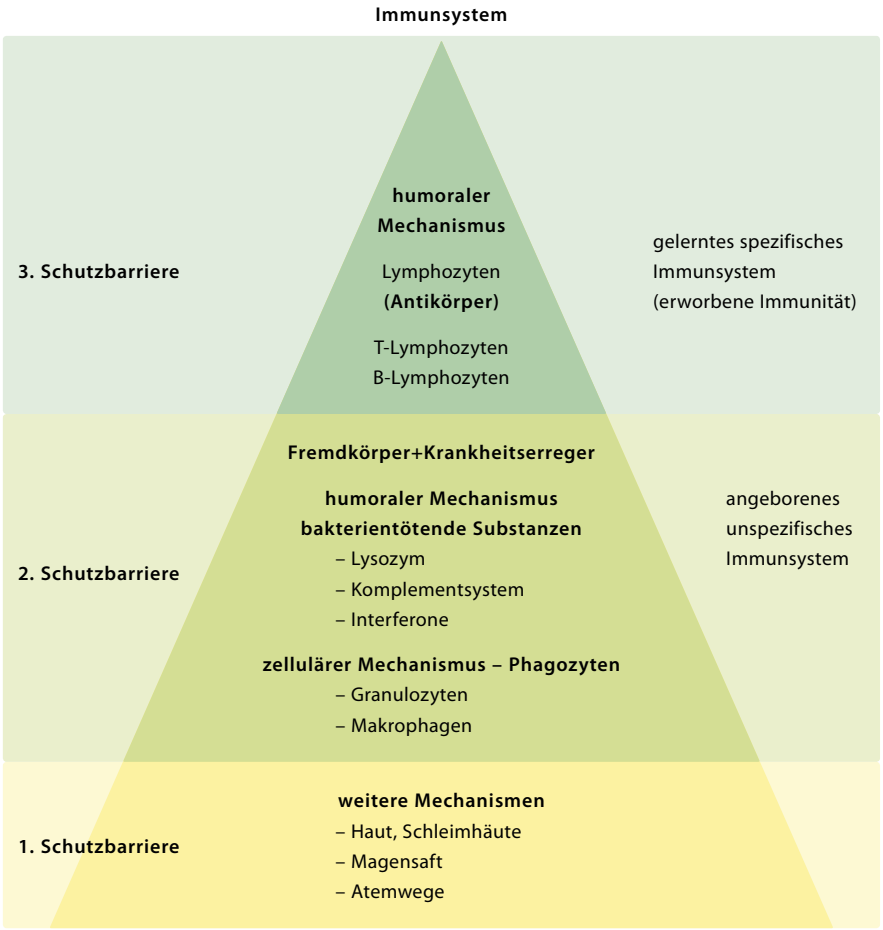
Einen grossen Schritt vorwärts brachte die Impfkunde der britische Landarzt Edward Jenner. Ihm war aufgefallen, dass Melkerinnen, die sich mit den harmlos verlaufenden Kuhpocken infiziert hatten, nur selten und dann leicht an den menschlichen Pocken erkrankten. Daraufhin führte er 1796 an einem gesunden Buben die erste Impfung mit Kuhpocken durch und infizierte ihn danach mit echten Pocken. Der Junge überlebte den heute unvorstellbaren Versuch und war sein Leben lang immun. Da der Impfstoff von einer Kuh (lat. vacca) stammte, taufte Jenner seinen Impfstoff Vaccine. Allerdings wussten weder er noch andere Gelehrte, was die Krankheit ursächlich auslöst. Zwei medizinische Schulen stritten heftig darüber, ob die Seuchen durch giftige, aus dem Erdreich dünstende Schwaden ausgelöst wurden oder von winzigen, von blossem Auge unsichtbaren Erregern, den Mikroben.

Louis Pasteur und Robert Koch, zwei grosse Mikrobiologen des 19. Jahrhunderts entschieden den Streit mit Hilfe von Mikroskopen und der kochschen Postulate zur Identifikation der Krankheitserreger ein für alle Mal. Dann war es auch Zeit für die erste passive Impfung durch den deutschen Arzt Emil Adolf von Behring und den Japaner Shibasaburo Kitasato. Ende des Jahres 1891 gelang ihnen, zwei an Diphtherie erkrankte Kinder zu heilen, denen sie ein aus dem Blutserum von Schafen gewonnenes «Gegengift» spritzten. Für die epochale Arbeit wurde von Behring 1901 mit dem ersten Nobelpreis für Medizin und Physiologie ausgezeichnet. Weder er noch Kitasato wussten aber, was der heilende Wirkstoff in seinem Serum eigentlich war. Heute ist klar: Die Schafe bildeten sogenannte Antikörper gegen die Toxine der Diphteriebakterien und neutralisierten sie auf diese Weise.

USA: Infektionsfälle vor und nach Einführung Impfprogramm

Impfstoff	vorher (Jahr)	nachher (Jahr)
Diphtherie	175.885 (1922)	1 (1998)
Haemophilus Influenzae B	20.000 (1982)	54 (1998)
Keuchhusten	147.271 (1925)	6.279 (1998)
Masern	503.282 (1962)	89 (1998)
Mumps	152.209 (1968)	606 (1998)
Pocken	48.164 (1904)	0 (1998)
Röteln	47.745 (1968)	345 (1998)

Quelle: Wikipedia («The Scientist»)



Unterscheidung zwischen Freund und Feind

Wie das Immunsystem von Mensch und Tier funktioniert, grenzt an ein Wunder. Es ist nicht falsch, es mit dem Nervensystem und dem Gehirn zu vergleichen. Beides sind äusserst komplexe Systeme, beide verfügen über ein Gedächtnis und können mit Unbekanntem umgehen. Wirbeltiere wie der Mensch verfügen über drei Abwehrreihen. An vorderster Front stehen die Haut und die Schleimhäute, die eine physikalische Barriere darstellen. Dahinter ist die zweite Abwehrreihe postiert, das unspezifische Immunsystem, welches sämtliche leicht identifizierbaren Eindringlinge beseitigt. Dann folgt das spezifische Abwehrsystem, das auch für die Wirksamkeit von Impfstoffen relevant ist.

Zentral ist, dass das spezifische Immunsystem zwischen Freund und Feind, Selbst und Fremd sehr genau unterscheiden kann, sonst würde es den Körper zerstören, den es schützen soll. Die Details sind beliebig kompliziert, das Prinzip aber einfach: Sämtliche Zellen des Körpers tragen eine Art Flagge, die sie als körpereigen ausweist. Alles, was in den Körper eindringt und diese Flagge nicht trägt, wird als fremd erkannt und beseitigt. Bei diesen Flaggen handelt es sich um Proteinstrukturen des Haupthistokompatibilitätskomplexes. Dieser höchst individuelle Komplex ist auch für die Gewebe(un)verträglichkeit bei Transplantationen verantwortlich.

Alles Fremde oder Nicht-Selbst wird als Antigen (von Antikörpergenerator) bezeichnet. Dabei kann es sich um Oberflächenstrukturen fremder Zellen, Bakterien, Viren oder um Protein-Bruchstücke von fremden Organismen handeln. Zusätzlich zum Ausflaggen des Selbst existiert eine Art Immunbremse, die Immunzellen, die dennoch gegen körpereigene Zellen vorgehen, beseitigt. Regie führen dabei regulatorische Immunzellen, deren Funktionsweise noch nicht restlos geklärt ist.

Die Rolle der weissen Blutkörperchen

Es lassen sich zwei Vorgehensweisen unterscheiden, mit denen das spezifische Immunsystem gegen Erreger vorgeht, in beiden Fällen werden weisse Blutkörperchen aktiv, die in grosser Zahl (ein menschlicher Körper verfügt etwa 1000 Milliarden davon) im Blut und im Lymphsystem zirkulieren. Die B-Lymphozyten produzieren Antikörper, die sich an fremde Antigene heften. Die eigentliche Aufräumarbeit übernehmen dann spezialisierte Phagozyten, welche die Eindringlinge buchstäblich auffressen, oder das sogenannte Komplementsystem. Diese Proteinmaschinerie wird von einem Antigen-Antikörper-Komplex aktiviert, reisst Löcher in die Zellmembran von Bakterien und tötet sie so. Diese Abwehrphalanx wird auch als humorale Immunantwort bezeichnet, weil sie über die Säfte Blut und Lymphe vorgeht.

Antikörper auf Vorrat

Die zweite Phalanx ist die sogenannte zell-vermittelte Immunantwort durch die T-Lymphozyten. Sie ist noch eine Stufe raffinierter als die humorale. Dringt zum Beispiel ein Virus in eine Körperzelle ein und beginnt sich dort zu vermehren, erscheinen zuweilen einzelne seiner Bauteile an der Oberfläche der befallenen Zellen. Cytotoxische T-Zellen erkennen nun diese Bauteile als fremde Antigene, greifen die infizierte Zelle an und zerstören sie, bevor sich das Virus zusammenbauen und die Zelle selbst zerstören kann. Die infizierte Zelle wird geopfert, aber die Weiterverbreitung des Virus im Körper wird so unterbunden. Die «Natural (born) Killer» T-Zellen gehen gegen alles vor, was keine Eigen-Flagge trägt. Beide Killerzellen töten, indem sie einen giftigen Chemikalien-Cocktail in die zu zerstörenden Zellen schütten.

Eine der grossen Fragen der Immunologie war, woher die Lymphozyten «wissen», welche Form ihre Antikörper haben müssen, damit sie nach dem Schlüssel-Schloss-Prinzip zu den potenziellen Antigenen passen. Sie wissen es nicht, lautet die einfache Antwort. Das Immunsystem produziert ununterbrochen und aufs Geratewohl Abermillionen von potenziellen Antikörperstrukturen, die Ködern gleich an der Zelloberfläche von B-Lymphozyten erscheinen. Stossen sie auf ihrer Patrouille durch Blut und Lymphe auf ein passendes Antigen, verwandeln sie sich angeleitet von einer T-Helferzelle in eine Fabrik, die bis zu 10 Millionen Antikörper pro Stunde produziert. Dabei fertigt jeder B-Lymphozyt nur

gerade einen einzigen passgenauen Antikörper.

Zeitliche Abläufe

Das Immunsystem benötigt einige Tage, bis diese als primär bezeichnete Immunantwort wirksam wird, deshalb fühlen wir uns während dieser Phase auch krank. Rascher geht es, wenn das Immunsystem zum zweiten Mal die Bekanntschaft mit einem Erreger macht. Dann tritt das «Gedächtnis» des Immunsystems in Aktion. Bei einer ersten Begegnung mit einem Erreger verwandeln sich nicht alle Lymphozyten mit einem passenden Köder in spezialisierte, aktive Zellen. Einige, die Gedächtniszellen, «merken» sich bloss das erwischte Antigen, beteiligen sich aber nicht an den Razzien, sie patrouillieren einfach weiter – inkognito sozusagen. Kommt es jedoch Monate oder gar Jahrzehnte später zu einer erneuten Infektion, sind sie um so rascher zur Stelle. Diesmal werden Antikörper und Killerzellen so rasch produziert, dass wir die Infektion überwinden, ohne uns krank zu fühlen – wir sind immun.

Die Rolle der Impfstoffe

Nun wird auch klar, wie Impfstoffe das Immunsystem bei seiner Abwehrschlacht unterstützen. Passive Impfstoffe, deren Wirkprinzip aus hochkonzentrierten Antikörpern gegen bestimmte Antigene besteht, stellen eine Abkürzung zu einer allerdings unvollständigen Immunantwort dar. Die Antikörper markieren die Erreger zwar, so dass sie vom Komplementsystem oder von Fresszellen beseitigt werden können, die Gedächtnisbildung aber unterbleibt. Das heisst, die passive Impfung bietet keinen andauernden Schutz und eignet sich nur für Notfall-Massnahmen zum Beispiel bei Verdacht auf eine Tollwut- oder Tetanusinfektion. Neugeborene sind übrigens ebenfalls durch eine Art Multi-Passiv-Impfung geschützt. Sie erben die Antikörper-Kollektion der Mutter und können so einige Monate Infekte abwehren, bis sie ihr eigenes spezifisches Immunsystem aufgebaut haben.

Aktive Impfstoffe lassen das Immunsystem an echten Antigenen von Erregern üben. Dabei kommt es zur Gedächtnisbildung, so dass im Fall einer wirklichen Infektion sofort eine sekundäre Immunreaktion in Gang kommt, die den Erreger rasch beseitigt. Dabei kommen inaktivierte, abgeschwächte Erreger oder deren entschärfte Giftstoffe oder Protein-Bruchstücke zum Einsatz, denen ein eigener Artikel dieser Serie gewidmet sein wird.

Die Wirkung von Impfstoffen ist eindrücklich. So fiel die Zahl der Erkrankungen an Polio in der Bundesrepublik Deutschland innert zwei Jahren nach der Einführung des Impfstoffes um 99 Prozent von 5673 Fällen auf 54! In den USA sanken die Masernfälle von einer halben Million im Jahr 1962 auf 89 im Jahr 1998, um nur zwei Beispiele zu nennen.

Unerwünschte Wirkungen und Akzeptanz von Impfstoffen

Die Nebenwirkungen und Komplikations-Raten bei Impfstoffen sind gering. So sind bei der Swissmedic seit 2002 nur zwölf Meldungen über harmlose Nebenwirkungen beim Kombinationsimpfstoff DTP gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten eingegangen. Beim MMR-Impfstoff gegen Mumps, Masern und Röteln waren es 174. Im Vergleich dazu schätzt das BAG, dass es bei Masern ohne Impfungen in der Schweiz jedes Jahr zu 40 bis 70 Gehirnentzündungen und 15 bis 40 Todesfällen kommen würde.

Trotz der überwältigenden Evidenz, dass Impfungen vor vielen Krankheiten schützen, ist die Impfdisziplin vor allem bei den Kinderkrankheiten Masern, Mumps und Röteln ungenügend. Bei den Masern liegt die Durchimpfung in der Schweiz bei 87 Prozent, wobei der impfmüdeste Kanton nur 73 und der impffreudigste 95 Prozent Durchimpfung aufweist. Letztere entspricht dem Zielwert, bei dem die sogenannte Herdenimmunität entsteht, gegen die sich die Krankheit nicht mehr ausbreiten kann und auch immunschwache oder nicht geimpfte Personen geschützt sind.

In den letzten zwei Jahren ist in der Schweiz ein Masern-Ausbruch zu beklagen, der seit November 2006 zur Erkrankung von rund 4000 Personen und zu über 500 Komplikationen und Spitalaufenthalten geführt hat. Ende Januar starb im Universitätsspital Genf ein zwölfjähriges, zuvor völlig gesundes Mädchen aus der Haute-Savoie an einer Masern bedingten Gehirnentzündung.

Auch vermeintlich harmlose Kinderkrankheiten können also gefährlich sein. Zum Teil besteht hier ein Aufklärungsdefizit, das das Bundesamt für Gesundheit nun mit einer Kampagne angeht. Ein harter Kern von vielleicht fünf Prozent der Bevölkerung wird sich aber nur schwer überzeugen lassen – aus weltanschaulichen Gründen. In Kantonen mit einem hohen Anteil an Heilpraktikern (Appenzell Innerrhoden) oder grossen anthroposophischen Minderheiten (Luzern, Baselland) treten die Masern besonders häufig auf. ▮

Korrespondenzadresse
Thomas Müller
Wissenschaftsjournalist BR
E-Mail: thm@datacomm.ch

Campagne de promotion de la santé «Votre pharmacie: conseils de vaccination»: système immunitaire et mécanisme de vaccination

Une lutte défensive permanente

Thomas Müller

pharmaSuisse organise l'automne prochain la campagne de promotion de la santé «Votre pharmacie: conseils de vaccination» en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique et les sociétés suisses de médecine générale, de médecine interne et de pédiatrie. Dans ce cadre, la population sera sensibilisée sur le thème de la vaccination, le statut de vaccination des clients sera saisi, des recommandations pourront être effectuées et les données récoltées seront finalement évaluées dans le cadre d'une étude.
Dans le premier article sur ce sujet, nous nous intéressons aux défenses immunitaires de l'être humain et aux mécanismes de vaccination.

Nous ne pouvons pas faire autrement. Tous les jours, mais aussi la nuit lorsque nous dormons, nous sommes exposés à notre environnement. Celui-ci fourmille de bactéries, de champignons, de protozoaires et de virus pour lesquels notre corps fournit un champ d'action idéal pour se nourrir et se reproduire. En résumé, nous sommes en permanence infectés mais notre système immunitaire nous sauve sans cesse d'une mort certaine. Peut-être que cela a l'air un peu martial, mais notre système immunitaire mène un combat défensif ininterrompu contre ces intrus omniprésents. Lorsque nous sommes en bonne santé, nous ne percevons rien du combat qui se déchaîne en nous, car nous en sortons vainqueurs sans peine. Ce n'est que quand nous attrapons un rhume, quand nous ressentons de la fièvre ou des douleurs, quand nous avons des éruptions que nous réalisons que nous souffrons probablement d'une maladie infectieuse.

Historique des maladies infectieuses

Aujourd'hui, seulement environ 7% des personnes en Suisse meurent encore d'une maladie infectieuse. Par contre, au Moyen Age, les épidémies de variole, de choléra et de peste répandaient la peur et l'épouvante dans toute l'Europe. La peste noire, épidémie qui se propagea en Europe entre 1347 et 1353, décima alors approximativement un tiers de la population. Au début du XX^{e} siècle encore, 35% de la population souffrait de maladies infectieuses, dont 15% de la tuberculose. Ce n'est qu'avec la découverte de la pénicilline et d'autres antibiotiques que la maladie a pu être combattue. Dans la lutte contre les maladies infectieuses, un rôle au moins aussi important a été joué par les vaccins.

Historique de la vaccination

Les premiers essais de vaccin ont probablement été effectués par des médecins chinois 200 ans avant JC. Ils ont recherché des patients qui avaient survécu à une forme de variole relativement peu virulente, ont réduit en poudre la substance des pustules de la variole et l'ont donnée à inhaler à des personnes saines. Même si le taux de mortalité devait être élevé, les Chinois avaient ainsi découvert le principe de la vaccination préventive.

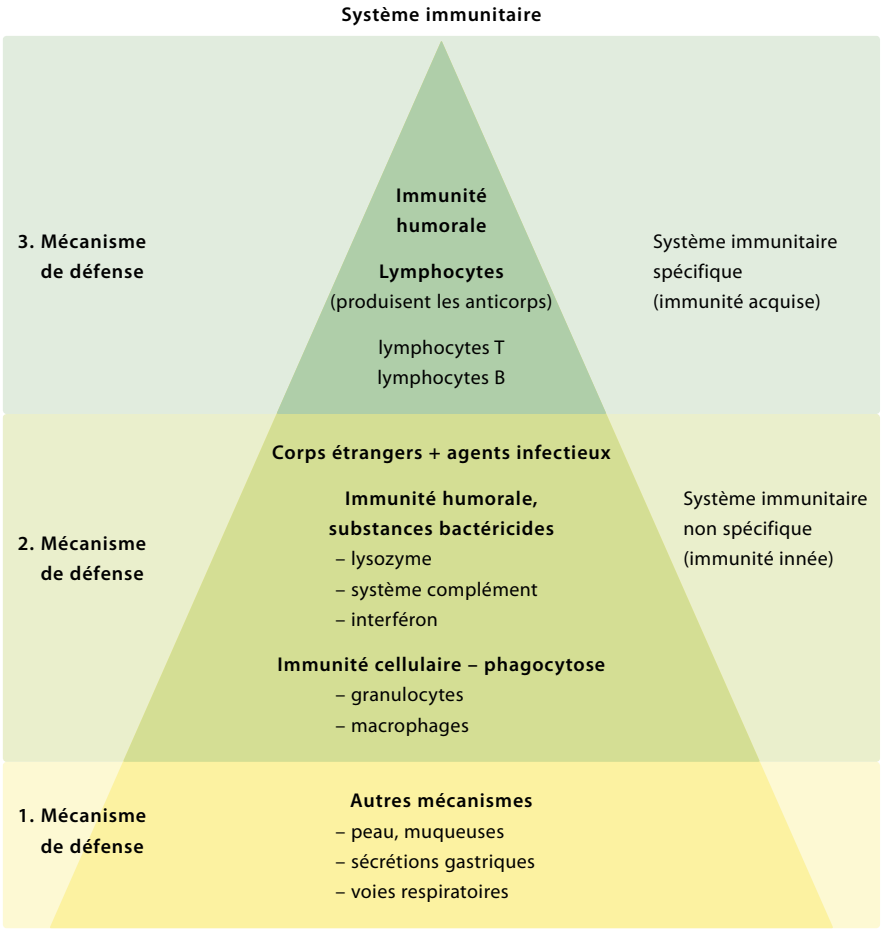
Les découvertes en matière d'immunisation du médecin britannique Edward Jenner ont permis d'effectuer un grand pas en avant. Il avait observé que les fermières qui avaient été infectées par la variole de la vache (ou vaccine), une maladie bénigne, n'étaient alors que rarement ou faiblement atteintes par la variole humaine. En 1796, il inocula d'abord la vaccine à un garçon sain puis il lui inocula la variole humaine. Le garçon survécut à cette opération impensable aujourd'hui et fut ainsi immunisé à vie. Jenner nomma le procédé vaccination en référence à la variole de la vache, la vaccine (en latin vaccinia, de vacca: la vache). Cependant, ni Jenner ni d'autres scientifiques ne savaient à l'époque ce qui déclenchait la maladie. Deux écoles de médecine se sont vivement disputées sur cette question: la maladie provenait-elle de gaz toxiques émanant du sol ou d'agents pathogènes minuscules et invisibles à l'œil nu, les microbes.

Louis Pasteur et Robert Koch, deux importants microbiologistes du XIX^{e} siècle, ont tranché une fois pour toutes ce débat à l'aide de microscopes et du postulat de Koch permettant l'identification de l'agent pathogène. Puis eu lieu la première immunisation passive effectuée par les médecins allemand Emil Adolf von Behring et japonais Shibasaburo Kitasato. A la fin de l'année 1891, ils réussirent à guérir deux enfants atteints de diphtérie en leur administrant un contrepoison extrait du sérum sanguin du mouton. Von Behring reçut en 1901 le prix Nobel de médecine pour ces travaux qui marquèrent leur époque. Pourtant, ni lui ni Kitasato ne savaient quelle était la nature réelle de la substance qui guérissait conte-

Etats-Unis: cas de contagion avant et après l'introduction de programmes de vaccination

vaccin	avant (année)	après (année)
diphtérie	175.885 (1922)	1 (1998)
Haemophilus influenzae type b	20.000 (1982)	54 (1998)
coqueluche	147.271 (1925)	6.279 (1998)
rougeole	503.282 (1962)	89 (1998)
oreillons	152.209 (1968)	606 (1998)
variole	48.164 (1904)	0 (1998)
rubéole	47.745 (1968)	345 (1998)

Source: Wikipédia («The Scientist»)



nue dans le sérum. Aujourd'hui, il est connu que les moutons fabriquent ce qu'on appelle des anticorps contre la toxine des bactéries de la diphtérie et qui la neutralisent ainsi.

Distinguer l'ami de l'ennemi

La façon dont le système immunitaire humain et animal fonctionne tient du miracle. Il est pertinent de le comparer au système nerveux et au cerveau. Les deux sont des systèmes complexes, disposant d'une mémoire et peuvent interagir avec des inconnus. Les vertébrés comme l'être humain ont trois niveaux de défense. La peau et les muqueuses forment la première barrière, de nature physique. Derrière se trouve le deuxième niveau de défense, le système immunitaire non spécifique, qui élimine les intrus facilement identifiables. Enfin nous trouvons le système immunitaire spécifique dont le rôle est également essentiel pour l'efficacité des vaccins.

Le point central est la capacité du système immunitaire spécifique de distinguer très précisément l'ami de l'ennemi, le soi du non-soi, sans quoi il détruirait l'organisme qu'il devrait protéger. Les détails sont assez complexes mais le principe est simple: chaque cellule du corps porte une sorte de marqueur qui atteste qu'elle fait partie de cet organisme. Tout ce qui pénètre dans le corps et ne porte pas ce marqueur est reconnu comme étranger et est éliminé. Ces marqueurs sont en fait des structures de protéines du complexe majeur d'histocompatibilité. Ce complexe hautement individuel est également responsable de la compatibilité ou de l'incompatibilité tissulaire lors de transplantations.

Tout élément étranger ou non-soi est désigné comme antigène (de l'anglais antibody generating). Il peut s'agir de structures de surface de cellules, de bactéries, de virus ou de fragments de protéines issus d'organismes étrangers. En complément à la signalisation du soi, il existe une sorte de frein immunitaire qui élimine les cellules immunitaires qui agissent contre les cellules du corps lui-même. Des cellules immunitaires de régulation en assurent la gestion mais ce fonctionnement n'est pas totalement expliqué.

Le rôle des globules blancs

On peut différencier deux manières d'agir du système immunitaire spécifique contre les agents pathogènes; dans les deux cas, les globules blancs qui circulent en grande majorité dans les systèmes sanguins et lymphatiques (le corps humain en compte environ 1000 milliards) sont actifs. Les lymphocytes B produisent des anticorps qui se fixent aux antigènes étrangers. Les véritables travaux de déblayage sont effectués soit par des phagocytes spécialisés, qui dévorent littéralement les intrus, soit par le système dit du complément. Cette machine protéique est activée par un complexe antigène-anticorps, perce des trous dans la membrane cellulaire des bactéries et les tue ainsi. Cette phalange défensive est aussi désignée comme réponse immunitaire humorale, parce qu'elle agit par les humeurs sanguines et lymphatiques.

Anticorps en prévision

La deuxième phalange est la réponse immunitaire cellulaire par les lymphocytes T. Elle est encore plus raffinée que la précédente. Lorsque par exemple un virus pénètre dans une cellule de l'organisme et commence à s'y multiplier, certains de ses éléments apparaissent à la surface de la cellule atteinte. Les lymphocytes T cytotoxiques reconnaissent alors ces éléments comme antigènes étrangers, attaquent la cellule infectée et la détruisent avant que le virus ne se soit assemblé et qu'il ne détruise lui-même la cellule. La cellule infectée est sacrifiée, mais la dissémination du virus dans le corps est ainsi empêchée. Les cellules NK (de l'anglais natural killer) interviennent contre tout ce qui ne porte pas de marqueur du soi. Ces deux types de cellules tuent en injectant un cocktail chimique toxique dans la cellule à éliminer.

L'une des principales questions de l'immunologie était de comprendre comment les lymphocytes «savent» quelle forme doivent avoir leurs anticorps pour qu'ils correspondent aux antigènes potentiels selon le principe de la clé et de la serrure. La réponse simple est qu'ils ne le savent pas. Le système immunitaire produit aléatoirement en permanence des millions de structures potentielles d'anticorps qui apparaissent comme autant de leurres à la surface des lymphocytes B. S'ils rencontrent au cours de leur pa-

trouille dans le sang et la lymphe un antigène adapté, ils se transforment, guidés par un lymphocyte T auxiliaire, en une usine produisant jusqu'à dix millions d'anticorps par heure. Chaque lymphocyte B y fabrique uniquement les anticorps correspondant parfaitement.

Déroulement dans le temps

Le système immunitaire nécessite quelques jours pour que cette réponse immunitaire dite primaire prenne effet. Pour cette raison, nous nous sentons aussi malades pendant cette phase. Le processus est plus rapide lorsque le système immunitaire entre en contact pour la deuxième fois avec un agent pathogène. La «mémoire» du système immunitaire entre alors en action. Lors de la première rencontre avec l'agent pathogène, tous les lymphocytes disposant d'un leurre adapté ne se transforment pas en cellules spécialisées actives. Parmi celles-ci, les cellules mémoire «repèrent» uniquement les antigènes attrapés mais ne participent pas aux rafles, se contentant simplement de patrouiller, pour ainsi dire incognito. En cas de nouvelle contagion des mois ou des décennies plus tard, elles sont d'autant plus rapidement prêtes à intervenir. Cette fois-ci, les anticorps et les cellules tueuses sont produits si vite que nous évitons la contagion sans nous sentir malades: nous sommes immunisés.

Le rôle des vaccins

La façon dont les vaccins soutiennent le système immunitaire dans sa lutte défensive devient ainsi évidente. Les vaccins passifs, dont le principe actif est composé d'une concentration élevée d'anticorps contre des antigènes définis, représentent un raccourci par rapport à une réponse immunitaire toutefois incomplète. Les anticorps marquent certes les agents pathogènes, de sorte qu'ils puissent être éliminés par le système du complément ou par des phagocytes, mais la formation de la mémoire n'a pas lieu. Cela signifie que la vaccination passive n'offre pas de protection durable et n'est adaptée qu'à des mesures d'urgence, lorsque par exemple on suspecte la rage ou le tétanos. Les nouveau-nés sont d'ailleurs également protégés par une sorte de vaccination passive multiple. Ils héritent de la collection d'anticorps de la mère et ils peuvent ainsi se battre contre les infections pendant plusieurs mois, jusqu'à ce que leur propre système immunitaire soit constitué.

Les vaccins actifs permettent au système immunitaire de s'entraîner sur de véritables antigènes d'agents pathogènes. Ceci donne lieu à la formation de la mémoire, de telle sorte qu'en cas de véritable contagion, une réaction immunitaire secondaire se déclenche tout de suite et élimine les agents pathogènes. Lors de celle-ci, des agents pathogènes inactivés, affaiblis, ou leurs substances toxiques atténuées ou fragments de protéines, entrent en action. Un article particulier de cette série leur sera consacré.

Les effets des vaccins sont impressionnants. Le nombre de malades de la poliomyélite en République fédérale allemande a ainsi baissé de 99% au cours des deux années suivant l'introduction du vaccin, passant de 5673 à 54 cas! Aux Etats-Unis, le nombre de cas de rougeole a chuté d'un demi-million en 1962 à 89 en 1998, pour ne citer que ces deux exemples.

Effets indésirables et tolérance des vaccins

Les taux des effets secondaires et des complications liés aux vaccins sont faibles. Depuis 2002, Swissmedic n'a ainsi reçu que douze annonces d'effets secondaires sans gravité pour le vaccin combiné Di-Te-Per contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche. Pour le vaccin combiné ROR contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, ce chiffre est de 174. En comparaison, l'OFSP évalue que, sans la vaccination contre la rougeole, il y aurait en Suisse chaque année entre 40 et 70 cas d'encéphalite et entre 15 et 40 cas mortels.

Malgré l'indiscutable évidence de la protection qu'offre la vaccination face à de nombreuses maladies, les efforts dans ce domaine sont insuffisants, en particulier pour les maladies infantiles que sont la rougeole, les oreillons et la rubéole. En ce qui concerne la rougeole, le taux moyen de vaccination en Suisse est de 87%, avec un minimum cantonal de 73% et un maximum de 95%. Ce dernier chiffre représente la valeur cible signifiant ce qu'on appelle l'immunité grégaire, à savoir le taux à partir duquel la maladie ne peut plus se propager et où les personnes dont l'immunité est faible ou non vaccinées sont protégées.

Au cours des deux dernières années, l'apparition de la rougeole est à déplorer en Suisse. Depuis novembre 2006, celle-ci a touché environ 4000 personnes et a provoqué plus de 500 complications et hospitalisations. Fin janvier, une fille de douze ans de Haute-Savoie, auparavant en bonne santé, est décédée à l'hôpital universitaire de Genève d'une encéphalite provoquée par la rougeole.

Même les maladies infantiles soi-disant bénignes peuvent donc se révéler dangereuses. L'une des causes de cette situation est un manque d'information, auquel l'Office fédéral de la santé publique s'attaque désormais à travers une campagne. Un noyau dur d'environ 5% de la population ne se laissera cependant pas facilement convaincre pour des raisons idéologiques. Dans les cantons avec une forte proportion de praticiens des médecines alternatives (Appenzell Rhodes-Intérieures) ou avec des minorités anthroposophes importantes (Lucerne, Bâle-Campagne), la rougeole se manifeste avec une fréquence particulièrement élevée. ▮

Adresse de correspondance
Thomas Müller
Journaliste scientifique RP
E-mail: thm@datacomm.ch

News-Service

Grossesse: pas d'apport de fer en l'absence d'anémie

L'apport excessif de fer chez les femmes enceintes augmente les risques d'accouchement prématuré, d'hypotrophie du nouveau-né et d'hypertension chez la mère.

Durant la grossesse, un manque de fer, qui se traduit généralement par une anémie (nombre de globules rouges ou taux d'hémoglobine insuffisant), est souvent associé à des accouchements avant terme et des naissances de nouveau-nés de faible poids. Sa prévention passe d'abord par une alimentation équilibrée et son traitement par l'apport de fer avec surveillance régulière, afin d'éviter une surcharge en fer.

La revue Prescrire a réalisé une synthèse sur la supplémentation systématique en fer de femmes enceintes non anémiées, notamment basée sur 2 essais. Le premier essai mené chez 750 femmes a mis en évidence un nombre plus élevé d'hypertension artérielle maternelle et un nombre plus important d'enfants de petit poids de naissance chez les femmes supplémentées en fer. Un autre essai mené chez 120 femmes a montré un nombre plus important d'accouchements prématurés et de faibles poids de naissance chez les enfants nés de femmes présentant un taux élevé d'hémoglobine.

Une étude étatsunienne a montré que les femmes ayant un taux élevé d'hémoglobine durant la grossesse ont plus souvent donné naissance à des enfants de petit poids de naissance.

Au total, l'apport en fer est à éviter chez les femmes enceintes non anémiées, c'est-à-dire dont l'hémoglobine est supérieure à 11 g/100 ml aux premier et troisième trimestres, et 10,5 g/100 ml au deuxième trimestre.

Colique néphrétique: antalgiques de type AINS, voire morphine

Le soulagement de la douleur d'une colique néphrétique repose sur l'application locale de chaleur modérée, et la prise d'antalgiques de type AINS, voire de morphine si nécessaire.

La revue Prescrire propose une stratégie de prise en charge des coliques néphrétiques. La colique néphrétique est liée à une obstruction des voies urinaires par un calcul qui entraîne une douleur unilatérale intense. La survenue d'une fièvre ou d'une diminution voire d'un arrêt d'émission d'urines justifie une hospitalisation en urgence.

En l'absence de signe de complication, la crise peut être traitée par application locale de chaleur modérée et/ou par un médicament contre la douleur. Le diclofénac est l'antalgique ayant la meilleure balance bénéfices-risques dans cette indication. Cet anti-inflammatoire non stéroïdien entraîne une diminution de la douleur dans la demi-heure chez 20% des patients. Il ne doit cependant pas être utilisé chez certains patients prédisposés à des troubles rénaux (insuffisants cardiaques, déshydratation, patients âgés, certains traitements associés, etc.) et en aucun cas chez les femmes enceintes. Dès que la douleur est modérée, le paracétamol est à proposer en raison de ses effets indésirables plus rares.

En cas de douleurs encore importantes malgré la prise de diclofénac ou en cas d'incompatibilité avec la prise d'un AINS, la morphine est parfois utile, bien que source de nausées et de vomissements dose-dépendants.

L'utilisation d'autres médicaments n'est pas justifiée en l'absence d'efficacité démontrée.

La persistance de douleurs intenses malgré un traitement bien conduit justifie parfois une intervention chirurgicale.

Alcoolodépendance: utilité de certains médicaments, en plus du soutien médical

Lorsqu'un soutien médical et psychosocial est insuffisant au maintien d'une abstinence prolongée, certains médicaments sont parfois utiles.

La revue Prescrire présente un dossier qui aborde la place des médicaments dans l'aide à l'abstinence prolongée après le sevrage, chez les patients alcoolodépendants.

L'acamprosate est le traitement de premier choix pour favoriser une abstinence prolongée ou pour limiter la fréquence des rechutes. L'acamprosate est destiné à diminuer l'appétence pour l'alcool. C'est le médicament le mieux évalué à long terme. Il permet d'obtenir 15% à 20% de patients abstinents en plus après un an de traitement. Cependant la prudence est de mise en cas de traitement prolongé chez les patients cirrhotiques, en raison d'un risque de décompensation.

La prescription du disulfiram nécessite des précautions particulières. L'état actuel de l'évaluation du baclofène ne justifie pas la prescription de ce médicament en dehors d'essais cliniques. ∎

Source: www.prescrire.org

Blick hinter die Kulissen

Marcel Wyler

In der Rubrik pharmaSuisse publizieren wir künftig eine neue Serie. Unter dem Titel «pharmaSuisse inside» kommen die Projektleiterinnen und Projektleiter der Geschäftsstelle zu Wort. Ziel ist es, den Mitgliedern die Aktivitäten der Geschäftsstelle näher zu bringen und eine generelle Diskussion über die verschiedenen Dienstleistungen und Produkte auszulösen.

Anstoss zu dieser Serie hat der Präsident persönlich gegeben mit der Frage: «Wissen die Mitglieder eigentlich, was am Sitz des Verbandes läuft, und können sie sich genügend in die Projekte einbringen?» Wir informieren regelmässig über die Projekte, welche die Mitglieder aktiv einbeziehen, wie etwa die Kampagnen und Aktionen. Im Hintergrund laufen aber zahlreiche Aktivitäten, die wir in der Regel nur den Entscheidungsgremien vortragen. Mit der neuen Serie soll hier nun ein zusätzliches Fenster geschaffen werden.

Dienstleistungen …

Der Verband bietet seinen Mitgliedern eine ganze Reihe von Dienstleistungen an, von der wissenschaftlichen Beratung der Wissenschaftlichen Zentralstelle WIZE über die juristische Beratung bis zur Beratung bei Medienkontakten von Mitgliedern. Eine sehr aufwändige Arbeit ist die Verhandlung des Tarifvertrages mit den Versicherern. Im Hintergrund laufen Studien wie die Rollende Kostenanalyse der ETHZ und die Datensammlung und Analyse von Apodata.

Bis vor einigen Jahren wurden zudem viele Merkblätter und Kundeninformationen vom Verband redigiert und bereitgestellt. Heute ist die Nachfrage nach solchen gedruckten Unterlagen sehr stark zurückgegangen, und das Internet bzw. das so genannte Extranet für unsere Mitglieder hat einen grossen Teil dieser Aufgaben übernommen.

… und Neuentwicklungen

Doch das Gesundheitswesen ist ein sehr dynamisches Umfeld, und Stillstand würde Rückschritt und Misserfolg bedeuten. Der Dachverband setzt sich energisch dafür ein, dass die Apotheke in Zukunft eine noch viel stärkere Rolle im Gesundheitswesen spielt. Dazu werden Bereiche wie die Prävention mit den neuen Dienstleistungen und Screenings aufgebaut und in Form von Kampagnen ins Publikum getragen.

Auch die Rolle der Apotheke innerhalb der medizinischen Versorgung wird laufend weiterentwickelt. So ist für 2009 und 2010 der Beitrag der Apotheke zu einer besseren Compliance und damit direkt zu einer Qualitätssteigerung und Kostensenkung vorgesehen.

Diskussion unter Mitgliedern fördern

Doch alle neuen Tools und Ideen nützen nichts, wenn es nicht gelingt, die Basis dafür zu gewinnen. Eine wesentliche Voraussetzung dazu ist ein Einbezug, eine Kritikmöglichkeit, eine offene, konstruktive Diskussion über die Innovationen – und auch über allfällige alte Zöpfe – unter den Mitgliedern. Genau dazu ist die neue Plattform da: Es ist eine Einladung, sich zu informieren, zu kommentieren, sich auszutauschen und schliesslich das Produkt Apotheke so zukunftsfähig und praktisch weiterzuentwickeln. Wir sind gespannt auf die Reaktionen der Mitglieder und werden sie im Rahmen des Möglichen an dieser Stelle publizieren. ▮

Korrespondenzadresse
Marcel Wyler, Leiter Kommunikation & Marketing pharmaSuisse
E-Mail: marcel.wyler@pharmasuisse.org

Regard en coulisse

Marcel Wyler

Nous allons publier une nouvelle série dans la rubrique pharmaSuisse intitulée «pharmaSuisse inside», où la parole sera donnée aux chefs de projet. Le but est de faire mieux connaître aux membres les activités du siège central et d'initier un débat général sur les différents produits et services.

L'idée de cette série est venue au Président, inquiet de savoir si nos membres avaient une idée de ce qui se passe au siège et pouvaient s'investir pleinement dans les projets. Nous informons régulièrement sur les projets auxquels nos membres participent, comme les campagnes et les actions. Mais il existe aussi beaucoup d'autres activités, que nous présentons seulement aux organes décisionnels. Cette nouvelle série nous permettra d'ouvrir une fenêtre supplémentaire.

Prestations de services …

L'association propose à ses membres une série de services allant de la prestation de conseils du centre d'information scientifique WIZE aux conseils lors des contacts médias des membres en passant par les conseils juridiques. Parallèlement à la négociation de la convention tarifaire avec les assureurs, qui est une tâche particulièrement ardue, sont réalisées des études comme l'analyse des coûts en continu de l'ETH Zurich ou la collecte et l'analyse de données par Apodata.

Il y a quelques années encore, l'association éditait également un grand nombre d'aide-mémoire et notices d'information pour les clients. Aujourd'hui la demande de tels documents imprimés étant en net recul, une grande partie de ces tâches s'effectue désormais sur Internet ou sur l'Extranet pour nos membres.

… et nouveaux développements

Or, le domaine de la santé est un milieu très dynamique et faire du sur-place est synonyme de régression et d'échec. L'association faîtière s'engage sans compter pour que les pharmacies jouent un rôle encore plus important dans le domaine de la santé à l'avenir. Pour ce faire, on a créé de nouveaux domaines, comme la prévention avec des nouvelles prestations de services et des dépistages, qui sont proposés au public sous la forme de campagnes.

Le rôle des pharmacies dans la prestation de soins médicaux ne cesse de se développer. Ainsi, en 2009 et 2010, leur contribution visera à améliorer la compliance et contribuera donc directement à l'amélioration de la qualité et à la diminution des coûts.

Encourager la discussion entre les membres

Mais il ne suffit pas de lancer de nouveaux outils ou de nouvelles idées, encore faut-il se rallier la base avec comme mots d'ordre intégrer, permettre la critique, organiser entre les membres un débat ouvert et constructif sur les innovations – ou sur les vieux pots dans lesquels on fait les meilleures soupes. La nouvelle plate-forme va justement servir à cela : c'est une invitation à s'informer, à commenter, à échanger et finalement à développer ultérieurement le produit «Pharmacies» de manière pratique et axée sur l'avenir. Nous attendons avec impatience les réactions des membres, que nous publierons ici dans la mesure de nos moyens. ▮

Adresse de correspondance

Marcel Wyler, responsable communication & marketing de pharmaSuisse

E-mail: marcel.wyler@pharmasuisse.org

Grundversorgung sichern durch echte Managed Care

Theo Voegtli

Dr. med. Peter Indra, Vizedirektor des Bundesamtes für Gesundheit, hat es am 5. März 2009 an einer Veranstaltung des Aargauischen Gesundheitsdepartements deutlich gesagt: «Es geht nicht um den Hausarzt als Grundversorger, sondern es geht um die Grundversorgung an und für sich, welche für die Bevölkerung sicher zu stellen ist. Grundversorgung heisst, dass Leistungserbringer gleich welcher Art zum Wohle der Patientinnen und Patienten zusammenarbeiten.»

Gemäss Nationalrätin Ruth Humbel ist auch darum Managed Care ein Schlüsselpunkt bei der Revision des Krankenversicherungsgesetzes. Das heisst, dass bei «Managed Care die Leistungserbringer vernetzt zusammenarbeiten und Budgetverantwortung übernehmen. Dabei wird der gesamte Behandlungsprozess aus einer Hand gesteuert und koordiniert».

Das Problem

Dr. Peter Tschudi, Professor für Hausarztmedizin, stellt fest, dass «in 9 Jahren rund die Hälfte der heutigen Hausärzte pensioniert und in 14 Jahren 75 Prozent ihre Praxis verlassen haben werden. Andererseits benötigt die Ausbildung zum Hausarzt rund 14 Jahre. Es ist somit klar, dass sich mittelfristig ein massives Minus ergibt.»

Wer garantiert nun in naher Zukunft die Grundversorgung auch in ländlichen Gebieten? Die Hausärzte alleine werden die Grundversorgung nicht gewährleisten können. Wer soll und kann den Hausarzt bei der Grundversorgung ergänzen und unterstützen?

Die Lösung

Die Antwort lautet: Integrierte Netzwerke, überdisziplinäre Versorgungsketten von Leistungserbringern.

Ein gutes Beispiel für eine solche Zusammenarbeit ist der ärztliche Hausarztnotfalldienst in der Grossregion Baden, welcher als Permanence der Notfallstation des Kantonsspitals Baden (KSB) vorgeschaltet ist, und die Medikamentenversorgung der gleich daneben liegenden 24-Stunden-Apotheke der Badener Apothekerinnen und Apotheker.

Netzwerke im Gesundheitswesen dürfen keine blossen horizontalen Ärztezusammenschlüsse bleiben, welche oft Schutzgemeinschaften sind und ihre Marktmacht für ihre eigenen Vorteile bündeln.

Der Begriff «Überdisziplinäre Netzwerke im Gesundheitswesen» bedeutet:

→ Die Grundversorgung wird regional von Hausärzten (inklusive Gynäkologen, Pädiatern usw.), Regionalspitälern, Spitex, Pflegeheimen, Apotheken, Hebammen, spezialisierten Krankenschwestern, Call Centers usw. wahrgenommen. Sie ergänzen und unterstützen sich in ihren Tätigkeiten, teilen die Budgetverantwortung, nutzen brachliegende Synergien und Potenziale. Es werden keine Monopole betoniert.

→ Der Hausarzt ist und bleibt Case Manager der Patientinnen und Patienten, bei ihm laufen alle Fäden und Informationen zusammen.

→ Ein «Wettbewerb der Qualität» garantiert auf der horizontalen Ebene unter den verschiedenen Berufsgruppen den qualitativ hochstehenden Output und ermöglicht eine Selektion der Leistungserbringer auf jeder Stufe. Dazu sind transparente, vergleichbare, erfüllbare und praxisnahe Kriterien zu definieren, anzuwenden, zu kontrollieren und durchzusetzen. Gleiches soll mit Gleichem verglichen werden. Der Benchmark zeigt dem Einzelnen, wo er sich im Markt befindet.

→ Falsche finanzielle Anreize – ein Hauptgrund für die «Kostenexplosion» – müssen systematisch ausgemerzt werden, damit der Korruption, der Vetternwirtschaft, der Wettbewerbsverfälschung und den Monopolen kein Vorschub geleistet wird. Auch Fehlanreize wie «Capitation» ohne Trennung zwischen Lohn- und Pflegebudget, die zu Rationierung führen, sind zu verhindern.

→ Wettbewerb (Markt) und Planung (Staat) schaffen im Mix Rahmenbedingungen, durch welche Auswüchse vermieden werden können und der volkswirtschaftliche Nutzen optimiert werden kann. Dabei soll die Qualitätssicherung vor dem reinen Preisdenken (Discountmedizin) stehen.

→ Alle Leistungserbringer müssen im überdisziplinären Netzwerk Verantwortung übernehmen und ihre Hausaufgaben machen. Es kann nicht sein, dass am Schluss alles am Hausarzt hängen bleibt.

→ Netzwerke sind überdisziplinär und regional auszugestalten, wenn nötig mit versicherungs-

technischer und staatlicher Hilfe (auch nach der KVG Revision bezahlen die Steuerzahlerinnen und -zahler mindestens 55 Prozent an die Fallpauschalen). Die Leistungserbringer alleine werden sich aus berufspolitischen Gründen ohne Mediation nicht von selbst einigen können.

→ Die Bäume wachsen langsam und in der Regel nicht in den Himmel. Vor einer flächendeckenden Einführung vertikaler Netzwerke sind Pilotprojekte professionell (allenfalls wissenschaftlich) zu begleiten, auszuwerten und zu finanzieren. Das kann durch Kantone und/oder Krankenversicherer geschehen. Zudem müssen mit den Leistungserbringern an einem runden Tisch eine Gesprächskultur geschaffen, eine Auslegeordnung gemacht, Ziele und Massnahmen formuliert und konkrete Projekte umgesetzt werden. Der Schlüssel zum Erfolg ist eine sachbezogene Kommunikation.

→ Grundsätzlich ist das Subsidiaritätsprinzip anzuwenden. Die niedrigst mögliche Ebene ist am nächsten beim Kunden oder Patienten und mit Sicherheit am günstigsten. ▮

Möglichkeiten einer vernetzten Zusammenarbeit (Schnittstellen):

→ Arzt + Spezialarzt: Hausarzt als Care Manager – Überweisung – Rückweisung.

→ Regionalspitäler + Spitexdienste: Übergang von der (Übergangs-)Pflege nach Hause.

→ Spitex + Apotheke: Wochenblister, Medikamenten-Management.

→ Pflegeheim + Apotheke: Wochenblister.

→ (Regional-)Spital + Apotheke: Entlassungsmedikation, Wundversorgung.

→ Arzt + Apotheke: Bei zunehmendem Ärztemangel, besserer Einsatz von Kompetenz und Infrastruktur der Apotheke zur Unterstützung des Hausarztes: Gemeinsames Gatekeeping mit state-of-the-art Triage-Algorhythmen, Konsense für Behandlung von Bagatellfällen, Compliance Langzeitpatienten/Polymedikation, Screenings (metabolisches Syndrom), Hauslieferservice, Qualitätszirkel, Notfalldienst, Betreuung der Pharmakotherapie zwischen den Arztbesuchen usw.

Korrespondenzadresse
Dr. Theo Voegtli, Apotheker
Kleindöttingen
E-Mail: drvoegtli@ovan.ch

Des réseaux transdisciplinaires dans le domaine de la santé

Garantir les soins de premier recours par Managed Care

Theo Voegtli

Le 5 mars 2009, le Dr Peter Indra, vice-directeur de l'Office fédéral de la santé publique, déclarait à une manifestation du Département argovien de la santé: «Ce n'est pas du médecin généraliste en tant que fournisseur de soins de base qu'il s'agit mais de la fourniture de soins de base en soi, qui doit être garantie à la population. La fourniture de soins de base signifie que les fournisseurs de prestations coopèrent sous une forme ou sous une autre pour le bien des patientes et des patients.»

La Conseillère nationale Ruth Humbel voit dans le Managed Care un élément essentiel de la révision de la loi sur l'assurance maladie. Dans le «Managed Care, les fournisseurs de prestations collaborent en réseau et sont responsables du budget. Si bien que la gestion et la coordination du traitement sont assurées par une seule et même entité».

Le problème

Le Dr Peter Tschudi, professeur de médecine générale, constate que «dans 9 ans, la moitié des médecins de famille seront partis à la retraite et dans 14 ans, 75 pour cent d'entre eux n'exerceront plus leur métier. Sachant qu'il faut près de 14 ans pour former un généraliste, une pénurie massive de généralistes est donc prévisible à moyen terme.»

Qui oserait garantir la fourniture de soins de base dans les régions rurales dans un avenir proche? A eux seuls, les médecins de famille ne pourront pas assumer cette tâche. Qui va pouvoir les compléter et les soutenir dans ce domaine?

La solution

La solution: les réseaux intégrés, les chaînes de prestataires de soins transdisciplinaires.

Un bon exemple d'une telle collaboration est le service médical d'urgence dans l'agglomération de Baden, qui est proposé en tant que permanence du service d'urgence de l'hôpital cantonal de Baden (KSB) et la fourniture de médicaments assurée par la pharmacie toute proche et ouverte 24 heures sur 24 des pharmaciennes et pharmaciens de Baden.

Dans le domaine de la santé, les réseaux ne doivent pas être de simples regroupements horizontaux de médecins, qui ne sont souvent que des «communautés de protection» et qui unissent leurs forces dans leur seul intérêt.

Dans le domaine de la santé, les réseaux transdisciplinaires ont les caractéristiques suivantes:

→ Les soins de base sont assurés régionalement par les médecins de famille (y compris les gynécologues, pédiatres, etc.), hôpitaux régionaux, Spitex, homes médicalisés, pharmacies, sages-femmes, infirmières spécialisées, Call Centers, etc. Ils se complètent et se soutiennent dans leurs activités, partagent les responsabilités budgétaires, exploitent les synergies et les potentiels existants. Il n'y a pas de monopole bétonné.

→ Le médecin de famille est et reste le Case Manager des patientes et des patients, c'est vers lui que convergent tous les fils et toutes les informations.

→ Une «compétition en matière de qualité» entre les différents groupes professionnels garantit au plan horizontal un output qualitativement élevé et permet une sélection des fournisseurs de prestations à chaque niveau. Pour ce faire il faut définir, appliquer, contrôler et imposer des critères transparents, comparables, réalisables et axés sur la pratique. On comparera ce qui est comparable. Le benchmark montre à chacun où il se situe sur le marché.

→ Les fausses incitations financières – une des principales causes de l'explosion des coûts – doivent être systématiquement éliminées afin de prévenir la corruption, le népotisme, la concurrence déloyale et les monopoles. Il faut éviter aussi les incitations fallacieuses, comme la capitation sans séparation entre le budget des salaires et des soins, qui se traduit par un rationnement.

→ Inclure la concurrence (le marché) et la planification (l'Etat) dans le mix des conditions-cadres, afin d'éviter les excroissances et d'optimiser l'utilité économique. Pour ce faire l'assurance-qualité doit prendre le pas sur la pure pensée économique (médecine purement comptable, au rabais).

→ Dans le réseau transdisciplinaire, tous les fournisseurs de prestations doivent assumer des responsabilités et faire leur travail. On ne peut pas laisser le médecin de famille tout faire seul.

→ Les réseaux doivent être transdisciplinaires et régionaux, avec si besoin une aide actuarielle et étatique (après la révision de la LAMal, les contribuables continueront de prendre à leur charge au moins 55 pour cent des forfaits par cas). Pour des raisons de politique professionnelle, les fournisseurs de prestations n'arriveront pas à s'entendre entre eux sans médiation.

→ Les arbres poussent lentement et en règle générale n'atteignent pas le ciel. Avant d'introduire des réseaux verticaux sur l'ensemble du territoire, il faudra accompagner, évaluer et financer des projets pilotes d'un point de vue professionnel (et éventuellement économique). Ce qui pourra être fait par les cantons et/ou les assureurs-maladie. Il faudra également créer une culture de la communication avec les fournisseurs de prestations assis à une même table, effectuer une analyse systématique, formuler des objectifs et des mesures et mettre en œuvre des projets concrets. La clé de la réussite est une communication factuelle.

→ En règle générale, on appliquera le principe de subsidiarité. Le niveau le plus bas et très certainement le plus favorable est celui du client ou patient. ▮

Possibilités de collaboration en réseau (interfaces):

→ Médecin + spécialiste: généraliste en tant que Care Manager – envoi – renvoi des patients de l'un à l'autre.

→ Hôpitaux régionaux + services Spitex: transition des soins (transitoires) vers les soins à domicile.

→ Spitex + pharmacie: blister hebdomadaire, gestion des médicaments.

→ Home médicalisé + pharmacie: blister hebdomadaire.

→ Hôpital (régional) + pharmacie: médication de sortie, pansements.

→ Médecin + pharmacie: en cas de pénurie de médecins, meilleure utilisation des compétences et infrastructures pharmaceutiques pour soutenir le médecin généraliste: gatekeeping commun avec algorithmes de tri de pointe, consensus sur le traitement des cas bénins, compliance des patients de longue durée/polymédication, dépistage (syndrome métabolique), service de livraison à domicile, cercle de qualité, service d'urgences, suivi du traitement pharmacologique entre les visites chez le médecin, etc.

Adresse de correspondance
Dr Theo Voegtli, pharmacien
Kleindöttingen
E-mail: drvoegtli@ovan.ch

31. Mai 2009: Welttag ohne Tabak

Rauchen schadet – auch dem Herz

Christa Rüedi

Rauchen schadet nicht nur der Lunge, es hat auch einen negativen Einfluss auf das Herz-Kreislauf-System. Bei Frauen und Männern erhöht schon der tägliche Konsum von einer bis vier Zigaretten das Risiko eines Herztodes. Dies ergab eine langjährige Studie aus Norwegen mit über 42 000 Personen.

Rauchern wird deshalb ein Rauchstopp dringend empfohlen. Weil Rauchen eine Sucht ist, haben viele Raucher aber Schwierigkeiten, damit aufzuhören; sie brauchen in irgendeiner Form Unterstützung. Interessierte können sich zum Beispiel jederzeit an ihre Apotheke wenden, oder sie können beim nationalen Rauchstopp-Wettbewerb im Anschluss an den Welttag ohne Tabak vom 31. Mai mitmachen.

Risiken für Männer …

Ein koreanisches Forschungsteam aus Seoul hat während zehn Jahren das Auftreten von Herzinfarkten und Hirnschlägen bei über 475 000 Männern zwischen 30 und 58 Jahren untersucht. Verglichen mit Männern, die täglich 20 und mehr Zigaretten rauchen, traten bei Männern, die aufgehört hatten zu rauchen, 57 Prozent weniger Herzinfarkte und 34 Prozent weniger Hirnschläge auf. Eine blosse Reduktion der Anzahl täglich gerauchter Zigaretten reduzierte die entsprechenden Risiken nur unwesentlich. [1]

5000 Franken zu gewinnen

Wie jedes Jahr führen die Schweizerische Herzstiftung, die Krebsliga Schweiz und die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz mit Unterstützung etlicher Partnerorganisationen, auch von pharmaSuisse, im Anschluss an den «Welttag ohne Tabak» einen Rauchstopp-Wettbewerb durch. Er steht allen Raucherinnen und Rauchern offen, die bereit sind, zwischen dem 4. Juni und dem 3. Juli 2009 auf den Konsum von Tabakwaren zu verzichten. Begleitet werden die Teilnehmer von einer «Patin» oder einem «Paten», der/die am Schluss den Rauchstopp schriftlich bezeugen muss. Mitmachen zahlt sich aus: Als Preise winken einmal 5000 Franken und zehnmal 500 Franken. Zusätzlich werden zehnmal 100 Franken verlost für die «Patinnen» und «Paten».

Die Anmeldekarte kann online auf www.at-schweiz.ch oder telefonisch bei der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention unter Telefon 031 599 10 20 angefordert werden. Die Anmeldefrist läuft bis zum 4. Juni 2009.

… und für Frauen

Neben den Risiken für Lunge und Herz hat Rauchen auch geschlechtsspezifische Auswirkungen. Gemäss der Schweizerischen Herzstiftung ist die Gefahr eines Thrombus für Frauen, die mit der Pille verhüten, schon unter 35 Jahren mindestens 20-mal höher als bei gleichaltrigen Nichtraucherinnen.

Raucherinnen haben grössere Schwierigkeiten, schwanger zu werden, und ein erhöhtes Risiko für Unfruchtbarkeit. Während einer Schwangerschaft erleiden Raucherinnen häufiger Komplikationen und eher eine Tot- oder Frühgeburt. Kinder von Raucherinnen weisen oft ein niedrigeres Geburtsgewicht auf. Zudem erhöht Rauchen während der Schwangerschaft die Gefahr eines späteren plötzlichen Kindstodes.

Raucherinnen haben auch ein erhöhtes Risiko für Gebärmutterhalskrebs und weisen nach den Wechseljahren eine geringere Knochendichte auf als Nichtraucherinnen. [2] ∎

Korrespondenzadresse
Christa Rüedi, Chefredaktorin pharmaJournal
E-Mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

[1] Quelle: Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention und: Yun-Mi Song et al., Risk of Stroke and Myocardial Infarction After Reduction or Cessation of Cigarette Smoking. A Cohort Study in Korean Men, in: Stroke 2008; 39: 2432–2438 http://stroke.ahajournals.org. K. Bjartveit and A. Tverdal, Health consequences of smoking 1–4 cigarettes per day, in: Tobacco Control 2005; 14: 315–320. doi: 10.1136/tc.2005.011932 www.tobaccocontrol.com.

[2] Quelle: Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention und: 2001 Surgeon General's Report – Women and Smoking, www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2001/index.htm.

12 | 6.2009

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 11.6.2009, 147. Jahrgang

Nr. | No
12



QMS-Pharmacie

Qualité dans l'officine p. 27

QMS Pharmazie

Qualität in der Apotheke S. 29

→ Pharmazie und Medizin · Pharmacie et médecine

AKA: Insuline und ihre Besonderheiten

Medikation: Fehlermanagement

Médication: gestion des erreurs

→ Politik · Politique

Fragezeichen bei Arzneimittelwerbung

Points d'interrogation dans la pub pour médicaments

→ Markt · Economie

QMS: investir dans la qualité

QMS: in Qualität investieren

Pharmaindustrie: aktuelle Entwicklung

Industrie pharmaceutique: développements actuels

Insuline beim Typ 2-Diabetiker – eine Übersicht für die Apothekenpraxis

Chantal Schlatter

In den letzten Jahren sind einige Insulinpräparate ausser Handel gekommen, was viele bislang gut eingestellte Diabetiker verunsichert. Dieser Artikel soll am Beispiel des Diabetes mellitus Typ 2 eine Übersicht über die verschiedenen Insuline und Therapieregimes geben sowie Umstellungsempfehlungen und Anwendungshinweise bereitstellen.

Bereits 100 n. Chr. beschreibt der griechische Arzt Aretaios das Krankheitsbild des Diabetes, aber erst 1923 wurde ein Diabetiker erstmals mit Insulin behandelt und so am Leben erhalten. Im selben Jahr noch begann die industrielle Gewinnung von Rinder- und Schweineinsulin. Unterdessen sind die Humaninsuline und die Insulinanaloga dazugekommen. Damit steht Diabetikern eine grosse Zahl von Insulinen mit unterschiedlichen kinetischen Eigenschaften und diversen Applikationsformen zur Verfügung.

Insulinarten

Tierische Insuline werden aus Bauchspeicheldrüsen von Tieren gewonnen, in der Schweiz ist nur noch Schweineinsulin erhältlich. Schweineinsulin unterscheidet sich nur durch eine Aminosäure vom Humaninsulin. Die tierischen Insuline gelten als obsolet, auch wenn sie von einer kleinen Minderheit von Patienten bevorzugt werden. Diese Patienten nehmen Hypoglykämien unter tierischem Insulin besser wahr. Mit anderen Insulinen hingegen fühlen sie sich in ihrer Lebensqualität deutlich eingeschränkt.

Humaninsulin wird gentechnologisch hergestellt und hat dieselbe Aminosäuresequenz wie das menschliche Insulin.

Vor etwa zehn Jahren sind Insulinanaloga auf den Markt gekommen. Durch den Austausch bestimmter Aminosäuren ist eine Steuerung der Pharmakokinetik möglich. Insulinanaloga sind den Human- bzw. tierischen Insulinen punkto Blutzuckerkontrolle oder Hypoglykämierisiko nur wenig überlegen [1]. Allerdings entfällt bei kurzwirksamen Analoginsulinen das Einhalten eines Spritz-Ess-Abstandes, da sie so rasch wirken, dass sie unmittelbar vor oder in Ausnahmefällen sogar nach einer Mahlzeit gespritzt werden können. Auch Zwischenmahlzeiten sind seltener notwendig, was unter Umständen von Vorteil sein kann.

Kasten 1: Aufbewahrung der Insuline

Insulin-Vorrat

→ Im Kühlschrank bei 2–8 °C während drei Monaten haltbar (nicht in der Nähe des Kühlaggregats lagern, gefrorenes Insulin wird unbrauchbar). 30 Minuten vor Gebrauch aus dem Kühlschrank nehmen.

Insulin in Gebrauch

→ Stechampullen sind bei Raumtemperatur 4 (–6) Wochen haltbar (je nach Präparat)
→ Penfills/Fertigpens sind bei Raumtemperatur ebenfalls 4 (–6) Wochen haltbar (je nach Präparat)
→ Die Insuline müssen vor direktem Sonnenlicht geschützt werden.
→ Trübe Insuline vor Anwendung immer mischen (durch hin- und herrollen zwischen den Händen sowie auf und ab schwenken, nicht schütteln).

Auf Reisen

→ Bei längeren Reisen Insulin auf verschiedene Gepäckstücke verteilen und evtl. in ein Frottiertuch einwickeln. Im Flugzeug im Handgepäck mitführen. Hitzestaus in Autos (Kofferraum, Handschuhfach) vermeiden.

Wirkdauer der Insuline

Für alle Insuline (tierische, humane und analoge) gibt es Präparate mit unterschiedlicher Wirkdauer. Für die Therapie mit Insulinen ist vor allem diese Einteilung nach Wirkdauer von Bedeutung, da je nach Therapiekonzept entweder kurzwirksame, intermediärwirksame, langwirksame Insuline oder Kombinationen davon zum Einsatz kommen.

Schnell und kurz wirksame Insuline:
Wirkeintritt nach 15 bis 30 Minuten; Wirkdauer 3 bis 8 Stunden
→ Normalinsulin (kurzwirksames Humaninsulin, auch Altinsulin genannt)
→ kurzwirksame Insulinanaloga
→ tierisches Normalinsulin

Intermediär wirksame Insuline:
Wirkeintritt nach 45 bis 90 Minuten; Wirkdauer bis 12 bis 18 Stunden
→ NPH-Insulin (Verzögerungsinsulin, Humaninsulin mit Protamin). NPH steht für Neutrales Protamin Hagedorn. Hagedorn hat 1936 als erster dieses Verzögerungsprinzip eingeführt.
→ Tierisches Intermediärinsulin (Verzögerungsinsulin)

Mischinsuline (schnell und intermediär wirksam):
Wirkeintritt nach 15 bis 30 Minuten; Wirkdauer 12 bis 18 Stunden
→ humanes Mischinsulin
→ Mischinsulinanaloga
→ tierisches Intermediärinsulin (Verzögerungsinsulin) mit rascher Komponente

Langwirksame Insuline:
Wirkeintritt nach 60 Minuten, Wirkdauer bis 24 Stunden
→ langwirksame Insulinanaloga

6 **Tabelle 1: Übersicht über Insuline: Insulinarten, Präparate, Wirkdauer, Wirkeintritt und Anwendungshinweise**

Human-insuline	**Normalinsulin**	
	Humaninsulin (Actrapid® HM, Insuman® Rapid)	→ Wirkeintritt nach ca. 30 Minuten (Spritz-Ess-Abstand notwendig) → Wirkdauer dosisabhängig ca. 4–6 Stunden → meistens Zwischenmahlzeiten notwendig
	Verzögerungsinuline NPH (Neutrales Protamin Hagedorn)	
	Humaninsulin mit Protamin (Insulatard®, Insuman®, Huminsulin®)	→ Wirkeintritt nach ca. 60 Minuten → Wirkdauer dosisabhängig bis 12–18 Stunden und mehr → Zwischenmahlzeiten notwendig → vor Gebrauch durchmischen
	Mischinsulin*	
	Mischung aus kurz- und langwirksamen Insulin (Mixtard 30®, Insuman® Comb 25)	→ Wirkeintritt nach ca. 30–45 Minuten (Spritz-Ess-Abstand notwendig) → Wirkdauer von 12–18 Stunden je nach langwirksamer Komponente → meistens Zwischenmahlzeiten notwendig → vor Gebrauch durchmischen
Insulin-analoga	**kurzwirksam**	
	Insulin Aspart (NovoRapid®) Insulin Lispro (Humalog®) Insulin Glulisin (Apidra®)	→ Wirkeintritt nach ca. 15 Minuten (kein Spritz-Ess-Abstand notwendig) → Wirkdauer ca. 3–5 Stunden → keine Zwischenmahlzeiten notwendig → weniger Hypoglykämien
	langwirksam	
	Insulin Detemir (Levemir®) Insulin Glargin (Lantus®)	→ Wirkeintritt nach ca. 60 Minuten → Wirkdauer 18–24 Stunden → keine Mischung mit anderen Insulinen in derselben Ampulle möglich → geringere Gewichtszunahme unter Detemir als unter NPH → weniger Hypoglykämien als bei Humaninsulinen (allerdings keine direkten Vergleichsstudien vorhanden) → kein Durchmischen wie bei NPH-Insulinen
	Mischanaloga*	
	kurzwirksames Insulin Aspart/protaminverzögertes Insulin Aspart (NovoMix 30®, NovoMix 50®, NovoMix 70®,) kurzwirksames Insulin Lispro/NPL (Neural Protein Lispro) (Humalog Mix 25®; Humalog Mix 50®)	→ Wirkeintritt nach ca. 15 Minuten (kein Spritz-Ess-Abstand) → Wirkdauer bis zu 24 Stunden je nach langwirksamer Komponente → keine Zwischenmahlzeiten → weniger Hypoglykämien → vor Gebrauch durchmischen
Tierische Insuline	**kurzwirksam**	
	Schweineinsulin (Hypurin® Porcine Neutral)	→ Wirkeintritt nach 30-60 Minuten (Spritz-Ess-Abstand notwendig) → Wirkdauer 6–8 Stunden → Zwischenmahlzeiten notwendig
	Verzögerungsinsulin	
	Schweineinsulin mit Protamin (Hypurin® Porcine Isophane)	→ Wirkeintritt nach 2 Stunden (Spritz-Ess-Abstand notwendig) → Wirkdauer 18–24 Stunden → vor Gebrauch durchmischen
	Mischinsulin	
	Mischung aus kurz- und langwirksamen Schweineinsulin (Hypurin® Porcine 30/70 Mix)	→ Wirkeintritt nach 2 Stunden (Spritz-Ess-Abstand notwendig) → Wirkdauer bis 24 Stunden → Zwischenmahlzeiten notwendig → vor Gebrauch durchmischen

* bei den Mischinsulinen (human, tierisch und analog) bezeichnet die Zahl im Produktenamen den Anteil an schnellwirksamem Insulin, z.B. Mixtard 30® = 30% schnellwirksames Insulin

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die im Handel befindlichen Insuline, Wirkeintritt, Wirkdauer und Anwendungshinweise. Humane und tierische Verzögerungs- und Mischinsuline müssen vor der Anwendung immer sorgfältig durchmischt werden, dasselbe gilt für Mischanaloga. Als einfach Regel gilt: trübe Insuline müssen vor der Anwendung durchmischt werden, klare Lösungen nicht. Die Insuline dürfen zum Durchmischen nicht geschüttelt werden, sondern werden 10-mal zwischen den Fingern hin- und hergerollt und anschliessend noch 10-mal auf und ab geschwenkt. Die Regeln für die Aufbewahrung von Insulinen sind im Kasten 1 zusammengestellt.

Applikationsformen

Die dicken Kanülen von damals waren der Schrecken einer jeden Insulintherapie. Heute sind die Nadeln so dünn, dass eine beinahe schmerzfreie subkutane Applikation möglich ist. Spritzen sind nicht mehr die bevorzugte Applikationsform, da es anwendungsfreundlichere Alternativen gibt. Als Notfallausrüstung und vor allem in Spitälern haben sie aber immer noch ihren Platz.

Die gebräuchlichste Applikationsform sind die Pens. Sie gleichen dicken Kugelschreibern und lassen sich mit Insulinpatronen bestücken. Überdosierungen sind kaum möglich, weil die Insulindosis vor der Injektion genau eingestellt werden kann.

Fertigpens sind Einwegpens. Sie werden bereits mit einer Insulinpatrone bestückt geliefert und entsorgt, sobald sie aufgebraucht sind. Sie kommen insbesondere bei Patienten in Frage, für die das Nachladen eines Pens Mühe bereiten könnte.

Bei Insulinpumpen wird das Insulin von einer programmierbaren Pumpe über einen Katheter in den Körper geleitet. Die Pumpe muss dauerhaft am Körper getragen und kann nur für kurze Zeit abgelegt werden. Diese Insulintherapie kommt der physiologischen Situation am nächsten und das Handling mit Injektionen entfällt.

In der Regel stellt jede Firma für die Applikation ihrer Insuline einen nachfüllbaren Pen mit den dazugehörigen Ampullen, einen Fertigpen und evtl. eine Stechampulle zum Aufziehen mit einer Spritze zur Verfügung. Mit einem Pen können in der Regel verschiedene Insuline derselben Firma verwendet werden. Es dürfen aber nur Insuline und Applikationshilfen derselben Firma kombiniert werden, weil diese aufeinander abgestimmt sind. In Tabelle 2 sind die Insulinpräparate den möglichen Applikationshilfen zugeordnet.

Wann ist es Zeit für Insulin?

Ein Einstieg in die Insulintherapie beim Diabetes mellitus Typ 2 ist indiziert, wenn die Zielwerte mit den oralen Antidiabe-

Tabelle 2: Insuline und passende Applikationshilfen

Insulin	Pen			Fertigpen		Stechampulle	Insulinpumpe	Hersteller
	HumaPen® LUXURA			Humalogpen bzw. Huminsulinpen				Eli Lilly (Suisse)
Humalog® 100 I.E.	●			●		●		Eli Lilly (Suisse)
Humalog® Mix 25	●			●				Eli Lilly (Suisse)
Humalog® Mix 50	●			●				Eli Lilly (Suisse)
Huminsulin® basal (NPH)	●			●				Eli Lilly (Suisse)
	Optipen®	OptiClik®	AutoPen®	SoloStar®	OptiSet®			Sanofi Aventis
Apidra®	●	●	●	●		●		Sanofi Aventis
Lantus®	●	●	●	●	●			Sanofi Aventis
Insuman® Basal	●							Sanofi Aventis
Insuman® Rapid	●							Sanofi Aventis
Insuman® Comb 25/75	●							Sanofi Aventis
Insuman® Infusat							●	Sanofi Aventis
	NovoPen® 4		NovoPen® Jun.	FlexPen®				NovoNordisk
NovoRapid®	●		●	●		●		NovoNordisk
Levemir®	●		●	●				NovoNordisk
NovoMix® 30	●		●	●				NovoNordisk
Insulatard® HM	●		●	●		●		NovoNordisk
Mixtard® 30 HM	●		●			●		NovoNordisk
Actrapid® HM						●		NovoNordisk
	Autopen®			–				CP Pharma
Hypurin® Porcine Neutral	●					●		CP Pharma
Hypurin® Porcine Isophane	●					●		CP Pharma
Hypurin® Porcine 30/70 Mix	●					●		CP Pharma

tika nicht erreicht werden (Kasten 2) [2]. Abgesehen von der unbefriedigenden Stoffwechsellage gibt es weitere Indikationen für eine zumindest vorübergehende Therapie mit Insulinen: schwerwiegende Erkrankungen (Infekte, Leber-/Niereninsuffizienz, Myokardinfarkt), Trauma und Schwangerschaftsdiabetes beispielsweise. Um die Stoffwechsellage durch Insuline zu verbessern gibt es verschiedene Therapiemöglichkeiten. Diese werden im Folgenden kurz erläutert [3]. Die tierischen Insuline werden dabei nicht explizit erwähnt, können aber analog zu den Humaninsulinen eingesetzt werden. Die Reihenfolge, in der diese Konzepte beschrieben werden, spiegelt die Zunahme der Effektivität, aber auch den wachsenden Aufwand für den Patienten wider. Je nach Blutzucker-Tagesverlauf wird ein geeignetes Schema gewählt. Je jünger und je selbstständiger ein Patient ist, umso mehr wird versucht, ein möglichst physiologisches Schema zu wählen.

Tabelle 3: Umstellungsempfehlungen für Insulinpräparate und Applikationshilfen

Mixtard® 10 (1–2-mal tägl.) → Insulatard® oder anderes NPH 2-mal tägl.; Dosisreduktion um 10% → Levemir® oder anderes langwirksames Insulinanalogon 1-bis 2-mal tägl.; Dosisreduktion um 20%
Mixtard® 20 (2-mal tägl.) → Mixtard® 30 oder anderes humanes Mischinsulin 2-mal tägl.; Dosisreduktion um 20% → NovoMix® 30 oder anderes analoges Mischinsulin 2-mal tägl.; dosisgleich (Injektion direkt vor der Mahlzeit)
Mixtard® 30 (2-mal tägl.) Applikationshilfe: NovoLet® àFlexPen® InnoLet® àFlexPen®
Mixtard® 40 (2-mal tägl.) → Mixtard® 30 oder anderes humanes Mischinsulin 2-mal tägl.; dosisgleich → NovoMix® 30 oder anderes analoges Mischinsulin 2-mal tägl.; dosisgleich. Injektion direkt vor der Mahlzeit
Mixtard® 50 (2-mal tägl.) → Mixtard® 30 oder anderes humanes Mischinsulin 2-mal tägl.; Dosisreduktion um 20% → Humalog Mix® 50 resp. NovoMix® 30 oder anderes analoges Mischinsulin 2-mal tägl.; Dosisreduktion um 20%
Actrapid® → NovoRapid® oder anderes schnellwirksames Insulinanalogon; dosisgleich, Injektion direkt vor der Mahlzeit
Insulatard® (1-mal tägl.) Applikationshilfe: NovoLet® → FlexPen® InnoLet® → FlexPen®

Kasten 2:

Blutzuckerzielwerte (plasmareferenziert), gemäss Schweizerischer Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie

präprandial:	5–7 mmol/l
postprandial:	< 8 mmol/l
HbA1c:	<6,5–7 %

Der sanfte Einstieg: Bedtime-Insulin

Ein einfacher und sicherer Einstieg in die Insulintherapie beim Typ-2-Diabetiker ist die Applikation eines Verzögerungsinsulins vor der Bettruhe (oder vor dem Abendessen bei Insulinanaloga). Die oralen Antidiabetika werden dabei weitergeführt. Dieses Therapiekonzept ist besonders für Patienten geeignet, die morgens bereits einen erhöhten Nüchternblutzucker aufweisen. Als Bedtime-Insulin kommen NPH-Insuline oder langwirksame Insulinanaloga in Frage (Glargin, Detemir). Aufgrund der Kinetik müssen NPH-Insuline möglichst spät, zwischen 23 und 24 Uhr appliziert werden. Die Insulinanaloga können bereits mit dem Abendessen injiziert werden. Mit Insulinanaloga sind das Hypoglykämierisiko und die Gewichstzunahme (gilt für Detemir) kleiner als mit NPH-Insulinen. Damit das Insulin langsam resorbiert wird, wird es vorzugsweise in den Oberschenkel injiziert.

Mischinsulin-Therapie (konventionelle Insulintherapie)

Die zwei- bis dreimal tägliche Applikation eines Mischinsulins ist eine relativ häufige Therapieform beim Diabetes mellitus Typ 2. Am häufigsten wird ein Mischinsulin mit 30% schnellwirksamer Komponente gewählt. Für diese Therapie können Mischinsulinanaloga oder humane Mischinsuline eingesetzt werden. Dieses Schema ist ebenfalls relativ einfach durchführbar, aber nur für Patienten mit regelmässigem Tagesablauf und regelmässiger Nahrungsaufnahme geeignet. Die Kombination mit oralen Antidiabetika (insbesondere Metformin) wird nur beibehalten, wenn sie einen Vorteil für die Stoffwechsellage zeigt.

Prandiale Insulintherapie

Bei der prandialen Insulintherapie werden dreimal täglich zu den Mahlzeiten kurzwirksame Insuline gespritzt. Sie ist vor allem für Patienten mit postprandial erhöhtem Blutzucker aber noch guten Nüchternwerten geeignet. Metformin wird in der Regel beibehalten. Zum Einsatz kommen Normalinsuline (Spritz-Ess-Abstand von ca. einer halben Stunde) oder kurzwirksame Analoginsuline. Die Dosis kann fix gewählt sein oder – nach entsprechender Schulung – vom Patienten anhand der Kohlehydratmengen selber berechnet werden. Diese Insulintherapie ist physiologischer und lässt mehr Raum für Flexibilität, da auch einmal Mahlzeiten ausgelassen werden können oder Anpassungen der Insulindosis, z.B. nach körperlicher Anstrengung, vorgenommen werden können. Für eine rasche Resorption wird das Insulin ins Abdomen injiziert.

Basis-Bolus-Therapie (intensivierte konventionelle Insulintherapie)

Wenn noch keine ausreichende Stoffwechselkontrolle erreicht wurde, muss die Insulintherapie intensiviert werden. Diese Therapieform gleicht der Insulinbehandlung beim Typ-1-Diabetes. Die Basis-Bolus-Therapie ist der physiologischen Situation am nächsten und erzielt die besten Ergebnisse. Sie bedeutet aber zusätzliche Injektionen und Blutzuckermessungen für den Patienten.

Die Basis wird mit NPH-Insulin oder einem langwirksamen Analoginsulin abgedeckt. Wie beim Bedtime-Insulin wird das Basisinsulin vor der Bettruhe oder – im Falle von Analoga – auch schon mit dem Abendessen gespritzt. Für den Bolus kommen Normalinsulin oder kurzwirksame Analoginsuline in Frage, wie das bei der prandialen Insulintherapie bereits beschrieben wurde. Je besser der Patient geschult werden kann, desto genauer kann er die Insulindosis der Kohlehydratmenge seiner Mahlzeit oder Unregelmässigkeiten anpassen.

Noch eine Stufe weiter geht die Insulintherapie mittels Insulinpumpen. Ei-

ne Basisrate deckt den basalen Insulinbedarf. Vor Mahlzeiten oder zur Korrektur kann per Knopfdruck der Bolus über dieselbe Kanüle zugeführt werden.

Blutzuckerselbstkontrollen

Beim Typ-2-Diabetiker gibt es keine allgemein gültigen Empfehlungen, wie häufig und wann der Blutzucker gemessen werden soll. Das muss für jeden Patienten individuell festgelegt werden und hängt auch vom Therapieschema ab, je nachdem, ob er sich in einer stabilen, instabilen oder Umstellungsphase befindet und wie sein Tagesablauf bezüglich Ernährung und Bewegung aussieht. Grundsätzlich gilt, je feiner und physiologischer die Blutzuckerkontrolle gelingen soll, desto grösser ist in der Regel auch die Anzahl der notwendigen Blutzuckerbestimmungen. Beim Basis-Bolus Prinzip kann das beispielsweise vier Insulininjektionen und vier Blutzuckerbestimmungen täglich bedeuten. Es ist sehr wichtig, dass die Patienten durch eine Diabetesberatung darin geschult werden, wann und wie häufig sie kontrollieren sollen und wie sie die Werte interpretieren müssen.

Umstellungsempfehlungen

In Tabelle 3 sind Umstellungsempfehlungen zusammengestellt für ausser Handel gekommene Insuline und Applikationshilfen. Die Umstellung sollte nur in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt bzw. Diabetologen vorgenommen werden. Beim Wechsel wird die Insulindosis eher tief gehalten und alle drei bis sieben Tage um zwei Einheiten erhöht, bis die Blutzucker-Zielwerte erreicht sind. Während der Umstellung sind deshalb auch häufigere Blutzuckerkontrollen erforderlich. ▮

Dieser Artikel wurde im Auftrag der AKA verfasst von Dr. Chantal Schlatter, Apothekerin, Basel.

Wir danken Dr. med. Beat Schwegler, FMH Innere Medizin und Endokrinologie/Diabetologie, Zuger Kantonsspital, für die Durchsicht des Manuskripts.

Korrespondenzadresse
Arzneimittelkommission der Schweizer Apotheker AKA
Postfach 5247, 3001 Bern
Tel. 044 994 75 63, Fax. 044 994 75 64
E-Mail: mail@aka.ch

Referenzen

[1] Singh SR, Ahmad F, Lal A, Yu C, Bai Z, Bennett H. Efficacy and safety of insulin analogues for the management of diabetes mellitus: a meta-analysis. CMAJ 2009; 180: 385–97.
[2] Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, et al. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care 2009; 32: 193–203.
[3] Philippe J, Brändle M, Carrel J, et al. Massnahmen zur Blutzuckerkontrolle bei Patienten mit Typ-2-Diabetes-mellitus. Consensus statement der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und der Diabetologie (SGED). Schweiz Med Forum 2009; 9: 50–5.

La traduction française paraîtra dans un prochain numéro du pharmaJournal.

Interactions à la sortie de l'hôpital

Monika Lutters, Maria Ullmann, Tanja Keller, Peter Wiedemeier

Les patients qui suivent un traitement à l'hôpital reçoivent des médicaments de divers professionnels. Des médicaments sont prescrits par le médecin de famille et le médecin d'hôpital, puis remis par la pharmacie d'officine et d'hôpital ou administrés par le personnel soignant. Ceci entraîne donc de nombreuses interfaces à l'origine de multiples erreurs.

Le cas

Une patiente née en 1947 a reçu l'ordonnance suivante en sortant de l'hôpital:

Rp. aut simile	
Concor® 5 ma	½ – 0 – 0
Nexium® 20 mg	1 – 0 – 0
Calcimagon® D3 500 mg	1 – 0 – 1
Actonel® 35 mg	1 /semaine (lundi)
Miacalcic® spray nasal 100 mcg	2 – 0 – 0
Flector® Tissugel	max. 2 pansements/j
Sirdalud® 2 mg	0 – 0 – ¼
Lyrica® 75 mg	1 – 0 – 1
Novalgin® gouttes	4 20 gouttes selon besoins
Dafalgan® 500 mg	jusqu'à 4 /j selon besoins
Tebofortin®	1 – 0 – 0
Magnesium-Diasporal® 300 mg	0 – 1 – 0
Stilnox® 10 mg	0 – 0 – 0 – 1
Paragar® / Sirop de figues	3 10 ml/j en cas de besoin
Movicol® Sachets	jusqu'à 3 /j
Primperan® 10 mg compr.	Jusqu'à 3 7j selon besoins

Intervention

Dans le cadre d'un projet étudiant les interactions à la sortie de l'hôpital, les interactions moyennement graves suivantes ont été signalées au médecin-assistant compétent:
Actonel® – Calcimagon®
Actonel® – Magnésium (administré le midi)

Commentaire

Les préparations de calcium sont très souvent prescrites en même temps que des bisphosphonates. Toutefois, ces derniers forment, avec des cations polyvalents, des complexes qui diminuent fortement la résorption déjà faible des bisphosphonates. Mis à part les préparations de calcium, le magnésium, le fer, le zinc et les autres substances minérales interagissent aussi avec les bisphosphonates. De nombreuses de ces préparations sont disponibles dans les drogueries et les supermarchés. Lors de la remise de bisphosphonates, il faudrait donc toujours demander au client s'il prend de telles préparations.

Le lait enrichi au calcium, mais aussi d'autres boissons réduisent la biodisponibilité des bisphosphonates. Si ces médicaments ne sont pas pris avec de l'eau, mais avec du jus d'orange ou du café, la biodisponibilité est réduite de 60%. [1] L'eau minérale ne convient pas non plus en raison de sa teneur en calcium.

La prise de bisphosphonates avec les repas réduit la biodisponibilité jusqu'à 85%. [1] L'idéal serait de les prendre deux à quatre heures avant le petit-déjeuner. Dans la pratique, ceci est toutefois difficile à réaliser. Les informations professionnelles recommandent de prendre l'alendronate et le risédronate au moins une demi-heure avant le repas. [2] La biodisponibilité est certes diminuée de 40% à ce moment-là, mais les fabricants ont augmenté la dose en conséquence.

Un intervalle de deux heures doit également être respecté entre la prise d'un bisphosphonate et d'un médicament contenant des cations polyvalents. Pour de nombreux patients, il est toutefois difficile de prendre les médicaments entre les repas.

Le plus simple consiste à prendre de tels médicaments à diverses heures de la journée. Dans les deux cas présentés, il est possible de repousser la prise de la préparation de calcium à midi ou le soir. Comme la construction et résorption osseuse répond à un rythme circadien prononcé, le prise de calcium le soir doit être privilégiée. [3]

Les préparations de calcium ne doivent pas être réparties en plusieurs administrations par jour. Il existe différentes préparations de calcium hautement dosées (1 g Calcium et 800 I.E. Vitamine D) qui permettent de prendre un seul comprimé. Il faut rappeler que la prise d'au moins 1 g de calcium par jour est recommandée pour prévenir l'ostéoporose.

Les médicaments contre les troubles de la thyroïde (L-Thyroxin), les quinolones et les tétracyclines sont d'autres groupes de substances actives qui, accompagnés de cations polyvalents, créent des complexes difficilement résorbables.

Après une étude d'interaction, nous avons recommandé, dans les homes que nous dirigeons, de prescrire les médicaments qui contiennent du calcium, du magnésium, du fer ou d'autres substances minérales le midi. En règle générale, les médicaments qui interagissent sont uniquement prescrits le matin (biphosphonates, L-Thyroxin) ou le matin et le soir (quinolones, tétracyclines). De nombreuses interactions peuvent donc être évitées de la sorte. ▮

Adresse de correspondance
Dr Monika Lutters
Kantonsspital Baden
Spitalapotheke
5404 Baden

[1] Gertz BJ, et al. Studies of the oral bioavailability of alendronate. Clin Pharmacol Ther 1995; 58: 288–298
[2] Compendium
[3] Blumsohn A. et al. The Effect of Calcium Supplementation on the Circadian Rhythm of Bone Resorption. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 1994; 79: 730–735

Interaktionen bei Spitalaustritt

Monika Lutters, Maria Ullmann, Tanja Keller, Peter Wiedemeier

Patienten, die eine Behandlung im Spital benötigen, werden von verschiedenen Fachpersonen medikamentös betreut. Arzneimittel werden sowohl vom Hausarzt als auch vom Spitalarzt verordnet, abgegeben werden sie von der Offizin- und der Spitalapotheke, verabreicht von Pflegepersonen. Dabei ergeben sich zahlreiche Schnittstellen, die Ursache vielfältiger Fehler sein können.

Der Fall

Eine Patientin, Jahrgang 1947, wurde mit folgendem Austrittsrezept aus dem Spital entlassen:

Rp. aut simile	
Concor® 5 mg	½ – 0 – 0
Nexium® 20 mg	1 – 0 – 0
Calcimagon® D3 500 mg	1 – 0 – 1
Actonel® 35 mg	1 /Woche (Montag)
Miacalcic® Nasenspray 100 mcg	2 – 0 – 0
Flector® Tissugel	max. 2 Pflaster/d
Sirdalud® 2 mg	0 – 0 – ¼
Lyrica® 75 mg	1 – 0 – 1
Novalgin® Tropfen	4 20 Tropfen nach Bedarf
Dafalgan® 500 mg	bis 4 /d nach Bedarf
Tebofortin®	1 – 0 – 0
Magnesium-Diasporal® 300 mg	0 – 1 – 0
Stilnox® 10 mg	0 – 0 – 0 – 1
Paragar®/Feigensirup	3 je 10 ml/d bei Bedarf
Movicol® Sachets	bis 3 /d
Primperan® 10 mg Tabl.	bis 3 7d nach Bedarf

Intervention

Im Rahmen einer Projektarbeit, die Interaktionen bei Spitalaustritt untersucht, wurden dem zuständigen Assistenzarzt folgende mittelschwere Interaktionen gemeldet:
Actonel® – Calcimagon®
Actonel® – Magnesium (wird jedoch mittags verabreicht)

Kommentar

Calciumpräparate werden sehr häufig zusammen mit Bisphosphonaten verordnet. Diese bilden jedoch mit mehrwertigen Kationen Komplexe, die die ohnehin geringe Resorption der Bisphosphonate stark beeinträchtigen. Neben Calciumpräparaten interagieren auch Magnesium-, Eisen-, Zink- und Mineralstoffpräparate sowie Antazida mit den Bisphosphonaten. Viele dieser Präparate kann man in Drogerien oder Supermärkten kaufen. Deshalb sollte bei der Abgabe von Bisphosphonaten immer nach der Einnahme solcher Präparate gefragt werden.

Nicht nur die calciumhaltige Milch, sondern auch andere Getränke verringern die Bioverfügbarkeit der Bisphosphonate. Schluckt man diese Medikamente mit Orangensaft oder Kaffee statt Wasser, reduziert sich die Bioverfügbarkeit um 60 Prozent. [1] Mineralwasser ist aufgrund des Calciumgehalts ebenfalls nicht geeignet.

Die Einnahme von Bisphosphonaten zum Essen reduziert die Bioverfügbarkeit um bis zu 85 Prozent. [1] Optimal wäre die Einnahme zwei bis vier Stunden vor dem Frühstück, aber das ist in der Praxis kaum durchführbar. In der Fachinformation wird empfohlen, Alendronat und Risedronat mindestens eine halbe Stunde vor dem Essen einzunehmen. [2] Die Bioverfügbarkeit ist zu diesem Zeitpunkt zwar um 40 Prozent verringert, aber die Hersteller haben die Dosis entsprechend erhöht.

Auch zwischen der Einnahme eines Bisphosphonats und eines Arzneimittels mit mehrwertigen Kationen sollte ein Abstand von zwei Stunden eingehalten werden.

Am einfachsten ist es für die Patienten, solche Medikamente zu verschiedenen Tageszeiten einzunehmen. Bei den beiden vorliegenden Fällen ist es möglich, die Einnahme des Calciumpräparats auf den Mittag oder auf den Abend zu verschieben. Da der Knochenauf- und -abbau einem ausgeprägten circadianen Rhythmus folgt, ist die Calciumgabe am Abend vorzuziehen. [3]

Calciumpräparate brauchen nicht auf mehrere Gaben pro Tag verteilt zu werden. Es gibt verschiedene hoch dosierte Calciumpräparate (1 g Calcium und 800 I.E. Vitamin D), so dass nur eine Tablette geschluckt werden muss. Es sei daran erinnert, dass zur Osteoporose-Prophylaxe mindestens 1 g Calcium täglich eingenommen werden muss.

Weitere Wirkstoffgruppen, die mit mehrwertigen Kationen schwer resorbierbare Komplexe eingehen, sind Schilddrüsenpräparate (L-Thyroxin), Chinolone und Tetrazykline.

In den von uns betreuten Pflegeheimen haben wir nach einer Interaktionsstudie empfohlen, Medikamente, die Calcium, Magnesium, Eisen oder andere Mineralstoffe enthalten, grundsätzlich mittags zu verordnen. Da die interagierenden Arzneimittel in der Regel nur morgens (Bisphosphonate, L-Thyroxin) oder morgens und abends (Chinolone, Tetrazykline) verabreicht werden, können viele Interaktionen vermieden werden. ▮

Korrespondenzadresse
Dr. Monika Lutters
Kantonsspital Baden
Spitalapotheke
5404 Baden

[1] Gertz BJ, et al. Studies of the oral bioavailability of alendronate. Clin Pharmacol Ther 1995; 58: 288–298
[2] Kompendium
[3] Blumsohn A. et al. The Effect of Calcium Supplementation on the Circadian Rhythm of Bone Resorption. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 1994; 79: 730–735

Flash



Alles klar in Europa

Das lange (und bange) Warten ist zu Ende, das Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) gefällt: Die EU-Mitgliedstaaten dürfen weiterhin verlangen, dass «Arzneimittel von Apothekern vertrieben werden, die über tatsächliche berufliche Unabhängigkeit verfügen». Das heisst, dass Deutschland und Italien an ihrem Fremdbesitzverbot festhalten dürfen, ohne Art. 43 und 48 EG über die Niederlassungsfreiheit und die Ausübung einer selbständigen Erwerbstätigkeit in einem anderen Mitgliedstaat zu verletzen (wir haben bereits verschiedentlich darüber berichtet). Es sei auch künftig «Sache der einzelnen Mitgliedstaaten zu bestimmen, auf welchem Niveau sie den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung gewährleisten wollen und wie dieses Niveau erreicht werden soll». Das heisst auch, dass in absehbarer Zeit keine einheitliche Gesundheitspolitik in den EU-Staaten zu erwarten ist.
Für Schweizer Apotheker ist nicht das eigentliche Urteil von Interesse, sondern die Begründungen. Sie bestätigen, was pharmaSuisse seit langem postuliert. So betonen die EU-Richter den besonderen Charakter der Arzneimittel, deren therapeutische Wirkungen sie substanziell von den übrigen Waren unterschieden. Und: «Nichtapotheker unterscheiden sich von Apothekern dadurch, dass sie definitionsgemäss keine derjenigen der Apotheker entsprechende Ausbildung, Erfahrung und Verantwortung haben. Demnach bieten sie nicht die gleichen Garantien wie Apotheker.»
Für die EU-Richter ist auch klar und legitim, dass Apotheker, wie alle anderen Berufsleute, das Ziel verfolgen, Gewinn zu erwirtschaften. Die Richter gehen aber davon aus, dass die Apotheken nicht aus rein wirtschaftlichen Zwecken, sondern auch unter einem beruflich-fachlichen Blickwinkel betrieben werden.
Wie gesagt: Dieses Urteil gilt für die EU-Mitgliedstaaten. Die erwähnten Begründungen indessen treffen auch bei uns zu, was Schweizer Apotheker in ihrer täglichen Arbeit beweisen.

Christa Rüedi

Statu quo en Europe

La longue (et fébrile) attente a pris fin. La Cour de justice européenne (CJCE) a maintenant rendu son jugement: les États membres de l'UE peuvent exiger, à l'avenir également, que «les médicaments soient exclusivement commercialisés par des pharmaciens qui exercent leur profession en toute indépendance». L'Allemagne et l'Italie peuvent donc imposer leur interdiction pour les non-pharmaciens de posséder une pharmacie sans pour autant enfreindre les articles 43 et 48 EG sur la liberté d'établissement et l'exercice d'une activité indépendante dans un autre pays membre (nous avons déjà consacré plusieurs articles à ce sujet). A l'avenir, «chaque État membre pourra donc déterminer à quel niveau il veut protéger la santé de la population et fixer la manière dont ce niveau doit être atteint.» Toutefois, cela signifie aussi qu'à terme, aucune politique de santé commune ne sera introduite dans les États européens.
Pour les pharmaciens suisses, les justifications sont plus importantes que le jugement en soi. Elles renforcent ce que pharmaSuisse défend depuis bien longtemps. Ainsi, les juges européens soulignent le caractère particulier des médicaments, qui se distinguent des autres produits par leurs effets thérapeutiques. Ils précisent aussi la chose suivante: «Les non-pharmaciens ne disposent pas de la même formation, expérience et responsabilité que les pharmaciens et n'offrent donc pas les mêmes garanties que ces derniers.»
Les juges européens confèrent aux pharmaciens le droit légitime de réaliser des profits, comme toutes les autres professions.
Ils estiment cependant que les pharmacies ne doivent pas être guidées par des intérêts strictement économiques, mais aussi éthiques.
Nous le répétons: le jugement en question s'applique uniquement aux pays membres de l'UE. Cependant, les justifications évoquées nous concernent aussi. Les pharmaciens suisses le prouvent jour après jour.

Christa Rüedi

Zwischen Forschung und Markt

Hans Jürgen Heppner

Gemessen am Umsatz gehört die pharmazeutische Industrie weltweit zu den zehn grössten Industriezweigen. Sie ist in den letzten 20 Jahren am schnellsten gewachsen und erreichte 2007 ein weltweites Umsatzplus mit einem Marktzuwachs von ca. 6,5 Prozent. Allerdings werden für die nächsten Jahre rückläufige Wachstumsraten prognostiziert.

Die Hälfte des Umsatzes wird in Nordamerika generiert. Der zweitgrösste Einzelmarkt nach den USA und Kanada ist Japan. Deutschland, als der grösste europäische Pharmamarkt, folgt auf Rang drei. Marktforschungsunternehmen rechnen damit, dass die Umsätze im kommenden Jahr nur um rund fünf Prozent zulegen werden. Niedrige Medikamentenpreise oder Höchstpreisverordnungen werden, vornehmlich in Deutschland, gesetzlich geregelt, Veränderungen in der Anbieter- und Abnehmerstruktur sowie Generikahersteller lassen die Renditen der Unternehmer stetig sinken.

Marktumfeld der pharmazeutischen Industrie

Europa

Die Marktanteile in Europa sind stetig gewachsen, so dass es zum weltweit zweitgrössten Pharmamarkt wurde. Allerdings bewirken die gesundheitspolitischen Strategien der einzelnen Länder eine Stärkung der Generikaanbieter, was zu einem geringer werdenden Wachstum führt. Zusätzlich ist Europa in verschiedene Teilmärkte zerlegt.

USA

Da die Umsätze für pharmazeutische Produkte in den USA stärker stiegen als in Europa, entwickelte sich dort der weltgrösste Pharmamarkt mit einem Marktanteil von rund 40 Prozent. Unterstützt werden diese Entwicklungen von der freien Preisgestaltung, der Möglichkeit, Endabnehmer patentgeschützter Medikamente direkt zu bewerben und die herausragende Kompetenz in Forschung und Entwicklung. Weiterhin besteht eine starke Vernetzung zwischen Wissenschaft und Wirtschaft.

Geschäftsmodelle und Strategien

Kaum eine Branche ist so forschungsintensiv wie die Pharmaindustrie. Durchschnittlich 15 bis 16 Prozent vom Umsatz der Pharmaindustrie müssen für Forschung und Entwicklung aufgewendet werden, und das Risiko des Scheiterns von Neuentwicklungen ist hoch: Nur einer von 6000 erprobten Wirkstoffen gelangt letztlich auf den Markt, nur eines von zehn Medikamenten, das die klinische Phase erreicht, wird zu einem verkaufsfähigen Präparat. Forschung und Entwicklung sind eine wichtige Unternehmensfunktion, deren Kernaufgabe es ist, Wettbewerbsvorteile zu schaffen und an erster Stelle des Produktlebenszyklus zu stehen. In der pharmazeutischen Industrie unterteilt sich die Forschung und Entwicklung in die vier Entwicklungsabschnitte präklinische Forschung, klinische Studien, Zulassungsverfahren, Markterschliessung, die alle durchlaufen werden müssen.

Kaum eine Branche ist so forschungsintensiv wie die Pharmaindustrie

Alle führenden europäischen Unternehmen verlagern ihre Aktivitäten in Forschung und Entwicklung mehr und mehr in die USA oder nach Asien. Weitere Beweggründe sind die regionale Nähe zum grossen Pharmamarkt und bessere Zugänge zu Ressourcen, insbesondere zu hochqualifizierten Mitarbeitern, die stärkere Vernetzung zwischen Wirtschaft und Wissenschaft sowie die Zusammenarbeit mit renommierten Universitäten. Zudem steht die amerikanische Bevölkerung neuen Technologien, wie der Bio- und Gentechnik, aufgeschlossener gegenüber als die Bürger in Europa. Zwar werden auf dem Gebiet der Grundlagenforschung gute Fortschritte erzielt, aber die gesetzlichen Vorgaben schränken das Gewinnpotenzial zunehmend ein. Interne und externe, sich stetig ändernde, Rahmenbedingungen beeinflussen das System immer mehr.

Innovationsdruck auf die pharmazeutischen Unternehmen

In der Entwicklung des pharmazeutischen Marketings nehmen Verdrängungswettbewerb und Kundenemanzipation zu. Weiterhin verringert sich die Patentschutzzeit kontinuierlich. Der Direktkontakt mit den unterschiedlichen Institutionen innerhalb des Gesundheitssektors wird für das Marketing medizinischer Innovationen unerlässlich sein. Es muss eine frühzeitige Ausrichtung der Neuentwicklungen an

die Kundenbedürfnisse erfolgen, denn Innovationen bilden die Grundlage unternehmerischen Erfolges.

Der Zeitraum von der Entwicklung bis zur Zulassung eines Medikamentes hat sich in den letzten Jahren drastisch verlängert, der Zeitrahmen für die Alleinvermarktung hingegen deutlich verringert. So ist die Nutzungsdauer der Patente für neue Therapien von über zehn Jahren in den 1960er Jahren auf unter ein Jahr zurückgegangen. Weiterhin sind die Gesundheitssysteme, und damit auch die pharmazeutische Industrie, zunehmend staatlichen und politischen Eingriffen ausgesetzt. Innovationen sind auch heute eine treibende Kraft für die erfolgreiche Entwicklung von Pharmaunternehmen. Durch neue Wirkstoffe, neue Darreichungsformen oder Produktionsverfahren entwickeln sich bestehende und neu gegründete Unternehmen erfolgreich.

Damit technisch wissenschaftliche Innovationen auch in Zukunft den Erfolg der Pharmabranche sichern können, sind geeignete staatliche Rahmenbedingungen notwendig.

Grundlagen für Innovation

- → Zugang für Patienten zu neuen, innovativen Medikamenten
- → Fördergelder für biomedizinische Grundlagenforschung
- → Schaffung marktwirtschaftlicher Bedingungen
- → effektiver Patentschutz für Arzneimittel
- → effiziente rechtliche Rahmenbedingungen
- → Handelsfreiheit unter wirtschaftlichen Rahmenbedingungen

Innovationsbereiche

- → Neue chemisch definierte Wirkstoffe, definierte Naturstoffe, Biopharmazeutika, Genomforschung und Analogwirkstoffe
- → Neue Darreichungsformen und neue spezifisch wirksame Arzneimittelkombinationen
- → Erweiterungen der Anwendungsgebiete vorhandener Wirkstoffe
- → Spezifische Verbesserungen bekannter Wirkstoffe
- → Neue Applikationsformen
- → Verbesserte Produktionsverfahren von Wirkstoffen

Preisbildungsstrategien bei Markteinführung

- → Hochpreispolitik (Skimming-Strategie). Ziel: hohe kurzfristige Gewinne, um die Forschungs- und Entwicklungskosten rasch zu amortisieren. Voraussetzung: echte Innovation. Preissenkungsspielraum bleibt vorhanden, oftmals wird der hohe Preis als Qualitätsindikator interpretiert.
- → Niedrigpreispolitik (Penetrationsstrategie). Ziel: Absatz grosser Mengen, um die Gewinne zu erzielen. Voraussetzung: grosses Marktpotenzial, so dass hohe Gesamtdeckungsbeiträge generiert werden können. Die Herstellungskosten müssen niedrig sein.

Vertriebswege

Pharmazeutischer Grosshandel

Zwar führte der Anstieg des Arzneimittelkonsums in den einzelnen Bereichen zu Gewinnzuwächsen, jedoch liessen Gesundheitsstrukturgesetze die Entwicklungen weit hinter den Erwartungen zurückbleiben. So lagen die Zuwachsraten am Gesamtmarkt nur bei 1,5% und die Wettbewerbssituation hat sich durch die Reduktion der Handelsspannen und dem Verbot von Naturalrabatten weiter verschärft.

Direktgeschäft

Beim Direktgeschäft zwischen der Pharmaindustrie und der Apotheke entfallen Grosshändlermargen und können von der Industrie abgeschöpft werden.

Exklusivverträge

Pharmaunternehmen vereinbaren mit einem Grosshändler, ausschliesslich ihre Produkte zu festgelegten Gebühren zu vertreiben. Dies verändert zwar die Struktur des Grosshandels, sichert aber den Pharmaunternehmern einen termingebundenen Kommissionsagenten im Sinne eines Logistikdienstleisters.

Pre-whole sale

Der Pharmakonzern hat die Möglichkeit, die Kostenstrukturen der Logistik vollständig auszulagern. Der Grosshändler übernimmt verlässlich Lagerhaltung und Lieferung der Arzneimittel und entlastet somit das Pharmaunternehmen.

Apotheken

Die Medikamentenabgabe erfolgt in klassischer Weise in öffentlichen Apotheken und ist an die persönliche Qualifikation des Apothekers und bestimmte räumliche Voraussetzungen gebunden.

Neue Märkte

Die Globalisierung verlässt die Betrachtung der Vorstellung der traditionellen Pharmamärkte in Europa und den USA und stellt sich der Herausforderung der Erschliessung neuer Standorte in Asien, vornehmlich in China und Japan. Japan ist derzeit der zweitgrösste Markt mit rund 11% der globalen pharmazeutischen Industrie. So gilt es jetzt auf die flexiblen Bedürfnisse zur Teilnahme am ausländischen Markt zu reagieren und globales Entwicklungspotenzial zu erschliessen. Auch der Beitritt in die Welthandelsorganisation (WTO) spielt bei der Globalisie-

rung eine grosse Rolle, denn damit können bessere Geschäftsrahmenbedingungen geschaffen werden, wie die Reduzierung des Einfuhrzolles pharmazeutischer Produkte um 3,2% oder der freie Vertrieb in ganz China.

So wird deutlich, dass Unternehmenszusammenschlüsse in der pharmazeutischen Industrie strategisch wichtig sind, um das jeweilige Portfolio zu komplettieren.

Zukünftige Herausforderungen

Das Hauptproblem der grossen Pharmaunternehmen (Big Pharma) stellen derzeit gestiegene Forschungsaufwendungen verbunden mit weniger Innovationen dar. Kooperationen mit akademischen Forschungsbereichen an Hochschulen erschliessen einen ausgeprägten Wissenstransfer und ermöglichen zusätzlich die Rekrutierung von hervorragenden Forschergruppen für die Unternehmen und sichern damit Innovationsvorteile auf dem konkurrierenden Markt. Dies wird verdeutlicht, wenn man im Rahmen einer Literaturrecherche die gemeinsamen wissenschaftlichen Publikationen von universitären Forschergruppen und pharmazeutischen Unternehmen betrachtet. Die Zahl dieser Gemeinschaftsarbeiten ist in den letzten Jahren zunehmend angestiegen. Durch die Veränderung der gesellschaftlichen Strukturen gewinnen Lifestyle-Präparate zunehmend an Bedeutung und somit sollte auch von Herstellerseite dieses individualisierte Gesundheitsbewusstsein aufgenommen und gestärkt werden. Ein nicht ganz einfach zu kontrollierendes Problem stellen die Parallelbzw. Reimporte dar. Hier haben die pharmazeutischen Hersteller kaum eine Möglichkeit die Verluste der Marktanteile aufzuhalten.

Dem Wettbewerbsdruck unter den bestehenden Unternehmen begegnet die Branche mit Kostensparprogrammen. Es wird versucht, die Organisationsstruktur zu verschlanken, Effektivität und Produktivität zu erhöhen und damit auch ein Trend zum Personalabbau geführt. Dies bedeutet aber auch, dass sich die Unternehmen mehr auf ihre Kernkompetenz konzentrieren müssen. Entscheidend ist auch die unternehmerische Standortwahl.

Ausblick

Im Rahmen der Globalisierung, die ja die Vergrösserung des Kundenpotenzials bedeutet, können positive ökonomische Entwicklungen der Schwellenländer genutzt werden. Dort finden stetig Reformierungen des Patentrechtes statt und es handelt sich um günstige Produktionsstandorte. Diese Länder verfügen über hohe Bevölkerungszahlen und damit verbunden neue Absatzmöglichkeiten. Die hohen Bevölkerungszahlen erlauben die gezieltere Durchführung von klinischen Studien. Bei entsprechender Standortverlegung ist es möglich, bei niedrigeren Lohnkosten entsprechend niedrige Produktionskosten zu erwirtschaften. Auch diese Länder zeigen einen höheren Medikamentenverbrauch im Sinne der Reaktion auf den demographischen Wandel der damit verbundenen steigenden Lebenserwartungen. Eine weitere Möglichkeit zur Marktexpansion stellen die Erweiterung der Selbstmedikation und der höhere Absatz von sogenannten Lifestyle-Medikamenten dar. ▮

> Innovationen bilden die Grundlage unternehmerischen Erfolges

Korrespondenzadresse
OA Dr. Hans Jürgen Heppner
2. Medizinische Klinik – Akutgeriatrie am Klinikum Nürnberg
Bereichsleitung internistische Intensivmedizin
Lehrstuhl für Innere Medizin – Geriatrie
Universität Erlangen-Nürnberg
Prof.-E.-Nathan-Str.1
D-90419 Nürnberg
Tel. 0049 (0) 911 398 2434
Fax 0049 (0) 911 398 2117
E-Mail: hjheppner@online.de

Entre marché et recherche

Hans Jürgen Heppner

Mesurée à son chiffre d'affaires, l'industrie pharmaceutique est l'une des dix principales branches industrielles dans le monde. Ces vingt dernières années, elle a connu la croissance la plus forte avec une augmentation de près de 6,5% en 2007. Ce taux de croissance devrait cependant diminuer dans les années à venir.

La moitié du chiffre d'affaires est réalisée en Amérique du Nord. Le Japon est le deuxième plus grand marché après les États-Unis et le Canada. L'Allemagne, le principal marché pharmaceutique européen, arrive en troisième position. Les sociétés d'études de marché tablent sur une progression des ventes de 5% seulement l'an prochain. Les marges des entreprises ne cessent de diminuer en raison des prix minimums imposés sur les médicaments, des réglementations de prix plafonds, en particulier en Allemagne, ainsi que des changements dans la structure des fournisseurs, des consommateurs et des fabricants de génériques.

Volume de marché de l'industrie pharmaceutique

Europe

Les parts de marché sont en constante progression en Europe. Ceci en fait d'ailleurs le deuxième marché pharmaceutique du monde en terme de volume. Les stratégies des différents pays en matière de politique de la santé favorisent toutefois les fournisseurs de génériques et freinent la croissance. L'Europe est en outre divisée en plusieurs marchés partiels.

États-Unis

Les ventes de produits pharmaceutiques progressent plus fortement aux États-Unis qu'en Europe. C'est donc là que s'est développé le plus grand marché du monde avec une part de marché de près de 40%. Ce phénomène est accentué par la liberté des prix, la possibilité de faire de la publicité pour des médicaments protégés par un brevet directement auprès du consommateur et la compétence exceptionnelle des États-Unis en matière de recherche et développement.

Stratégies et modèles commerciaux

Peu de branches sont aussi impliquées dans la recherche que l'industrie pharmaceutique. En moyenne, 15 à 16% de ses bénéfices doivent être investis dans la recherche et le développement. Le risque d'échec des nouveaux développements de produits est lui aussi élevé: un seul principe actif sur 6000 arrivera au stade de la mise sur le marché, un seul des dix médicaments qui ont atteint le stade des essais cliniques deviendra une préparation commercialisable. La recherche et le développement sont un domaine-clé des entreprises, dont le principal objectif est de créer des avantages compétitifs et de se positionner au premier rang dans le cycle de vie des produits. Dans l'industrie pharmaceutique, la recherche et le développement sont subdivisés en quatre stades de développement: la recherche préclinique, les essais cliniques, l'homologation et le marketing.

Peu de branches sont aussi impliquées dans la recherche que l'industrie pharmaceutique

Les entreprises européennes sont de plus en plus nombreuses à transférer leurs activités de recherche et de développement aux États-Unis ou en Asie. D'autres raisons de les délocaliser sont la proximité régionale avec le plus grand marché pharmaceutique, un meilleur accès à des collaborateurs hautement qualifiés, les liens plus étroits entre les domaines scientifique et économique, ainsi que la coopération avec des universités renommées. En outre, les Américains sont généralement plus ouverts que les Européens aux nouvelles technologies. Des progrès sont réalisés dans le domaine de la recherche fondamentale, mais la législation limite de plus en plus les possibilités de profits. Les conditions-cadres internes et externes en perpétuel changement ont aussi une influence croissante sur le système.

La pression de la concurrence force les entreprises pharmaceutiques à innover

La compétition destructive et l'émancipation des clients augmentent dans le développement du marketing pharmaceutique alors que la durée de protection des brevets ne cesse de diminuer. Le contact direct avec les diverses institutions au sein du secteur de la santé est devenu indispensable pour le marketing des innovations médicales. Une orientation précoce des nouveaux développements vers les besoins des clients est importante, car les innovations

sont une des conditions fondamentales de la réussite de l'entreprise.
Ces dernières années, la période qui va du développement à l'homologation d'un médicament a fortement augmenté alors que la durée du monopole de vente est drastiquement réduite. De plus de dix ans dans les années 60, la durée d'exploitation des brevets pour de nouveaux traitements est passée à moins d'un an. En outre, les systèmes de santé, et donc aussi l'industrie pharmaceutique, sont de plus en plus soumis aux interventions des politiques et de l'État. Aujourd'hui encore, les innovations sont le moteur de la réussite des entreprises pharmaceutiques. Le succès des entreprises existantes mais aussi nouvelles tient à la mise au point de nouveaux principes actifs, de nouvelles formes galéniques ou de nouveaux procédés de fabrication.

Des conditions-cadres étatiques sont indispensables pour que les innovations scientifiques puissent elles aussi garantir à l'avenir le succès de la branche pharmaceutique.

Les bases nécessaires à l'innovation

→ Accès des patients à de nouveaux médicaments innovants
→ Octroi de subventions à la recherche fondamentale biomédicale
→ Création de conditions économiques favorables
→ Protection efficace des médicaments par un brevet
→ Conditions-cadres juridiques efficaces
→ Liberté du commerce assortie de conditions-cadres économiques

Les différents domaines d'innovation

→ Nouvelle définition chimique de principes actifs, substances naturelles définies, produits biopharmaceutiques, recherche génomique et principes actifs analogues
→ Nouvelles formes galéniques et nouvelles associations de médicaments à action spécifique
→ Élargissement des domaines d'utilisation des principes actifs existants
→ Améliorations spécifiques de principes actifs connus
→ Nouvelles formes d'application
→ Amélioration des procédés de fabrication des principes actifs

Stratégies de formation de prix lors de la mise sur le marché

→ Politique de prix élevés (stratégie du «skimming»). Objectif: réaliser des bénéfices élevés à court terme afin d'amortir rapidement les frais de recherche et de développement. Condition: une authentique innovation. Il existe une marge de manœuvre de baisse des prix. Souvent, un prix élevé est interprété comme un signe de qualité.
→ Politique de bas prix (stratégie de pénétration). Objectif: vendre de grosses quantités pour réaliser un bénéfice. Condition: disposer d'un gros potentiel de marché pour pouvoir générer des marges brutes globales élevées. Les coûts de production doivent être faibles.

Canaux de distribution

Commerce pharmaceutique en gros

L'augmentation de la consommation de médicaments s'est certes traduite dans certains domaines par une augmentation des bénéfices. Les attentes ont toutefois été déçues en raison des mesures législatives en matière de santé. Ainsi, le taux de croissance du marché global n'a été que de 1,5% et la concurrence a été renforcée du fait de la réduction des marges commerciales et de l'interdiction des rabais en nature.

Vente directe

Les marges de grossiste ne s'appliquent pas à la vente directe entre l'industrie pharmaceutique et les pharmacies et peuvent être prélevées par l'industrie.

Contrats d'exclusivité

Les entreprises pharmaceutiques conviennent avec un grossiste la commercialisation exclusive de leurs produits moyennant une redevance fixe. Cela modifie la structure du commerce en gros mais garantit à l'entreprise pharmaceutique un agent à la commission lié par contrat à durée déterminée au sens d'un fournisseur de logistique.

«Pre-whole sale»

Le groupe pharmaceutique a la possibilité de transférer la totalité des structures de coûts de la logistique. Le grossiste se charge de la gestion des stocks et de la livraison des médicaments et décharge ainsi l'entreprise pharmaceutique.

Pharmacies

La remise des médicaments, qui se déroule de la manière habituelle dans les pharmacies publiques, est tributaire de la qualification personnelle du pharmacien et de certaines contraintes en matière d'espace.

Nouveaux marchés

La mondialisation abandonne l'image des marchés pharmaceutiques traditionnels en Europe et aux

États-Unis et relève le défi de prospecter de nouveaux lieux d'implantation en Asie, notamment en Chine et au Japon. Avec près de 11%, le Japon est aujourd'hui le deuxième plus grand marché de l'industrie pharmaceutique mondiale. Il s'agit aujourd'hui de réagir aux besoins flexibles en vue d'une participation au marché étranger et d'exploiter le potentiel de développement mondial. L'adhésion à l'Organisation mondiale du commerce (OMC) joue également un rôle important dans la mondialisation car elle permet de créer de meilleures conditions-cadres commerciales, comme la réduction de 3,2% des droits de douane sur les produits pharmaceutiques ou la liberté de commercialisation sur l'ensemble de la Chine.

D'où l'importance des fusions d'entreprises dans l'industrie pharmaceutique pour compléter le portefeuille de produits.

> Les innovations sont une des conditions fondamentales de la réussite de l'entreprise

Les défis futurs

Le principal problème auquel les grands groupes pharmaceutiques (Big Pharma) sont confrontés à l'heure actuelle est la hausse des frais de recherche associée à une diminution des innovations. Les coopérations avec des domaines de recherche dans les universités entraînent un transfert de connaissances exceptionnel pour les entreprises et garantissent ainsi les avantages des innovations sur un marché hautement concurrentiel. Cela est clairement visible si l'on considère dans le cadre d'une recherche bibliographique les publications scientifiques communes des groupes de recherche universitaires et des entreprises pharmaceutiques. Le nombre de ces travaux collectifs a fortement augmenté ces dernières années. Suite aux changements survenus dans les structures sociales, les préparations dites de confort ou de style de vie gagnent en importance. Cette prise en charge individualisée de la santé doit être reprise et renforcée par les fabricants. Les importations parallèles ou les réimportations sont un problème difficile à contrôler. Les fabricants de produits pharmaceutiques n'ont aucune possibilité de parer aux pertes de parts de marché. La branche répond à la pression de la concurrence par des programmes de maîtrise des coûts. On essaie d'alléger la structure organisationnelle, d'améliorer l'efficacité et la productivité et de licencier du personnel. Mais cela signifie aussi que les entreprises doivent se concentrer davantage sur leurs compétences de base. Le choix de l'implantation est également déterminant.

Perspectives

Dans le cadre de la mondialisation, qui signifie un accroissement du potentiel de clients, on peut exploiter les développements économiques positifs des pays émergents. Le droit des brevets y est constamment réformé et ce sont des lieux de production avantageux. Ces pays ont une forte densité de population et offrent donc de nouveaux débouchés ainsi que la possibilité de réaliser des études cliniques ciblées. En cas de délocalisation, les bas salaires permettent de réduire les coûts de production. Ces pays se caractérisent en outre par une forte consommation de médicaments en réaction à l'augmentation de l'espérance de vie qui est associée aux changements démographiques. Une autre possibilité d'expansion est le développement de l'automédication et la progression des ventes de médicaments de confort. ▮

Adresse de correspondance

Dr Hans Jürgen Heppner

2. Medizinische Klinik – Akutgeriatrie am Klinikum Nürnberg

Bereichsleitung internistische Intensivmedizin

Lehrstuhl für Innere Medizin – Geriatrie

Universität Erlangen-Nürnberg

Prof.-E.-Nathan-Str.1

D-90419 Nürnberg

Tél. 0049 (0) 911 398 2434

Fax 0049 (0) 911 398 2117

E-mail: hjheppner@online.de

Niereninsuffizienz und niedermolekulares Heparin (pharmaJournal 10/09)

Korrigendum

Clexane® ist nicht kontraindiziert bei schwerer Niereninsuffizienz (CrCl < 30ml/min), wie im Artikel «Niereninsuffizienz und niedermolekulares Heparin» von Dr. Lutters (pharmaJournal vom 14. Mai) fälschlicherweise geschrieben. Clexane® ist im Gegenteil das bestbekannte und einzige Molekül in diesem Bereich, mit einer klaren Dosierungsempfehlung im Arzneimittel-Kompendium der Schweiz:

Standarddosis schwere Niereninsuffizienz
prophylaktische Dosis: Verringerung der Dosis auf 20 mg 1 pro Tag
therapeutische Dosis: Verringerung der Dosis auf 1 mg/kg 1 pro Tag

Bei den selben Patienten ist Nadroparin zur Prophylaxe nicht empfohlen und als Behandlung kontraindiziert. Für Dalteparin beschreibt das Arzneimittel-Kompendium der Schweiz eine unzureichende Datenlage und warnt «Bei Patienten mit schwerer renaler und hepatischer Insuffizienz sollte Fragmin® mit Vorsicht angewendet werden. Es gibt keine Erfahrungen bei Patienten mit renaler Insuffizienz.»

Letzteres stellt ebenfalls die Empfehlung von Dr. Lutters in Frage, Dalteparin als erste Wahl bei schwerer Niereninsuffizienz zu verwenden. ▮

sanofi-aventis (Schweiz) AG

Insuffisance rénale et héparine à bas poids moléculaire (pharmaJournal 10/09)

Errata

Contrairement à ce qui est écrit dans l'article du Dr. Lutters «insuffisance rénale et héparine à bas poids moléculaire» (pharmaJournal du 14 mai) Clexane® n'est pas contre indiqué chez les patients avec une insuffisance rénale sévère (CrCl < 30ml/min). Clexane® est même la molécule la mieux étudiée dans ce domaine et la seule à posséder des indications de posologie claire dans le compendium suisse des médicaments:

Insuffisance rénale sévère:
En prophylaxie, baisser la dose à 20 mg 1 par jour
En traitement, baisser la dose à 1 mg/kg 1 par jour

Chez ces mêmes patients, la nadroparine n'est pas recommandée en prophylaxie et contre indiquée en traitement. Pour la daltéparine, le compendium mentionne un manque de donnée et averti que «Fragmin® doit être utilisé avec prudence chez les patients atteints d'insuffisance rénale».

Cette dernière mention remet également en cause la recommandation du Dr Lutters d'utiliser en priorité la daltéparine chez les patients avec insuffisance rénale sévère. ▮

sanofi-aventis (Suisse) SA

Stellungnahme

Enoxaparin (Clexane®) ist in der Tat – im Gegensatz zu Nadroparin (Fraxiforte®) – nicht kontraindiziert bei Niereninsuffizienz (Kreatininclearance < 30 ml/min).

Sowohl Enoxaparin als auch Nadroparin werden hauptsächlich über die Niere ausgeschieden und können bei Vorliegen einer Niereninsuffizienz akkumulieren. Neben einer Dosisreduktion empfehlen viele Experten ein Monitoring der Anti-Xa-Aktivität – auch bei Patienten mit einer mittelgradigen Niereninsuffizienz (Kreatininclearance 30–50 ml/min) [1,2].

Es gibt mehrere Studien, die zeigen, dass Dalteparin (Fragmin®) in prophylaktischen Dosen bei Patienten mit mittleren bis schweren Nierenfunktionsstörungen nicht akkumuliert wird [3–6]. Trotzdem ist Vorsicht geboten. Nach wie vor gilt unfraktioniertes Heparin als Mittel der Wahl bei Patienten mit einer schweren Niereninsuffizienz [7].

Dr. Monika Lutters

[1] Darius H et al. Antithrombotische Therapie mit niedermolekularen Heparinen bei Niereninsuffizienz. J Kardiol 2004; 11: 7–8

[2] www.fachinfo.de: Clexane

[3] Schmid P et al. Study of bioaccumulation of dalteparin at a prophylactic dose in patients wirh various degrees of impaired renal function. J Thromb Haemost 2009; 7: 552–8

[4] Douketis J et al. Prophylaxis against deep vein thrombosis in critically ill patients with severe renal insufficiency with the low-molecular-weight heparin dalteparin. Arch Intern Med 2008; 168: 1805–12

[5] Tincani E et al. Safety fo dalteparin for the prophylaxis fo venous thromboembolism in elderly medical patiens with renal insufficiency. Haematologica 2006; 91: 976–9

[6] Shprecher AR et al. Peak Antifaktor Xa Activity produced bei Dalteparin Treatment in Patients with renal impairment compared with Controls. Pharmacotherapy 2005; 25: 817–22

[7] Lobo BL. Use of newer anticoagulants in patients with chronic kidney disease. Am J Health Syst Pharm 2007; 64: 2017–26

Agenda 2009

Februar–Juli / février–juillet

14.2.–31.7. Lust, Leid & Wissen: Eine Geschichte der Syphilis und ihrer Therapie, Pharmazie-Historisches Museum Basel, Basel

Juni / juin

17. Umdasch-Seminar: Ladendiebstahl LIVE!, Oberentfelden

18. Umdasch-Seminar: Umdasch Shop Concept-Forum, Lausanne

23.–24. Euroforum Jahrestagung «Arzneimittelversorgung im Umbruch», Zürich

24. Umdasch-Seminar: Mehr Ertrag auf gleicher Fläche, Oberentfelden

26. Tage der Genforschung: Führung: Gentechnisch veränderter Weizen, Zürich

27. Tage der Genforschung: Führung: Gentechnisch veränderter Weizen, Zürich

Den Veranstaltungskalender finden Sie auch auf www.pharmaSuisse.org unter Pharmazie&Fachpublikum → Beruf Apotheker → Fortbildung FPH/Weiterbildung FPH → Veranstaltungskalender
Le calendrier des manifestations se trouve également sur www.pharmasuisse.org, sous Pharmaciens&Politique → Profession pharmacien → Formation postgraduée/Formation continue → Calendrier des manifestations.

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH**

Manifestations reconnues par la FPH officine (O), hôpital (H) et homéopathique (HOM)

Date	O/H/ Hom	titre	organisateur	lieu	heure	informations	PC/ Module	numéro d'identification	prix
Juin									
15.+ 16.06.	O	Comment motiver et dynamiser son équipe en pharmacie?	Zambon Svizzera SA + Global Management Sàrl	Bigorio	10.00	Tél. 091 960 41 11 info@zambongroup.com	78	**3**-15-46-09-P78	400.–
16.06.	O	L'assemblée générale de printemps	ONP	Enges	20.30–22.30	phie.winkler@bluewin.ch	16.5	**1**-41-5-09-P16.5	gratuit
23.06.	O	Ostéoporose, diagnostic et traitement	Société de pharmaciens du canton de Fribourg	Fribourg	19.30	www.pharmaciesfribourg.ch	12.5	**1**-210-02-09-P12.5	gratuit
25.06.	O	Dermatoses du cuir chevelu	Université de Genève et Lausanne	Lausanne	20.00–22.00	Tél. 022 379 78 33 www.unige.ch/formcont	16.5	**1**-91-210-09-P16.5	50.–
25.06.	O/H	Evaluation de la prescription dans un service parisien de pédopsychiatrie	CHUV	Lausanne	12.15–13.00	Andre.Pannatier@chuv.ch	6.25	**1**-103-381-09-P6.25	gratuit
25.06.	O	Acne e altre dermatosi sul viso e sul cuoio capelluto	OFCT	Vacallo	19.00	Tél. 091 922 68 66 segretariato@ofct.ch	12.5	**1**-10-44-09-P12.5	gratuit
28.06.	O	Système nerveux-ostéoporose 1re partie	Phylak Sachsen (Schweiz) GmbH	Pully	09.15–16.45	Tél. 034 461 62 88 barbara.gopalsamy@phylak.ch	50	**1**-74-10-09-P50	120.–

Nous vous demandons de conserver le calendrier des manifestations FPH car les dates de ces manifestations ne seront mentionnées qu'une seule fois dans le pharmaJournal.
Domaines de compétences (correspond au 1er chiffre du numéro d'identification)
1: Compétences pharmaceutiques 2: Compétences en santé communautaire 3: Compétences en gestion 4: Compétences personnelles

FPH-anerkannte Veranstaltungen im Bereich Offizin (O)- und Spitalpharmazie (S) sowie klassischer Homöopathie (H)

Datum	O/S/ H	Titel	Veranstalter	Ort	Zeit	Informationen	KP/ Modul	ID-Nummer	Preis
Juni									
19.– 21.06.	H	Silicea mit Henny Heudens-Mast	Artis Homöopathicae	Solothurn	13.00	info@artis-pfs.ch	138	KH-08-05-09-P138	480.–
20.06.	O	Mikrobiologische Therapie	ebi-pharm ag	Bern	09.30–17.00	Tel. 031 828 12 22 office@ebi-pharm.ch	50	**1**-30-77-09-P50	120.–
20.06.	O	Arzneipflanzen für Frauen zwischen 20 und 40	SMGP	Dietikon	10.00–18.00	Tel. 044 262 65 69 bfalch@gmx.ch	54	**1**-20-22-09-P54	150.–
20.+ 21.06.	H	Krankheitsverständnis, Arzneimittelbilder	BAKH	Bern	09.00–17.00	vorlesung_bakh@mac.com	100	KH-16-05-09-P100	2000.–/Jahr, Studenten: 300.–/Jahr
22.06.	O	Zeitmanagement für Führungskräfte	SPA AG	Bern	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	50	**3**-7-70-09-P50	620.–
22.06.	O	Master of Using HEIDAK – Herz-Kreislauf	Heidak AG	Emmenbrücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-02-09-P50	1950.–
22.06.	O/S	Seminar Infection Prevention	GSASA	Olten	08.30–16.00	www.infectionprevention.ch	45	**1**-103-377-09-P45	120.–
23.06.	O	Vorbereitungskurs Assistenzjahr	pharmaSuisse	Olten	09.00–21.00	silvia.schaller@pharmasuisse.org	71	**3**-68-29-09-P71	Mitglieder: gratis, Nichtmitglieder: 400.–
23.06.	O	Die Führungskraft zwischen Professionalität und Menschlichkeit	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**4**-48-31-09-P50	590.–
23.06.	O	Richtig dorsieren für Jung und Alt	Agfam	Zürich	08.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	50	1-1-15-09-P50	380.– im 6er-Abonnement, 420.– als Einzelkurs

→

23.06.	O/S	Kundenorientierung als Qualitätskriterium	Uni Basel	Basel	09.15–17.00	www.spitalpharmazie.ch	50	**1**-103-378-09-P50	300.–
23.06.	O/S	Sicherung der Qualität von kühlpflichtigen Arzneimitteln	GSASA	Basel	17.30–18.30	hplagge@uhbs.ch	8.25	**1**-103-379-09-P8.25	gratis
23.+ 24.06.	O	Coaching-Werkzeugkasten (Modul I)	SPA AG	Winterthur	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-66-09-P100	3720.–
24.06.	O	ADHS	Hepart AG	Zürich	10.00–16.00	Tel. 071 666 83 40 maria.fattore@hepart.com	33.25	**1**-177-19-09-P33.25	110.–
24.06.	O/S	Therapie mit Metallkomplexen am Beispiel von Kontrastmitteln und Eisenpräparaten	Uni Basel	Basel	09.15–17.00	www.spitalpharmazie.ch	50	**1**-103-380-09-P50	300.–
24.+ 25.06.	O	Der/Die UnternehmerIn als Führungskraft	Metabasis GmbH	Basel	9.00	Tel. +49 7153 61 22 971 info@metabasisgmbh.de	100	**4**-204-10-09-P100	675.–
25.06.	O	Master of Using HEIDAK – Herz-Kreislauf	Heidak AG	Emmenbrücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-02-09-P50	1950.–
25.06.	O	Ohne Vergangenheit keine Zukunft	Pharmazie-Historisches Museum der Uni Basel	Basel	09.00–17.00	Tel. 061 264 91 11 info@pharmazie-museum.ch	50	**2**-246-01-09-P50	350.–
25.+ 26.06.	O	Es gibt fast keine Grenzen- ausser den eigenen	SPA AG	Magglingen	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**4**-7-16-09-P100	1420.–
26.06.	O	Das Nervensystem + Osteoporose – Teil 1	Phylak Sachsen (Schweiz) GmbH	Zürich	09.15–16.45	Tel. 034 461 62 88 barbara.gopalsamy@phylak.ch	50	**1**-74-10-09-P50	150.–
27.06.	H	Fachkurs Materia Medica	Spagyros AG	Gümligen	12.30–16.00	Tel. 031 959 55 88 kurse@spagyros.ch	50	KH-14-06-09-P50	107.60
29.06.	O	Impfungen	Agfam	Zürich	08.30–12.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**2**-1-12-09-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
30.06.	O	Marketing + Kommunikation	medinform GmbH	Zürich	08.30–12.00	Tel. 044 391 76 45 info@medinform.ch	25	**3**-226-105-09-P25	250.–
30.06.+ 01.07.	O	Coaching-Werkzeugkasten (Modul II)	SPA AG	Bern	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-66-09-P100	3720.–
Juli									
01.07.	O	Psoriasis	medinform GmbH	Zürich	08.30–12.00	Tel. 044 994 75 61 mariannebeutler@medinform.ch	25	**1**-226-215-09-P25	200.–
02.07.	O	Ordentliche Frühjahrsversammlung AVKZ	AVKZ	Winterthur	16.00–19.00	Tel. 044 363 45 32 www.avkz.ch	18.75	**2**-56-20-09-P18.75	gratis
03.+ 04.07.	O	Pharmako-botanische Sommerexkursion	SMGP	Brunnen	12.00	Tel. 058 934 59 80 kurse-smgp.isfm@zhaw.ch	87.5	**1**-20-12-09-P87.5	120.– bis 240.–
03.+ 04.07.	H	Arzneimittelherstellung in Theorie + Praxis	SAHP	Lüdernalp	auf Anfrage	www.sahp.ch	100	KH-01-37-09-P100	585.–
04.+ 05.07.	O	Bregenzer Grenzgespräche	Landesapothekerkammer Baden-Württemberg	Bregenz	15.00	www.fortbildung.blak.de	62.5	**1**-137-3-09-P62.5	EUR 40.– bis EUR 50.–
06.07.	O	Ein pharmazeutisches Update	Agfam	Zürich	13.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-9-09-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
06.07.	O	Gemmo Basis-Seminar	Spagyros AG	Luzern	09.00–17.00	Tel. 031 959 55 88 kurse@spagyros.ch	50	**1**-142-1-09-P50	172.15
09.07.	O	Anti-Aging für Haut und Haar	Agfam	Zürich	08.30–12.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-20-09-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
09.07.	O	Up-date Obere Atemwege	medinform GmbH	Zürich	13.30–17.00	Tel. 044 391 76 45 info@medinform.ch	25	**1**-226-108-09-P25	200.–
09.07.	O	Sicherheit und Outdoor-Medizin	Mepha Pharma AG	Egerkingen	09.00–17.00	Tel. 061 705 43 29 www.mepha.ch	62.5	**1**-96-13-09-P62.5	150.– bis 199.–
09.+ 10.07.	O	Die Führungskraft als Coach	Metabasis GmbH	auf Anfrage	09.00	Tel. +49 7153 61 22 971 info@metabasisgmbh.de	100	**4**-204-11-09-P100	675.–
12.+ 13.07.	O	Dipl. Spagyriker Heidak – Modul 2a	Heidak AG	Emmenbrücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	750	**1**-302-03-09-P750	2925.–
17.07.	O	Selbstmanagement	Metabasis GmbH	auf Anfrage	09.00–18.00	Tel. +49 7153 61 22 971 info@metabasisgmbh.de	50	**4**-204-12-09-P50	345.–
21.07.	O	Stellvertreter – Assistent oder Vertretung	Metabasis GmbH	Basel	09.00–18.00	Tel. +49 7153 61 22 971 info@metabasisgmbh.de	50	**4**-204-9-09-P50	345.–

Haben Sie Anregungen, Bemerkungen, Vorschläge zu Kursprogrammen oder einzelnen Kursen?
Wir freuen uns auf Ihr Feedback! Fax 031 978 58 59; kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Veuillez adresser vos remarques, suggestions et propositions concernant les programmes ou les divers cours à Madame Kathrin Zybach (fax 031 978 58 59; e-mail: kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Mitteilungen Communications

pharmaSuisse : Neue Mitglieder pharmaSuisse : Nouveaux membres

Um die Mitgliedschaft beim Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse bewerben sich:

Ont posé leur candidature à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse:

Stud. pharm. / Etudiants pharm.
Bützberger Alexander, Meilen, ZH
Wenzinger Silvana, Suhr, AG

Einsprachen gemäss Reglement Art. 3 Ziff. 3.2 sind innert 10 Tagen schriftlich mit Begründung an den Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld zu richten.

Selon l'art. 3 chiffres 3.2 du règlement, les oppositions éventuelles doivent être motivées et adressées par écrit, dans les 10 jours, à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld.

VS: Assemblée Générale de printemps de la SVPH

Date: Jeudi 18 juin 2009
Heure: 19 h 15
Lieu: Bâtiment de l'association valaisanne des entrepreneurs, Rue de l'Avenir 11, 1950 Sion

BE: Neues Mitglied

Um die Mitgliedschaft beim Apothekerverband des Kantons Bern bewirbt sich:

Anne Pulver, Aare Apotheke,
Hintergasse 7, 3110 Münsingen

Allfällige Einsprachen sind innert drei Wochen an die Geschäftsstelle des Apothekerverbandes des Kantons Bern, Münzgraben 6, 3000 Bern 7, zu richten.

SZ: Neues Mitglied

Um die Mitgliedschaft beim Apothekerverein des Kantons Schwyz bewirbt sich:

Andrea Silvia Meyer,
Stockbergweg 49, 8855 Wangen SZ

Allfällige Einsprachen sind innert drei Wochen an die Geschäftsstelle des Apothekervereins des Kantons Schwyz, Hofmatt-Apotheke, Postfach 221, 6431 Schwyz, zu richten.

†

Avis Mortuaire

Nous avons le regret de vous faire part du décès de

Madame

Maria-Augusta Corbi

27.11.1926–6.5.2009

Pharmacienne, Bissone
Membre de la Société depuis 1972
Membre libre depuis 2002

Nous présentons à sa famille nos condoléances les plus vives et les plus sincères.

pharmaSuisse, Société Suisse des Pharmaciens
Le comité

Spezialitätenliste Liste des spécialités

Die nachfolgenden Erwähnungen sind als Hinweis zu verstehen und betreffen nur einzelne Dosierungen der genannten Präparate. Für die vollständige Liste konsultieren Sie bitte jeweils das zitierte BAG-Bulletin. pharmaSuisse übernimmt keine Gewähr für die Vollständigkeit der folgenden Auflistung und der Auflistungen in vorangehenden Ausgaben des pharmaJournal.

Les indications ci-après doivent être considérées comme des remarques et concernent uniquement les posologies individuelles des préparations citées. La liste complète peut être consultée dans le bulletin de l'OFSP mentionné. pharmaSuisse n'assume aucune responsabilité quant à l'intégralité de la liste ci-après et des listes publiées dans des éditions précédentes du pharmaJournal.

Im BAG-Bulletin 23 vom 2. Juni 2009 sind publiziert:

Publié dans le bulletin de l'OFSP n° 23 du 2 juin 2009:

Gültig ab 1. Juni 2009 / Valable à partir du 1er juin 2009:

→ Neuzugang Präparate / Nouvelles admissions des préparations: Fentanyl Spirig, Tysabri (Limitatio), NovoSeven Suffix, Uman Albumin 20% Kedrion, Uman Albumin 25% Kedrion, Angiox (Limitatio), Goserelin Cimex, Ig Vena Kedrion, Solmag 300
→ Neu gestrichene Präparate/ Packungen / Préparations/emballages radiés: Simvastatin Helvepharm, Gen H B Vax, M M R II, Atropine Ciba Vision
→ Preissenkungen / Réductions de prix: Alendronat Adico 70, Allopurinol Adico, Angiox, Cisplatin Ebewe, Citalopram Adico, Doxorubicin Ebewe, Fluoxetin Adico, Ibuprofen Adico, Nasofan, Tysabri
→ Preiserhöhung / Augmentation de prix: Olfen 75

Akupunktur – Traditionelle Chinesische Medizin

Grundlagenkurs am UniversitätsSpital Zürich, HS 09 und FS 10

Bereits zum 8. Mal führen niedergelassene Schweizer Ärztinnen und Ärzte diesen Grundlagenkurs durch unter dem Patronat von Prof. R. Saller, Institut für Naturheilkunde, Dept. Innere Medizin des USZ. Der Kurs richtet sich an Ärzte, Zahnärztinnen, Tierärzte und Apothekerinnen, sowie Studierende dieser Fachrichtungen. Er wird von der Assoziation Schweizer Ärztegesellschaften für Akupunktur und Chinesische Medizin (ASA) und von der Foederatio Pharmaceutica Helvetiae (FPH) anerkannt, Kreditpunkte: 23 pro Tag).

Ziel des Kurses sind das Verstehen der theoretischen Grundlagen sowie gute Kenntnisse in Physiologie und Pathologie der Traditionellen Chinesischen Medizin, dazu erste Kenntnisse in den therapeutischen Verfahren Akupunktur und Arzneitherapie. Der Kurs kann mit einer MC-Prüfung (Samstag, 5.6.2010) abgeschlossen werden.

Kursleiter: Dr. med. Thomas Grauer,
Wilfriedstrasse 8, 8032 Zürich,
Mail: thomas.grauer@hin.ch

Dozentinnen: Dres. med. B. Ausfeld, K. Buchholz, T. Grauer, I. Hürlimann, A. Koch, V. Meier, A. Naterop, A. Renfer, C. Rossi, L. Roth, S. Schaller, C. Scholtes, H.-E. Truffer.

Kurszeiten: 26 Donnerstage, 17. 9. bis 17. 12. 2009 und 25. 2. bis 3. 6. 2010, jeweils 18.15 bis 21.00 Uhr

Kursort: UniversitätsSpital Zürich,
Kursraum C 307 Nordtrakt.

Kursgebühr: Fr. 2400.– (exkl. Prüfungsgebühr Fr. 200.–)
Anmeldeschluss: 28. 8. 2009

Anmeldung: ASA Kurssekretariat,
Postfach 176, 8575 Bürglen,
Tel. 071 630 09 83, Fax 071 630 09 84,
Mail: o.kappeler@tbwil.ch

QMS-Apotheke

Carine Lehmann

Investitionen in die Qualität der erbrachten Leistungen sind heute unerlässlich, um sich von Discountern und Versandhandel abzuheben. Das Programm «QMS-Apotheke» bescheinigt der Kundschaft, dass die Qualität der von der Apotheke erbrachten Leistungen hervorragend ist und dass es sich dabei nicht um eine Selbstdeklaration handelt, sondern die Überprüfung durch eine neutrale Instanz erfolgt.

Allgemeine Übersicht über das Programm «QMS-Apotheke»

«QMS-Apotheke» ist ein praxisorientiertes Qualitätsprogramm, das von pharmaSuisse, dem Schweizerischen Apothekerverband, entwickelt wurde. Es hat das Ziel, die Qualität der Leistungen der Apotheken zu analysieren und laufend zu verbessern, wobei sämtliche apothekenspezifischen Aspekte berücksichtigt werden: Infrastruktur, Abläufe, Leistungen, Kommunikation und Kundenzufriedenheit. Dieses sehr umfassende Programm ist so zusammengesetzt, dass jede Apotheke unabhängig von ihrer Grösse und Lage daran teilnehmen kann. Sein grosser Vorteil gegenüber anderen Zertifizierungssystemen ist die massgeschneiderte Anpassung an die spezifischen Bedürfnisse der Offizinapotheke.



Carine Lehmann, Projektleiterin QMS

Das Programm basiert auf der internationalen Norm ISAS QMS-Pharma 2010. Diese Norm wurde 1999 von pharmaSuisse entwickelt und definiert die Anforderungen, welche die Apotheken erfüllen müssen, um das internationale Zertifikat ISAS QMS-Pharma 2010 erlangen zu können.

Das Programm «QMS-Apotheke» berücksichtigt die gesetzlichen Vorschriften bezüglich Qualität: Gemäss Art. 58 KVG und Art. 77 KVV müssen nämlich alle anerkannten Leistungserbringer die Qualität ihrer Leistungen belegen können. Um diese Anforderung zu erfüllen, übernahmen pharmaSuisse und santésuisse eine Qualitätssicherungsklausel in den Tarifvertrag LOA III, die auf dem Modul «Rezeptvalidierung» des Systems «QMS-Apotheke» beruht. Die an diesem Programm teilnehmenden Apotheken erfüllen somit unter anderem die Anforderungen des Tarifvertrags und brauchen deshalb keiner zusätzlichen Verpflichtung nachzukommen.

Konkret bilden folgende Elemente das Programm:

Ein QMS-Qualitätshandbuch
Das Handbuch besteht aus zahlreichen Dokumenten, die den Aufbau eines Qualitätssystems in der Apotheke unterstützen. Alle Dokumente liegen auf CD-ROM vor und können einfach individualisiert und an die eigenen Bedürfnisse der Apotheke angepasst werden.

Ein externes Audit
Dieses wird von einem QMS-Apotheke-Auditor durchgeführt und dauert einen Tag. Alle Auditoren sind speziell für diese Tätigkeit geschulte Apotheker. Das Datum des Audits wird von Apotheke und Auditor gemeinsam im Voraus festgelegt.

Anlässlich des Audits beurteilt der Auditor fünf Elemente:

→ Struktur der Apotheke (z. B. Verkaufsfläche, Literatur, Informatiksystem)
→ Arbeitsprozesse (z. B. Arbeitsorganisation, Patientendossier, Dokumentierung der pharmazeutischen Tätigkeiten)
→ Rezeptvalidierung (Fallbeobachtungen)
→ Verkauf und Beratung im OTC-Bereich (Fallbeobachtungen)
→ Kommunikation zwischen dem Team und den Patienten (Fallbeobachtungen)

Eine Kundenzufriedenheitsanalyse
Fünfzig Fragebogen zur Kundenzufriedenheit werden an Kunden abgegeben, von diesen ausgefüllt und anonym an pharmaSuisse zurückgesandt. Die Ergebnisse werden statistisch ausgewertet und in den Auditbericht übernommen.

Ein Auditbericht mit Benchmarking
Dieser wird sechs bis acht Wochen nach dem Audit zugestellt. Das Benchmarking (Methode zur Evaluation des Qualitätsniveaus auf der Grundlage eines anonymen Vergleichs mit anderen Apotheken) erlaubt die Positionierung der Apotheke in einem Gesamtsystem.

Internationales Zertifikat ISAS QMS-Pharma 2010
Erfüllt die Apotheke die geforderten Qualitätskriterien, erhält sie ein internationales Zertifikat ISAS QMS-Pharma 2010 sowie Marketingmaterial. Damit kann sie den Erfolg nach aussen kommunizieren. Das Zertifikat ist drei Jahre gültig und nach Ablauf dieser Zeit durch ein weiteres Audit verlängerbar.

Zwei Testkäufe («Mystery Shopping»)
Diese werden im Auftrag von pharmaSuisse ein und zwei Jahre nach dem Audit durchgeführt. Diese Zwischenaudits zeigen der Apotheke, wo sie zwischen zwei Audits steht.

Teamseminare
Die Apotheke kann sich auf Wunsch für ein Auditvorbereitungsseminar anmelden, das von einem erfahrenen QMS-Apotheke-Auditor geleitet wird.

Bemerkungen zur neuen Version des Programms «QMS-Apotheke»

Knapp zehn Jahre nach Einführung des Programms «QMS-Apotheke» drängte sich eine Auffrischung dieses Systems auf.

Es wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, bestehend aus QMS-Apotheke-Auditoren, QMS-Offinzinapothekern, einem Kantonsapotheker und Qualitätsmanagementexperten; diese Arbeitsgruppe entschied sich für die Einführung eines zweistufigen Systems:

QMS «Basic»
Entspricht dem QMS, wie es 1999 entwickelt wurde. Eine Aktualisierung dieses Systems war erforderlich.

QMS «Plus»
Bestehend aus QMS «Basic», das um verschiedene Module erweitert wird. Es ist für Apotheker vorgesehen, die QMS «Basic» bereits eingeführt haben und ihr Qualitätsmanagement weiter ausbauen möchten.

QMS «Basic»
Zunächst ist festzuhalten, dass es sich um eine Aktualisierung der ersten Version des QMS-Programms handelt, das heisst, das Grundprinzip ist immer noch dasselbe (die im ersten Teil dieses Beitrags erwähnten Elemente sind weiterhin vorhanden).

Die in der Version 2009 vorgenommenen Änderungen des QMS-Programms betreffen inhaltliche Änderungen in folgenden zwei Teilen:

Aktualisierung der Auditkriterien
Die Arbeitsgruppe revidierte sämtliche Auditkriterien und passte sie an. Aufgrund der seit 1999 gewonnenen Erfahrung und der Feedbacks sowie der Weiterentwicklung unseres Berufs wurden Kriterien, die Verwirrung stiften konnten, umformuliert, andere neu geschaffen und einige aufgehoben.

Wichtig ist die Feststellung, dass die Änderungen vor allem Kriterien in den Kapiteln über die Struktur und die Arbeitsprozesse betreffen und nur wenige in den Kapiteln mit Fallbeobachtungen, d.h. Rezeptvalidierung, Verkauf und Beratung im OTC-Bereich und Kommunikation zwischen Team und Patienten. Der Fragebogen zur Kundenzufriedenheit wurde ebenfalls nur leicht geändert.

Es ist schwierig, die Unterschiede hier genau aufzulisten. Folgende wichtige Änderungen und Neuerungen mögen einen Anhaltspunkt für die gemachten Modifikationen geben (die Liste ist jedoch nicht vollständig!):

- → Anpassung der Kriterien zum Umgang mit Generika
- → Politik bezüglich Lieferanten, jährliche Evaluation der Lieferanten, Leitlinien bezüglich Bestellprozesse
- → Strategie zu Telefonanrufen und E-Mails, zur Warenpräsentation in den Gestellen
- → Leitlinien bezüglich Hauslieferdienst
- → Dokumentation der in der Apotheke durchgeführten Analysen (Messung von Blutdruck, Blutglukose usw.), der durch Patienten abgelehnten Generika-Substitutionen, der Notfallabgaben
- → Jährliche Managementbewertung
- → Externes Audit alle 4 Jahre

Aktualisierung des QMS-Qualitätshandbuchs
Das Qualitätshandbuch musste ebenfalls aktualisiert und an die Änderungen bei den Kriterien angepasst werden. Zu diesem Zweck wurden die Dokumente sortiert: Obsolete Dokumente wurden aufgehoben und andere aktualisiert, neue Dokumente wurden erstellt, besonders Dokumente für die neuen Kriterien.

Um dem Apotheker die Arbeit zu erleichtern und die Klarheit des Systems zu verbessern, passte man auch die Struktur des Handbuchs an: In der neuen Version sind die Dokumente nach Auditkriterien geordnet.

Das Qualitätshandbuch wird in Form einer CD-ROM versandt, und alle Dokumente liegen im Word-Format vor. Sie lassen sich somit einfach anpassen und mit den Änderungen abspeichern.

Einführung des Programms QMS «Basic», Version 2009
Als Folge der Änderungen bei den Auditkriterien ist eine grosse Anpassungsarbeit an unserer Datenbank notwendig. Ebenso müssen die Auditoren über die Neuerungen geschult werden.

Aus diesen Gründen ist vorgesehen, dass die Audits nach neuem System ab Ende Sommer 2009 verfügbar sein werden.

Die neue Version des Qualitätshandbuchs ist bereits erhältlich: Alle Apotheken, die einen QMS-Vertrag unterzeichnen, erhalten automatisch die neue Version des Qualitätshandbuchs.

QMS «Plus»
Die zweite QMS-Stufe besteht aus QMS «Basic», ergänzt durch mehrere Module, die zu den Basiskriterien hinzukommen. Diese Module enthalten Qualitätskriterien zu einem spezifischeren und spezielleren Thema. Die Apotheken können ein Modul auswählen, über das sie auditiert werden möchten, und erlangen damit eine «Spezialisierung» im Qualitätsbereich. Nur Apotheken, die bereits zwei QMS-Audits durchlaufen haben, werden Zugang zu QMS «Plus» erhalten.

Damit am Audittag genügend Zeit zur Evaluation dieser Zusatzkriterien zur Verfügung steht, wird die Evaluation eines Teils von QMS «Basic» mithilfe einer Selbstdeklaration erfolgen.

Erste Priorität von pharmaSuisse hatte die Einführung des aktualisierten QMS «Basic». QMS «Plus» und seine Module befinden sich zurzeit in der Entwicklungsphase. QMS «Plus» sollte 2010 verfügbar sein.

Wenn Sie Fragen haben oder sich für das QMS-Programm anmelden möchten, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. ▮

Korrespondenzadresse:
Andrea Spicher, Koordinatorin QMS-Apotheke
Tel. 031 978 58 19
E-Mail: qms@pharmasuisse.org

QMS-Pharmacie

Carine Lehmann

De nos jours, il est indispensable d'investir dans la qualité des prestations fournies pour se démarquer des discounters et du commerce par correspondance. Le programme QMS-Pharmacie permet de certifier aux clients que les prestations fournies par la pharmacie sont d'excellente qualité, et que ce n'est pas une autodéclaration, mais que nous faisons vérifier cela par une instance neutre.

Présentation générale du programme «QMS-Pharmacie»

«QMS-Pharmacie» est un système de gestion de la qualité proche de la pratique qui a été développé par pharmaSuisse, la Société Suisse des Pharmaciens. Il a pour objectif d'analyser la qualité des prestations des pharmacies et de les améliorer en permanence, en ne négligeant aucun aspect propre à la pharmacie: infrastructures, procédures, prestations, communication et satisfaction de la clientèle. Ce programme très complet est constitué de telle sorte que chaque pharmacie, peu importe sa taille et sa situation, puisse y participer. Son grand avantage par rapport à d'autres systèmes de certification est son adaptation sur-mesure aux besoins spécifiques de la pharmacie d'officine.



Carine Lehmann, cheffe de projet pour le QMS.

Il est basé sur la norme internationale «ISAS QMS-Pharma 2010». Cette norme a été développée par pharmaSuisse en 1999 et définit les exigences auxquelles doivent répondre les pharmacies afin de pouvoir obtenir le certificat international ISAS QMS-Pharma 2010.

Le programme QMS-Pharmacie permet le respect des dispositions légales concernant la qualité: en effet, conformément à l'art. 58 LAMal et à l'art. 77 OAMal, tous les prestataires reconnus doivent prouver la qualité de leurs services. Pour répondre à cette exigence, pharmaSuisse et santésuisse ont intégré dans la convention tarifaire RBP III une clause d'assurance qualité qui repose sur le module «Validation d'ordonnances» du système «QMS-Pharmacie». Les pharmacies qui participent à ce programme répondent donc entre autres aux exigences de la convention tarifaire et ne doivent par conséquent pas remplir d'obligation supplémentaire.

Concrètement, le programme est constitué des éléments suivants:

Un manuel de qualité QMS
Il est constitué de nombreux documents qui sont une aide pour mettre en place un système de gestion de la qualité dans la pharmacie. Disponibles sous forme de CD-ROM, tous les documents peuvent être facilement personnalisés et adaptés aux propres besoins de l'officine.

Un audit externe
Il est effectué par un auditeur QMS-Pharmacie et dure une journée. Les auditeurs sont tous des pharmaciens spécialement formés pour cette activité. La date de l'audit est fixée à l'avance par entente entre la pharmacie et l'auditeur.

Lors de l'audit, cinq éléments sont évalués par l'auditeur:

→ La structure de la pharmacie (p.ex. espace de vente, littérature, système informatique)
→ Les procédures de travail (p.ex. organisation du travail, dossier-patient, documentation des activités pharmaceutiques)
→ La validation d'ordonnance (observations de cas)
→ La vente et le conseil dans le secteur OTC (observations de cas)
→ La communication entre l'équipe et les patients (observations de cas)

Une analyse de satisfaction de la clientèle
50 questionnaires de satisfaction sont distribués aux clients, qui les remplissent et les renvoient de manière anonyme à pharmaSuisse. Les résultats sont évalués statistiquement et intégrés dans le rapport d'audit.

Un rapport d'audit avec benchmarking:
Il est envoyé six à huit semaines après l'audit. Le benchmarking (méthode d'évaluation du niveau de qualité effectué de manière anonyme sur la base d'une comparaison avec d'autres pharmacies) permet de positionner la pharmacie dans un système global.

Le certificat international ISAS QMS-Pharma 2010:
Si la pharmacie remplit les critères de qualité requis, elle reçoit alors un certificat international ISAS QMS-Pharma 2010, ainsi que du matériel marketing. Elle peut ainsi communiquer sa réussite à l'extérieur. Le certificat est valable trois ans et peut être prolongé par un nouvel audit une fois passé ce délai.

Deux achats-tests (Mystery-shopping)
Ils sont organisés sur mandat de pharmaSuisse un et deux ans après l'audit. Ces audits intermédiaires permettent à la pharmacie de savoir où elle se situe entre deux audits.

Des séminaires d'équipe
Si la pharmacie le souhaite, elle peut s'inscrire à un séminaire de préparation de l'audit, dirigé par un auditeur QMS-Pharmacie expérimenté.

Quelques mots sur la nouvelle version du programme «QMS-Pharmacie»

Près de 10 ans après l'introduction du programme «QMS-Pharmacie», une remise à jour de ce système s'imposait.

Un groupe de travail, composé d'auditeurs pour QMS-Pharmacie, de pharmaciens d'officine QMS, d'un pharmacien cantonal, et d'experts dans la gestion de la qualité a été créé; ce groupe de travail a décidé de mettre en place un système à deux niveaux:

Le QMS «Basic»
Il correspond au QMS tel qu'il a été développé en 1999. Une mise à jour de ce système était nécessaire.

Le QMS «Plus»
Composé du QMS «Basic» additionné de différents modules, il est destiné aux pharmacies qui ont déjà mis en place le QMS «Basic» et qui souhaitent aller plus loin dans leur démarche qualité.

QMS «Basic»
Tout d'abord, il faut préciser qu'il s'agit d'une actualisation de la première version du programme QMS, c'est-à-dire que le principe général en est toujours le même (les éléments cités dans la première partie de cet article sont toujours présents).

Les modifications apportées dans la version 2009 du programme QMS sont des changements au niveau du contenu des deux éléments suivants:

Mise à jour des critères d'audit
Le groupe de travail a revu la totalité des critères d'audit et les a adaptés. Selon l'expérience et les feed-back obtenus depuis 1999 ainsi que selon l'évolution de notre profession, certains critères prêtant à confusion ont été réécrits, d'autres ont été créés, et certains ont été supprimés.

Il est important de noter que les changements concernent avant tout des critères des chapitres traitant de la «Structure» et des «Procédures de travail», et très peu les critères des chapitres portant sur l'observation de cas, à savoir «Validation d'ordonnance», «Vente et conseil dans le secteur OTC» et «Communication entre l'équipe et les patients». Le questionnaire de satisfaction des clients a lui aussi subi très peu de modifications.

Il est difficile de lister ici les différences de manière précise. Afin de donner une idée des changements intervenus, voici les principaux changements et nouveautés (cette liste n'est néanmoins pas exhaustive!):

- → adaptation des critères concernant la gestion des génériques
- → politique concernant les fournisseurs, évaluation annuelle des fournisseurs, lignes directrices concernant les processus de commande
- → stratégie concernant les appels téléphoniques et emails, concernant la présentation des produits sur les parois murales
- → lignes directrices concernant le service de livraison
- → documentation des analyses (prise tension, mesure glycémie, …) faites à l'officine, des refus par les patients des substitutions génériques, de la délivrance en urgences
- → revue de direction annuelle
- → audit externe tous les quatre ans

Mise à jour du manuel de qualité QMS
Le manuel de qualité devait également être mis à jour et adapté aux changements intervenus dans les critères. Pour cela, un tri des documents a été effectué: certains documents obsolètes ont été supprimés, d'autres ont été mis à jour, et de nouveaux documents ont été créés, en particulier des documents liés aux nouveaux critères.

Afin de faciliter le travail du pharmacien et la clarté du système, la structure du manuel a également été adaptée: dans la nouvelle version, les documents sont regroupés par critères d'audit.

Le manuel de qualité est envoyé sous forme de CD-ROM et tous les documents sont disponibles en format Word. Il est ainsi facile de les adapter et de les sauvegarder avec leurs modifications.

Mise en place du programme QMS «Basic», version 2009
Suite aux changements intervenant dans les critères d'audit, un grand travail d'adaptation de notre base de données est nécessaire. Les auditeurs doivent également être formés aux nouveautés.

Pour ces raisons, il est prévu que les audits selon le nouveau système soient disponibles à partir de la fin de l'été 2009.

Quant à la nouvelle version du manuel de qualité, elle est déjà disponible: toutes les pharmacies qui signent un contrat QMS reçoivent automatiquement la nouvelle version du manuel de qualité.

QMS «Plus»
Le deuxième niveau du QMS sera composé du QMS «Basic» additionné de plusieurs modules, ajoutés aux critères de base du QMS «Basic». Ces modules contiendront des critères de qualité sur un thème plus spécifique et spécialisé. Les pharmacies pourront ainsi choisir un module sur lequel elles souhaitent être auditées, ce qui leur donnera une «spécialisation» dans le domaine de la qualité. Seules les pharmacies ayant déjà effectué deux audits QMS pourront avoir accès au QMS «Plus».

Afin de gagner le temps nécessaire le jour de l'audit à l'évaluation de ces critères supplémentaires, une partie du QMS «Basic» sera évaluée grâce à une auto-déclaration.
La première priorité de pharmaSuisse a été de mettre en place le QMS «Basic» remis à jour. Le QMS «Plus» et ses modules en sont actuellement dans leur phase de développement. Le QMS «Plus» devrait être disponible en 2010.

Si vous avez d'autres questions ou si vous souhaitez vous inscrire au programme QMS, nous sommes très volontiers à votre disposition. ▮

Adresse de correspondance:
Andrea Spicher, responsable administrative du QMS,
pharmaSuisse
Tél. 031 978 58 19
E-mail: qms@pharmasuisse.org

Studie zeitigt erstaunliche Resultate

Alain Nordmann

Arzneimittelwerbung kann die Wahrnehmung des Nutzens eines bestimmten Medikamentes und das Verschreibeverhalten von Ärzten beeinflussen. Im Jahre 2002 wurde deshalb in der Schweiz eine neue Verordnung im Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte eingeführt, welche die Werbung von pharmazeutischen Produkten reguliert.

In dieser Verordnung wird festgehalten, dass Werbeaussagen für Arzneimittel genau, ausgewogen und evidenz-basiert sein müssen.

Was untersucht wurde

In einer kürzlich erschienenen Studie [1] haben Forscher des Institutes für Klinische Epidemiologie und Biostatistik des Universitätsspitals Basel nun untersucht, ob und in welchem Ausmass den Werbeaussagen von Arzneimittelwerbungen in der Schweiz Glauben geschenkt werden kann. Hierzu wurden alle im Jahre 2005 erschienenen Ausgaben von sechs weit verbreiteten medizinischen Zeitschriften der Schweiz (Schweizerische Ärztezeitung, Swiss Medical Forum, Swiss Medical Weekly, Ars Medici, Therapeutische Umschau und Therapiewoche) nach Werbeaussagen für Analgetika, Psychopharmaka und gastroenterologische Medikamente gescreent, welche sich auf eine referenzierte klinische Studie bezogen. Anhand von im voraus definierten Kriterien wurden die Werbeaussagen als durch die referenzierte Studie unterstützt, nicht unterstützt oder basierend auf potenziell verfälschter Evidenz gewertet.

> Selbst wissenschaftlich referenzierten Werbeaussagen kann nicht blind vertraut werden

Erstaunliche Resultate

Der Anteil der Werbungen für Analgetika, Psychopharmaka und gastroenterologische Medikamente machte 28 Prozent aller Arzneimittelwerbungen insgesamt aus. Darunter fanden sich 78 Paare von Werbeaussagen und referenzierten Studien. Davon wurden 37 (47%) Werbeaussagen durch die referenzierten Studien unterstützt, 16 (21%) nicht unterstützt und 25 (32%) als auf potenziell verfälschter Evidenz basierend gewertet. Es zeigte sich kein Unterschied zwischen den Bewertungen der drei untersuchten Medikamentengruppen. Wenn sich die Werbeaussagen auf Studien mit einem identifizierten Interessenskonflikt oder auf industrie-gesponserte Studien bezogen, war es wahrscheinlicher, dass die Werbeaussage als durch die referenzierten Studien unterstützt gewertet wurde (relatives Risiko 1.52, 95% CI 1.07-2.17 und relatives Risiko 1.50, 95% CI 0.98-2.28) als wenn bei den referenzierten Studien kein Interessenskonflikt identifiziert wurde oder die referenzierten Studien nicht industrie-gesponsert waren. Insgesamt konnten die Forscher nachweisen, dass 53 Prozent aller evaluierter Werbeaussagen auch nach Einführung der neuen Verordnung entweder nicht durch die referenzierte Studie unterstützt wurden oder aber auf potenziell verfälschter Evidenz basierten.

Schlussfolgerungen

Die Forscher folgerten aus der Studie, dass das Fachpublikum sich dessen bewusst sein muss, dass selbst wissenschaftlich referenzierten Werbeaussagen nicht blind vertraut werden kann. Um diesen unhaltbaren Zustand zu verbessern, schlagen die Forscher mehrere Massnahmen vor. In erster Linie sollten sowohl die Pharmaindustrie als auch die Herausgeber medizinischer Zeitschriften dazu angehalten werden, gewisse minimale Standards zur Publikation von Arzneimittelwerbungen zu definieren. Zudem könnte es sich als hilfreich erweisen, neue Arzneimittelwerbungen einem unabhängigen Gremium zu unterbreiten, welches die Zuverlässigkeit der Werbeaussagen anhand einer standardisierten Checkliste vor Publikation prüft. Zuletzt sollten dann sowohl die Pharmaindustrie als auch die Herausgeber medizinischer Zeitschriften mehr in die Verantwortung genommen werden, wenn es sich herausstellt, dass Werbeaussagen veröffentlicht wurden, welche gesetzlich festgeschriebene Auflagen verletzen. ∎

Korrespondenzadresse
PD Dr. Alain Nordmann
Institut für Klinische Epidemiologie und Biostatistik Basel (BICE)
E-Mail: ANordmann@uhbs.ch

[1] Gonzalez Santiago et al.: Accuracy of drug advertisements in medical journals under new law regulating the marketing of pharmaceutical products in Switzerland. BMC Medical Informatics and Decision Making 2008:8:61.

Die vips wird in einer der nächsten Ausgaben Stellung nehmen.

Une étude présente des résultats étonnants

Alain Nordmann

La publicité pour les médicaments peut influencer la perception pour l'utilité d'un médicament, ainsi que la prescription des médecins. En 2002, une nouvelle ordonnance qui réglemente la publicité pour les produits thérapeutiques a donc été introduite dans la loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux.

Cette ordonnance précise que les publicités pour les médicaments doivent être précises, équilibrées et basées sur les évidences.

Objet de l'étude

Dans une étude [1] récemment publiée, des chercheurs de l'Institut de biostatique et d'épidémiologie clinique de l'hôpital universitaire de Bâle ont maintenant examiné la crédibilité des assertions publicitaires en Suisse. Les publicités pour analgésiques, psychotropes et gastro-entérologiques qui se fondaient sur des études référencées et qui ont été publiées en 2005 dans les six revues médicales les plus répandues de Suisse (Bulletin des médecins suisses, Swiss Medical Forum, Swiss Medical Weekly, Ars Medici, Therapeutische Umschau et Therapiewoche) ont été analysées. Sur la base de critères préalablement définis, les assertions publicitaires ont ensuite été qualifiées de «corroborées par une étude référencée», «non corroborées» ou «basées sur une évidence potentiellement falsifiée».

> Il n'est pas possible de croire aveuglément aux assertions publicitaires, même si elles sont scientifiquement référencées

Résultats surprenants

La part de publicités pour les analgésiques, psychotropes et gastro-entérologiques représentait 28% de toutes les publicités pour des médicaments. Dans ce pourcentage, se situaient 78 paires d'assertions publicitaires et d'études référencées. Parmi celles-ci 37 (47%) assertions ont été qualifiées de «corroborées par une étude référencée», 16 (21%) de «non corroborées» et 25 (32%) de «basées sur une évidence potentiellement falsifiée». Aucune différence n'est apparue entre les évaluations des trois groupes de médicaments analysés. Lorsque les assertions publicitaires se basaient sur des études présentant un conflit d'intérêt ou sur des études financées par l'industrie, il était plus probable qu'elles soient qualifiées de «corroborées par une étude référencée» (risque relatif 1.52, 95% CI 1.07-2.17 et risque relatif 1.50, 95% CI 0.98-2.28) que dans le cas contraire. Dans l'ensemble, les chercheurs ont pu prouver que 53% de toutes les publicités évaluées n'étaient pas corroborées par une étude référencée ou alors basées sur une évidence potentiellement falsifiée, y compris après l'introduction de la nouvelle ordonnance.

Conclusion

Les chercheurs en ont conclu que les spécialistes devaient savoir qu'ils ne pouvaient pas croire aveuglément aux assertions publicitaires, même si elles étaient scientifiquement référencées. Pour remédier à cette situation intenable, les chercheurs proposent plusieurs mesures. Pour commencer, l'industrie pharmaceutique et les éditeurs de revues médicales devraient définir certains standards de base pour la publication de publicités pour les médicaments. En outre, ils devraient soumettre les nouvelles publicités pour les médicaments à un organisme indépendant qui vérifie, sur la base d'une liste de contrôle standard, la fiabilité des assertions publicitaires avant leur publication. Pour finir, ils devraient être mis un peu plus face à leurs responsabilités lors de la publication d'assertions publicitaires qui contreviennent aux directives légales. ▮

Adresse de correspondance
PD Dr Alain Nordmann
Institut de biostatique et d'épidémiologie clinique de Bâle (BICE)
E-mail: ANordmann@uhbs.ch

[1] Gonzalez Santiago et al.: Accuracy of drug advertisements in medical journals under new law regulating the marketing of pharmaceutical products in Switzerland. BMC Medical Informatics and Decision Making 2008: 8: 61.

La vips se prononcera dans une prochaine édition.

13 | 6.2009

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 25.6.2009, 147. Jahrgang

Nr. | No
13



RoKA

Aussagekräftige Resultate S. 31
Résultats pertinents p. 35

→ Pharmazie und Medizin · Pharmacie et médecine

CMPS: insulines et leurs particularités
Pharmakotherapie der Angst
Pharmacothérapie de la peur
Homéopathie: l'eczéma d'un petit garçon
Homöopathie: Ekzem bei einem kleinen Jungen

→ Politik · Politique

Arzneimittelwerbung: Stellungnahme vips
Publicité pour les médicaments: prise de position de la vips

→ Markt · Economie

Rollende Kostenstudie in der Apotheke
Étude permanente des coûts en pharmacie

Les insulines chez le diabétique de type 2 – une vue d'ensemble pour la pratique en pharmacie

Chantal Schlatter

Ces dernières années, certaines préparations à l'insuline ont été retirées du marché. Ceci déconcerte donc de nombreux diabétiques jusqu'alors bien équilibrés. A travers l'exemple du diabète sucré de type 2, cet article donne un aperçu des différentes insulines et des régimes thérapeutiques. Il fournit aussi des recommandations de conversion et des conseils d'utilisation.

En l'an 100 après J.-C., le médecin grec Arétée décrit déjà le tableau clinique du diabète. Mais ce n'est qu'en 1923 qu'un diabétique fut traité pour la première fois à l'insuline et maintenu ainsi en vie. La même année, la production industrielle d'insuline de bœuf et de porc a commencé. Entre-temps, les insulines humaines et les analogues de l'insuline s'y sont ajoutés. Ainsi, les diabétiques disposent d'un grand nombre d'insulines aux propriétés cinétiques et aux formes d'application diverses.

Les types d'insulines

Les insulines animales sont obtenues à partir du pancréas d'animaux; en Suisse, seule l'insuline de porc est encore disponible. L'insuline de porc ne se distingue de l'insuline humaine que par un acide aminé. Les insulines animales sont considérées comme obsolètes, même si elles sont préférées par une petite minorité de patients. Ces patients perçoivent mieux les hypoglycémies sous insuline animale. En revanche, ils se sentent nettement restreints dans leur qualité de vie avec d'autres insulines.

L'insuline humaine est produite par génie génétique et a la même séquence d'acides aminés que l'insuline naturelle.

Les analogues de l'insuline ont été commercialisés il y a une dizaine d'années. L'échange de certains acides aminés permet d'en maîtriser la pharmacocinétique. Les analogues de l'insuline ne sont que légèrement supérieurs aux insulines humaines ou animales en ce qui concerne le contrôle de la glycémie ou le risque d'hypoglycémie [1]. Toutefois, dans le cas des insulines analogues à courte durée d'action, il est inutile d'observer un intervalle entre l'injection et la prise de nourriture, car elles agissent si rapidement qu'elles peuvent être injectées juste avant, voire après un repas à titre exceptionnel. Les repas intermédiaires sont plus rarement nécessaires, ce qui peut être avantageux selon les circonstances.

Encadré 1: Conservation des insulines

Provision d'insuline

→ Se conserve au réfrigérateur à 2–8 °C pendant trois mois (ne pas stocker à proximité du groupe frigorifique, l'insuline gelée devenant inutilisable). Retirer du réfrigérateur 30 minutes avant l'emploi.

Insuline en cours d'utilisation

→ Les ampoules se conservent à température ambiante 4 (-6) semaines (selon la préparation)
→ Les cartouches pour stylos et les stylos prêts à l'emploi se conservent à température ambiante également 4 (–6) semaines (selon la préparation)
→ Les insulines doivent être protégées de la lumière directe du soleil.
→ Toujours mélanger les insulines troubles avant l'emploi (en les roulant entre les mains et les levant et abaissant, sans les agiter).

En déplacement

→ Pour les voyages prolongés, répartir l'insuline entre différents bagages et l'envelopper éventuellement dans un linge-éponge. Les emporter dans le bagage à main en avion. Eviter les accumulations de chaleur dans les voitures (coffre, boîte à gants).

Durée d'action de l'insuline

Pour toutes les insulines (animales, humaines et analogues), il existe des préparations à durée d'action différente. Pour la thérapie aux insulines, cette répartition par durée d'action est particulièrement importante. Il faut savoir que selon le concept thérapeutique, on emploie soit des insulines à action courte, intermédiaire ou longue, soit des combinaisons de celles-ci.

Insulines à action rapide et brève:

Délai d'action de 15 à 30 minutes; durée d'action de 3 à 8 heures

→ Insuline normale (insuline humaine à courte durée d'action, également appelée ancienne insuline)
→ Analogues de l'insuline à courte durée d'action
→ Insuline normale animale

Insulines à action intermédiaire:

Délai d'action de 45 à 90 minutes; durée d'action de 12 à 18 heures

→ Insuline NPH (insuline retard, insuline humaine à la protamine). NPH signifie «Neutral Protamin Hagedorn». Hagedorn fut le premier à introduire ce principe de retard en 1936.
→ Insuline intermédiaire animale (insuline retard)

Insuline mixte (action rapide et intermédiaire):

Délai d'action de 15 à 30 minutes; durée d'action de 12 à 18 heures

→ Insuline mixte humaine
→ Analogues de l'insuline mixte
→ Insuline intermédiaire animale (insuline retard) avec composante rapide

Tableau 1: Vue d'ensemble des insulines: types d'insuline, préparations, délai et durée d'action, conseils d'utilisation

Insulines humaines	**Insuline normale**	
	Insuline humaine (Actrapid® HM, Insuman® Rapid)	→ Effet après 30 minutes environ (intervalle nécessaire entre l'injection et la prise de nourriture) → Durée d'action de 4 à 6 heures environ selon la dose → Des repas intermédiaires sont généralement nécessaires
	Insulines retard NPH (Neutral Protamin Hagedorn)	
	Insuline humaine avec protamine (Insulatard®, Insuman®, Huminsulin®)	→ Effet après 60 minutes environ → Durée d'action selon la dose, jusqu'à 12 à 18 heures et plus → Repas intermédiaires nécessaires → Bien mélanger avant l'emploi
	Insuline mixte*	
	Mélange d'insuline à durée d'action courte et longue (Mixtard 30®, Insuman® Comb 25)	→ Effet après 30 à 45 minutes environ (intervalle nécessaire entre l'injection et la prise de nourriture) → Durée d'action de 12 à 18 heures selon la composante de longue durée d'action → Des repas intermédiaires sont généralement nécessaires → Bien mélanger avant l'emploi
Analogues de l'insuline	**Courte durée d'action**	
	Insulin Aspart (NovoRapid®) Insulin Lispro (Humalog®) Insulin Glulisin (Apidra®)	→ Effet après 15 minutes environ (intervalle non nécessaire entre l'injection et la prise de nourriture) → Durée d'action d'environ 3 à 5 heures → Pas de repas intermédiaires nécessaires → Moins d'hypoglycémies
	Longue durée d'action	
	Insuline détémir (Levemir®) Insuline glargine (Lantus®)	→ Effet après 60 minutes environ → Durée d'action de 18 à 24 heures → Pas de mélange possible avec d'autres insulines dans la même ampoule → Moindre prise de poids sous Detemir que sous NPH → Moins d'hypoglycémie qu'avec les insulines humaines (toutefois il n'existe pas d'études comparatives directes) → Pas besoin de mélanger comme pour les insulines NPH
	Analogues mixtes*	
	Insuline à courte durée d'action Aspart/ insuline à protamine retard Aspart (NovoMix 30®, NovoMix 50®, NovoMix 70®) Insuline à courte durée d'action Lispro/NPL (Neural Protein Lispro) (Humalog Mix 25®; Humalog Mix 50®)	→ Effet après 15 minutes environ (intervalle non nécessaire entre l'injection et la prise de nourriture) → Durée d'action jusqu'à 24 heures selon la composante de longue durée d'action → Pas de repas intermédiaires → Moins d'hypoglycémies → Bien mélanger avant l'emploi
Insulines animales	**Courte durée d'action**	
	Insuline de porc (Hypurin® Porcine Neutral)	→ Effet après 30 à 60 minutes (intervalle nécessaire entre l'injection et la prise de nourriture) → Durée d'action de 6 à 8 heures → Repas intermédiaires nécessaires
	Insuline retard	
	Insuline de porc avec protamine (Hypurin® Porcine Isophane)	→ Effet après 2 heures (intervalle nécessaire entre l'injection et la prise de nourriture) → Durée d'action de 18 à 24 heures → Bien mélanger avant l'emploi
	Insuline mixte	
	Mélange d'insuline de porc à durée d'action courte et longue (Hypurin® Porcine 30/70 Mix)	→ Effet après 2 heures (intervalle nécessaire entre l'injection et la prise de nourriture) → Durée d'action jusqu'à 24 heures → Repas intermédiaires nécessaires → Bien mélanger avant l'emploi

* pour les insulines mixtes (humaines, animales et analogues), le chiffre dans le nom du produit désigne la part d'insuline à action rapide, par exemple Mixtard 30® = 30% d'insuline à action rapide

Insulines à longue durée d'action:

Délai d'action de 60 minutes; durée d'action jusqu'à 24 heures
→ Analogues de l'insuline à longue durée d'action

Le tableau 1 donne un aperçu des insulines disponibles dans le commerce, de leur délai d'action, de leur durée d'action, ainsi que des conseils d'utilisation. Les insulines retard et mixtes humaines et animales doivent toujours être soigneusement mélangées avant l'application; il en est de même pour les analogues mixtes. Une règle simple est la suivante: les insulines troubles doivent être mélangées avant l'application, mais pas les solutions claires. Les insulines ne doivent pas être secouées pour le mélange, mais plutôt roulées dix fois entre les doigts en un mouvement de va-et-vient, puis encore levées et abaissées dix fois. Les règles de conservation des insulines sont récapitulées dans l'encadré 1.

Formes d'application

Les canules épaisses de l'époque étaient l'horreur de toute thérapie à l'insuline. Aujourd'hui, les aiguilles sont si fines qu'une application sous-cutanée quasi indolore est possible. Les seringues ne sont plus la forme d'application préférée, car il existe des alternatives plus agréables à utiliser. Toutefois, à titre d'équipement d'urgence et surtout dans les hôpitaux, elles trouvent toujours leur place.

La forme d'application la plus courante est le stylo («pen»). Il ressemble à un épais stylo à bille et peut être équipé de cartouches d'insuline. Les surdosages sont pratiquement exclus, dans la mesure où la dose d'insuline peut être réglée avec précision avant l'injection.

Les stylos prêts à l'emploi sont à usage unique. Ils sont livrés déjà équipés d'une cartouche d'insuline et éliminés aussitôt vidés. Ils sont surtout utilisés chez les patients pour qui la recharge d'un stylo pourrait être laborieuse.

Dans les pompes à insuline, l'insuline est introduite dans le corps par une pompe programmable au moyen d'un cathéter. La pompe doit être portée en permanence sur le corps et ne peut être retirée que brièvement. Cette thérapie à l'insuline est la plus proche de la situation physiologique et la manipulation des injections est supprimée.

En règle générale, chaque entreprise met à disposition un stylo rechargeable avec les ampoules correspondantes, un stylo prêt à l'emploi et parfois aussi une ampoule à aspirer au moyen d'une seringue. Différentes insulines de la même entreprise peuvent généralement être utilisées avec un stylo. Mais seules des insulines et des aides d'application de la même entreprise peuvent être combinées, parce qu'elles sont compatibles entre elles. Dans le tableau 2, les préparations d'insuline sont attribuées aux aides d'application possibles.

Tableau 2: Les insulines et les aides d'application qui conviennent

Insuline	Stylo			Stylo prêt à l'emploi		Ampoule	Pompe à insuline	Fabricant
	HumaPen® LUXURA			Humalogpen ou Huminsulinpen				Eli Lilly (Suisse)
Humalog® 100 I.E.	●			●		●		Eli Lilly (Suisse)
Humalog® Mix 25	●			●				Eli Lilly (Suisse)
Humalog® Mix 50	●			●				Eli Lilly (Suisse)
Huminsulin® basal (NPH)	●			●				Eli Lilly (Suisse)
	Optipen®	OptiClik®	AutoPen®	SoloStar®	OptiSet®			Sanofi Aventis
Apidra®	●	●	●	●		●		Sanofi Aventis
Lantus®	●	●	●	●	●			Sanofi Aventis
Insuman® Basal	●							Sanofi Aventis
Insuman® Rapid	●							Sanofi Aventis
Insuman® Comb 25/75	●							Sanofi Aventis
Insuman® Infusat							●	Sanofi Aventis
	NovoPen® 4		NovoPen® Jun.	FlexPen®				NovoNordisk
NovoRapid®	●		●	●		●		NovoNordisk
Levemir®	●		●	●				NovoNordisk
NovoMix® 30	●		●	●				NovoNordisk
Insulatard® HM	●		●	●		●		NovoNordisk
Mixtard® 30 HM	●		●			●		NovoNordisk
Actrapid® HM						●		NovoNordisk
	Autopen®			–				CP Pharma
Hypurin® Porcine Neutral	●					●		CP Pharma
Hypurin® Porcine Isophane	●					●		CP Pharma
Hypurin® Porcine 30/70 Mix	●					●		CP Pharma

A quel moment faut-il débuter un traitement à l'insuline?

Une thérapie à l'insuline en cas de diabète sucré de type 2 est indiquée lorsque les taux cibles ne sont pas atteints avec des antidiabétiques oraux (encadré 2) [2]. Mis à part la situation métabolique insatisfaisante, il y a d'autres indications pour un traitement du moins provisoire aux insulines: par exemple maladie grave (infections, insuffisance hépatique/rénale, infarctus du myocarde), traumatisme ou diabète gestationnel. Pour améliorer la situation métabolique par des insulines, il existe diverses possibilités de traitement. Celles-ci sont brièvement expliquées ci-après [3]. Les insulines animales ne sont pas explicitement mentionnées, mais peuvent être employées de manière analogue aux insulines humaines. L'ordre dans lequel ces concepts sont décrits reflète l'augmentation de l'efficacité, mais aussi la charge croissante pour le patient. Selon l'évolution journalière de la glycémie, un schéma approprié est choisi. Plus le patient est jeune et indépendant, plus on s'efforcera de choisir un schéma le plus physiologique possible.

Encadré 2:

Taux de glycémie cibles (référencés sur plasma) selon la Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie

préprandial:	5–7 mmol/l
postprandial:	< 8 mmol/l
HbA_{1c}:	< 6,5–7%

Tableau 3: Recommandations de conversion pour les préparations à l'insuline et les aides d'application

Mixtard® 10 (1–2 fois/jour) → Insulatard® ou autre NPH 2 fois par jour; réduction de la dose de 10% → Levemir® ou autre analogue de l'insuline à longue durée d'action 1–2 fois par jour; réduction de la dose de 20%
Mixtard® 20 (2 fois/jour) → Mixtard® 30 ou autre insuline humaine mixte 2 fois par jour; réduction de la dose de 20% → NovoMix® 30 ou autre insuline analogue mixte 2 fois par jour; à doses égales (injection juste avant le repas)
Mixtard® 30 (2 fois/jour) Aide d'application: NovoLet® → FlexPen® InnoLet® → FlexPen®
Mixtard® 40 (2 fois/jour) → Mixtard® 30 ou autre insuline humaine mixte 2 fois par jour; à doses égales → NovoMix® 30 ou autre insuline analogue mixte 2 fois par jour; à doses égales Injection juste avant le repas
Mixtard® 50 (2 fois/jour) → Mixtard® 30 ou autre insuline humaine mixte 2 fois par jour; réduction de la dose de 20% → Humalog Mix® 50 et NovoMix® 30 ou autre insuline analogue mixte 2 fois/jour; réduction de la dose de 20%
Actrapid® → NovoRapid® ou autre analogue de l'insuline à action rapide; à doses égales, injection juste avant le repas
Insulatard® (1 fois/jour) Aide d'application: NovoLet® → FlexPen® InnoLet® → FlexPen®

Premiers pas en douceur: l'insuline au coucher («bedtime-insulin»)

Une entrée simple et sûre dans le traitement à l'insuline chez le diabétique de type 2 est l'application d'une insuline retard avant le coucher (ou avant le repas du soir dans le cas des analogues de l'insuline). Les antidiabétiques oraux sont maintenus. Ce concept thérapeutique convient particulièrement aux patients qui présentent dès le matin une glycémie élevée à jeun. Les «bedtime-insulins» envisageables sont les insulines NPH ou les analogues de l'insuline à longue durée d'action (glargine, détémir). En raison de la cinétique, les insulines NPH doivent être appliquées le plus tard possible, entre 23 et 24 heures. Les analogues de l'insuline peuvent déjà être injectés avec le repas du soir. Avec les analogues de l'insuline, le risque d'hypoglycémie et la prise de poids (cela concerne le détémir) semblent plus faibles qu'avec les insulines NPH. La différence dans la prise de poids est faible (comprise entre 0,4 et 2,8 kg). [4] Pour que l'insuline soit résorbée lentement, elle est injectée de préférence dans la cuisse.

Traitement à l'insuline mixte (traitement insulinique conventionnel)

L'application trois ou quatre fois par jour d'une insuline mixte est une forme thérapeutique relativement fréquente en cas de diabète sucré de type 2. Le plus souvent, on choisit une insuline mixte avec 30% de composantes à action rapide. Pour ce traitement, on peut recourir à des analogues d'insuline mixte ou à des insulines humaines mixtes. Ce schéma est aussi relativement facile à appliquer, mais uniquement pour des patients dont le déroulement de la journée et la prise de nourriture sont réguliers. L'association à des antidiabétiques oraux (en particulier la metformine) n'est maintenue que si elle présente un avantage pour la situation métabolique.

Traitement insulinique prandial

Dans le traitement insulinique prandial, on injecte des insulines à courte durée d'action trois fois par jour, lors des repas. Il convient surtout aux patients à glycémie élevée après les repas mais dont les taux à jeun sont encore bons. La metformine est généralement maintenue. On emploie des insulines normales (environ une demi-heure d'intervalle entre l'injection et la prise de nourriture) ou des insulines analogues à courte durée d'action. La dose peut être fixe ou – après une formation correspondante – calculée par le patient lui-même en fonction des quantités d'hydrates de carbone. Cette thérapie insulinique est plus physiologique et permet une plus grande flexibilité. Il est en effet possible de sauter des repas ou de procéder à des adaptations de la dose d'insuline, par exemple après un effort physique. L'insuline est injectée dans l'abdomen pour une résorption rapide.

Traitement basal/bolus (traitement insulinique conventionnel intensifié)

Si un contrôle suffisant du métabolisme n'est pas encore atteint, le traitement insulinique doit être intensifié. Cette forme de thérapie ressemble au traitement insulinique dans le diabète de type 1. Le traitement basal/bolus est le plus proche de la situation physiologique et réalise les meilleurs résultats. Mais il signifie des injections supplémentaires et des mesures de glycémie pour les patients.
La base est couverte par l'insuline NPH ou une insuline analogue à longue durée d'action. Comme pour la «bedtime-insulin», l'insuline de base est injectée avant le coucher ou – dans le cas des analogues – déjà avec le repas du soir. Pour le bolus, l'insuline normale ou les insulines analogues à courte durée d'action sont envisageables, comme cela a été décrit pour le traitement insulinique prandial. Plus le patient est instruit, plus il peut adapter avec précision la dose d'insuline à la quantité d'hydrates de carbone de son repas ou aux irrégularités.
Les pompes à insuline apportent encore un degré supplémentaire au traitement insulinique. Un taux de base couvre l'apport basal en insuline. Avant les repas ou pour corriger, le bolus peut être amené par pression sur un bouton, par la même canule.

Autocontrôles de la glycémie

Pour le diabétique de type 2, il n'existe pas de recommandations générales sur la fréquence et le moment de mesure de la glycémie. Cela doit être défini individuellement pour chaque patient et dépend aussi du schéma thérapeutique, selon que le patient se trouve dans une phase stable, instable ou de conversion et la manière dont se présente le déroulement de sa journée en ce qui concerne l'alimentation et l'activité physique. En principe, plus le contrôle de la glycémie doit être précis et physiologique, plus le nombre nécessaire de déterminations de la glycémie doit être grand. Pour ce qui est du principe basal/bolus, cela peut signifier par exemple quatre injections d'insuline et quatre déterminations de la glycémie par jour. Il est très important que les patients soient instruits quant au moment et à la fréquence du contrôle ainsi qu'à la manière d'interpréter les taux.

Recommandations de conversion

Le tableau 3 comporte un récapitulatif des recommandations de remplacement pour les insulines et les aides d'application retirées du commerce. La conversion ne devrait être effectuée qu'en collaboration avec le médecin traitant ou le diabétologue. En cas de changement, la dose d'insuline est maintenue plutôt basse et augmentée de deux unités tous les trois à sept jours jusqu'à ce que les taux glycémiques cibles soient atteints. C'est pourquoi des contrôles plus fréquents de la glycémie sont nécessaires pendant la conversion. ∎

Cet article a été rédigé par Chantal Schlatter, pharmacienne, Bâle, sur mandat de la CMPS.

Nous remercions le Dr méd. Beat Schwegler, spécialiste FMH en médecine interne et en endocrinologie/diabétologie, hôpital cantonal de Zoug, pour la relecture du manuscrit.

Adresse de correspondance
Commission des médicaments des pharmaciens suisses (CMPS)
Case postale 5247
3001 Berne
Tél. 044 994 75 63, fax 044 994 75 64
E-mail: mail@aka.ch

Références

[1] Singh SR, Ahmad F, Lal A, Yu C, Bai Z, Bennett H. Efficacy and safety of insulin analogues for the management of diabetes mellitus: a meta-analysis. CMAJ 2009; 180: 385–97.
[2] Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, et al. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care 2009; 32: 193–203.
[3] Philippe J, Brändle M, Carrel J, et al. Massnahmen zur Blutzuckerkontrolle bei Patienten mit Typ-2-Diabetes-mellitus. Consensus statement der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und der Diabetologie (SGED). Schweiz Med Forum 2009; 9: 50–5.
[4] Rev Prescrire 2006; 26(271): 245–250

→ Pharmazie und Medizin · Pharmacie et médecine

pharmaJournal 13 | 6.2009



Gesundheitsförderung: ein Dauerthema

Der Auftakt der Schweizerischen Herzstiftung zur nationalen Blutdruck-Offensive war ein Erfolg. Auf dem Berner Bundesplatz haben sich nicht nur zahlreiche Parlamentarier den Blutdruck messen lassen, auch das Publikum war interessiert am Angebot und hat sich über die Risiken informiert. In der vorliegenden Ausgabe finden Sie von diesem Anlass einige Impressionen, die wir für Sie festgehalten haben.
Die Blutdruck-Kampagne ist auch bei den Apothekern auf grosses Echo gestossen. Noch nie haben sich so viele Mitglieder für die Teilnahme an einer Kampagne angemeldet. Für dieses Engagement sei ihnen auch an dieser Stelle herzlich gedankt!
Was die Aktion in den Apotheken tatsächlich bewirkt hat, wird die wissenschaftliche Auswertung zeigen; wir werden Sie zu gegebener Zeit darüber informieren. Sicher ist jedoch bereits jetzt, dass den Kunden damit gezeigt werden konnte, dass die Apotheker Leistungen im Dienste der Gesundheitsförderung erbringen, die zwar etwas kosten, die ihren Preis aber wert sind.
Die Aktionswoche ist vorbei, das Thema aber bleibt aktuell und wichtig. Von der Möglichkeit, den Blutdruck in der Apotheke messen zu lassen, machen zahlreiche Kunden regelmässig Gebrauch. Sie können auch weiterhin von den Apothekenteams auf die Risiken aufmerksam gemacht und über mögliche Massnahmen informiert werden. Auch Kunden, bei denen Interesse am Thema oder gar ein Risiko vermutet wird, können aktiv darauf angesprochen werden. Gesundheitsförderung hört nicht mit einer Aktionswoche auf, sie ist Dauerthema.

Christa Rüedi

Promotion de la santé: un sujet permanent

L'action organisée par la Fondation suisse de cardiologie pour le lancement de la Semaine de la tension artérielle a connu un grand succès. De nombreux parlementaires ont fait mesurer leur pression sur la Place fédérale. Le public a également profité de l'occasion pour s'informer sur les risques. Dans la présente édition du pharmaJournal, nous vous présentons quelques impressions de cette journée.
Les pharmaciens ont eux aussi répondu présent. Les membres n'ont d'ailleurs jamais été aussi nombreux à s'inscrire à une campagne. Un grand merci à tous pour leur engagement!
L'étude scientifique montrera l'effet réel de cette campagne dans les pharmacies; nous vous présenterons les résultats dès qu'ils seront disponibles. Néanmoins, une chose est d'ores et déjà sûre et certaine: les clients ont pu constater par eux-mêmes que les pharmaciens proposent des services de promotion de la santé qui ne sont certes pas gratuits, mais dont le prix est justifié.
La Semaine de la tension artérielle est maintenant terminée. Le sujet reste néanmoins d'actualité et important. De nombreux clients se rendent régulièrement à la pharmacie pour faire mesurer leur pression artérielle. A cette occasion, le personnel peut donc continuer à leur présenter les risques ainsi que les mesures à prendre. Abordez donc directement les clients qui se montrent intéressés ou qui semblent présenter un risque. Les campagnes de promotion de la santé ne doivent pas être considérées comme une finalité, mais comme le début d'un long processus.

Christa Rüedi

Blutdruckmessen – aber richtig!

Zum Auftakt der Blutdruck-Offensive hat die Schweizerische Herzstiftung auf dem Bundesplatz bei 52 Mitgliedern des Parlaments den Blutdruck gemessen. Die Resultate zeigen, wie wichtig Blutdruckmessen ist: nur 19 der 52 Ratsmitglieder wiesen normale Werte unter 140/90 mm Hg auf, 35 waren vor der Messung überzeugt, einen normalen Blutdruck zu haben.

Das Interesse im Publikum war ebenfalls sehr gross. Am Nachmittag wurden bei der Bevölkerung rund 100 Risikotests gemacht. ▮

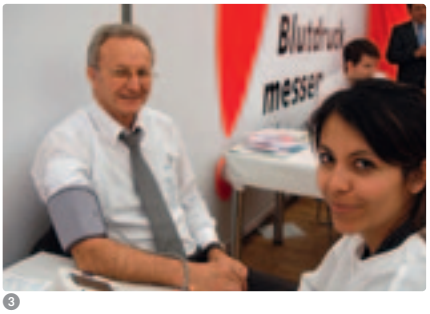
Mesurer sa tension artérielle – correctement!

A l'occasion du lancement de la Semaine de la tension artérielle, la Fondation suisse de cardiologie a mesuré la tension artérielle de 52 parlementaires sur la Place fédérale. Les résultats ont montré l'importance de faire mesurer sa tension: seuls 19 d'entre eux ont présenté des valeurs normales inférieures à 140/90 mm Hg. 35 étaient persuadés d'avoir une tension normale avant d'effectuer la mesure.

La population a également manifesté un grand intérêt. L'après-midi, quelque 100 tests de risque ont ainsi pu être effectués. ▮


1


2



3

1 Nationalrat Simon Schenk informiert sich über die Messung.
Le conseiller national Simon Schenk demande des informations sur la mesure.

2 Nationalrätin Yvette Estermann. • *La conseiller nationale Yvette Estermann*

3 Nationalrat Arthur Loepfe beim Blutdruckmessen. • *Le conseiller national Arthur Loepfe fait prendre sa tension.*

4 Dr. Franco Muggli, Vorstandsmitglied der Schweizerischen Hypertonie-Gesellschaft und Thomas Zeltner, Direktor des Bundesamtes für Gesundheit, BAG.
Dr Franco Muggli, membre du comité de la Société Suisse d'Hypertension, et Thomas Zeltner, directeur de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

5 Nationalrat Marcel Scherrer beim Beratungsgespräch. • *Le conseiller national Marcel Scherrer lors de l'entretien conseil.*

6 Dr. Franco Muggli und Ständerat Felix Gutzwiller. • *Dr Franco Muggli et conseiller aux Etats Felix Gutzwiller*

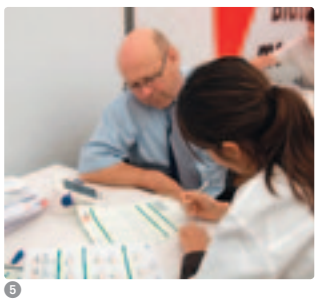
6 Nationalrat Erich von Siebenthal beim Messen des Bauchumfangs.
Le conseiller national Erich von Siebenthal fait mesurer son périmètre abdominal.

7 Nationalrätin Pascale Bruderer. • *La conseillère nationale Pascale Bruderer*



4

Korrespondenzadresse
Christina Haas, Mitarbeiterin
Redaktion pharmaJournal
E-Mail: christina.haas@pharmasuisse.org


5


6


7


8

«Je te montre mon dos …»

Michèle Imfeld

Ce cas montre comment l'eczéma d'un petit garçon a pu être guéri par l'administration de quelques doses homéopathiques, comme le prescrit la méthode de l'homéopathie classique.

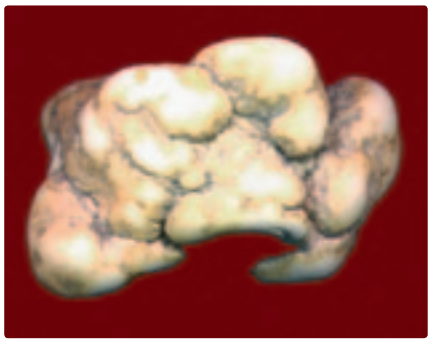
Francesco a cinq ans lorsque je le vois pour la première fois en juin 2002.

Profil du patient

Pendant la consultation, Francesco est tranquillement assis sur sa chaise. Il a des cheveux noirs, un teint café au lait, des yeux sombres et des sclérotiques bleues. Lorsque je lui pose des questions, il se réfugie vers sa mère. Il est très timide et ne me regarde pas. Les quelques réponses que j'arrive à obtenir de lui me sont données en me tournant le dos. Les informations sont donc essentiellement fournies par la mère. Il a une sœur de 13 ans, Juliette, avec qui il s'entend bien.

Sa maman a décidé de me l'amener, car depuis la fin de l'année passée, il souffre d'eczéma sur le visage, les joues et le menton. L'eczéma a été traité jusque-là avec une pommade à base de cortisone.

La mère est divorcée depuis six mois. Elle a été victime de violences conjugales dont l'enfant a été témoin. Francesco ne veut donc pas voir son père, qui a pourtant un droit de visite. Un jour que la mère devait reprendre Francesco, elle était en retard au rendez-vous. Le père a alors décidé de garder Francesco et ne l'a ramené que deux jours plus tard. Il a donc manqué l'école. Pour Francesco, la situation était très difficile. Quand le père ramène l'enfant, les parents n'échangent pas un mot. Francesco est suivi par un psychiatre, car il souffre de ce conflit.



Magnesia carbonica

Symptômes locaux et généraux

Sur ses joues, son eczéma forme un rond comme une pièce de cinq francs. Il se découvre facilement et apprécie le bain. Il supporte bien le soleil. Il a tendance à manger le bout de ses habits. Plus petit, il se rongeait les ongles. Maintenant, il s'agit des peaux. Parfois, il se plaint de douleurs dans les jambes.

Antécédents personnels

Bébé, Francesco a fait plusieurs otites et la varicelle. Lors d'épisodes de rhumes, son nez est toujours bouché et il a de la toux. Lorsqu'il joue trop longtemps dehors et qu'il prend froid, il attrape à chaque fois des rhumes. Bébé, il transpirait beaucoup de la tête. Allaité jusqu'à 18 mois, «il ne voulait pas lâcher». Il a une tache de naissance dans la nuque et quelques grains de beauté sur les bras et les jambes. Il a bien supporté les vaccins.

Symptômes mentaux

A l'école, Francesco s'intéresse aux activités, il s'applique, mais il les fait tranquillement. Il a de la peine à terminer ce qu'on lui demande de faire et regarde les autres qui avancent beaucoup plus vite. Il aime l'école, mais se laisse facilement influencer.

Francesco est très timide, tendre et pas très compétitif. Il est prudent, ne veut pas être le premier ou le modèle à suivre. Il ne pleure pas facilement. Lorsque cela lui arrive, il est vite consolé. Il aime beaucoup les livres et joue de la guitare. Il peut facilement jouer seul, mais préfère jouer dehors. Il va facilement vers les chiens. «Nous avons un chat et parfois Francesco le provoque un peu». Il a peur que sa mère le laisse tomber, qu'il se retrouve tout seul. Il peut manifester de la jalousie envers sa sœur. Il veut faire la même chose qu'elle. Il peut se mettre en colère quand il doit obéir et qu'il n'est pas d'accord. Il fait de la natation une fois par semaine.

Désirs et aversions alimentaires

Francesco a un bon appétit, aime le poulet et les frites avec du ketchup. Il réclame toujours de la viande, n'importe laquelle. Il n'aime pas les betteraves rouges. Il aime les flans et les frappés à la fraise. Il va à selle tous les jours.

Symptômes du sommeil

C'est un grand dormeur. Il se réveille toujours très tard quand il a congé. Le matin, il dort bien et ne veut pas se lever. Il s'endort d'abord sur le ventre pour recevoir le câlin de sa mère puis se met sur le dos. Parfois, il grince des dents pendant le sommeil.

Analyse

Le remède Magnesia carbonica n'est pas sorti en tête de la répertorisation. D'après la Matière Médicale, ce remède correspondait toutefois bien aux symptômes de l'enfant.

Une demi-dose de Magnesia carbonica 200K a été délivrée à la posologie d'une demi-dose une fois par jour pendant deux jours.

Évolution

En août 2002, la mère de Francesco a traité la peau de Francesco avec une crème grasse (sans cortisone). L'eczéma a disparu, mais Francesco a de nouveau eu un passage difficile. Une plaque sur le côté gauche du visage et sur le coude gauche est à nouveau survenue. La peau est épaisse à cet endroit et Francesco se gratte constamment. L'enfant a donc reçu une nouvelle dose de Magnesia carbonica 200K.

En octobre 2002, la situation s'est beaucoup améliorée au niveau du visage. Francesco a cependant fait un impétigo aux fesses, suite à des piqûres de mous-

1	Psychisme – troubles consécutifs à (suite de) – discordes (conflits) entre – parents; ses propres	2
2	Psychisme – abandon; sentiment d'	64
3	Psychisme – timidité, caractère timoré	124
4	Généraux – aliments et boissons – viande – désir de viande	45
5	Sommeil – réveil – tardif; trop	93
6	Visage – éruptions – eczéma	59
7	Œil – coloration – bleutée – sclérotiques ou conjonctives	10

	Calc.	**merc.**	**mag-c.**	**sulph.**	**Graph.**	**Sep.**	**caust.**	**lach.**	**phos.**	**rhus-t.**
	5/12	**5/9**	**5/8**	**4/11**	**4/9**	**4/9**	**4/7**	**4/7**	**4/7**	**4/7**
1	–	–	2	–	–	–	–	–	–	–
2	1	2	2	–	–	1	–	2	–	1
3	3	2	1	3	2	3	2	1	3	2
4	2	1	2	2	1	–	1	–	1	–
5	3	2	1	3	3	3	2	2	2	1
6	3	2	–	3	3	2	2	2	1	3
7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

tiques très prurigineuses. Cet impétigo a été traité avec une pommade antibiotique.

En janvier 2003, la peau est intacte depuis décembre 2002. La maîtresse a constaté que Francesco a fait de gros progrès à l'école. Il a arrêté de se ronger les peaux autour des ongles. Il ne se plaint plus de douleurs dans les jambes.

En mars 2003, tout va bien à l'école. Francesco écrit avec beaucoup de soin, mais oublie parfois ses affaires. A la question de ce qu'il préfère à l'école, Francesco répond: «la récréation». Il préfère toujours jouer dehors. La mère de Francesco est cependant inquiète, car Francesco fait pipi au lit (plusieurs fois par semaine) depuis quelque temps.

L'enfant a reçu une dose de Magnesia carbonica MK.

En octobre 2003, Francesco ne mouille plus son lit depuis deux mois et sa peau est parfaitement intacte.

En janvier 2004, Francesco va bien et sa peau est toujours intacte. ▮

Adresse de correspondance
Michèle Imfeld
Pharmacienne FPH en homéopathie classique
Chargée d'enseignement à l'Université de Genève
E-mail: imfeld@homeoconseil.org

* Les phrases entre «guillemets» représentent les propos du patient ou de la maman laissés intacts.

* Les phrases entre «guillemets» représentent les propos du patient ou de la maman laissés intacts.

«Ich zeige Dir meinen Rücken …»

Michèle Imfeld

Der vorliegende Fall zeigt, wie die Ekzeme eines kleinen Jungen durch die Gabe einiger homöopathischer Dosen, so wie es die Methode der Klassischen Homöopathie vorschreibt, geheilt werden konnten.

Francesco war fünfjährig, als ich ihn im Juni 2002 das erste Mal sah.

Beschreibung des Patienten

Während der Konsultation sass Francesco brav und ruhig auf seinem Stuhl. Er hat schwarze Haare, einen gebräunten Teint und dunkle Augen mit blauen Skleren. Wenn ich ihm eine Frage stellte, suchte er Zuflucht bei seiner Mutter. Er wirkte sehr scheu und schaute mich nicht an. Die wenigen Antworten, die ich ihm dennoch entlocken konnte, gab er mir und wandte mir gleichzeitig seinen Rücken zu. Die nötigen Informationen erhielt ich von seiner Mutter. Francesco hat eine Schwester, 13-jährig, mit welcher er sich gut versteht.

Die Mutter kam mit Francesco zu mir, weil er seit Ende des vorhergehenden Jahres an einem Ekzem im Gesicht, genauer auf den Wangen und am Kinn, litt. Der Hautausschlag wurde bislang mit einer kortisonhaltigen Salbe behandelt.

Die Mutter war seit sechs Monaten geschieden. Sie war während ihrer Ehe von ihrem Mann geschlagen worden und Francesco war Zeuge der Gewaltsausbrüche gewesen. Francesco wollte daher seinen Vater nicht sehen, aber dieser hatte ein Recht auf regelmässige Treffen. Eines Tages, als der Vater Francesco von einem Treffen zurückbringen wollte, war die Mutter noch nicht zu Hause, weil sie sich verspätet hatte. Zur Strafe behielt der Vater Francesco zwei Tage lang bei sich, ehe er ihn zurückbrachte. Deshalb besuchte Francesco in diesen zwei Tagen auch die Schule nicht. Für Francesco war diese Situation sehr schwierig. Wenn der Vater ihn zur Mutter zurückbrachte, redeten die beiden kein Wort miteinander. Francesco wurde psychologisch betreut, weil er unter dem Konflikt sehr litt.

Lokale und allgemeine Symptome

Auf seinen Wangen bildete das Ekzem einen runden Fleck, so gross wie ein Fünfliber. Er entkleidete sich gerne (hatte zu warm) und liebte es zu baden. Die Sonne vertrug er gut. Er hatte die Angewohnheit, die Kleiderränder immer wieder anzuknabbern; früher waren es die Fingernägel gewesen, nun kaute er an den Häutchen herum. Manchmal beklagte er sich über Schmerzen in den Beinen.

Vorgeschichte

Als Baby hatte Francesco mehrere Mittelohrentzündungen und die Windpocken durchgemacht. Während Erkältungsepisoden war seine Nase immer verstopft und er litt unter Husten. Sobald er draussen nur etwas zu lange spielte und kalt hatte, holte er sich jedes Mal eine Erkältung. Er schwitzte viel am Kopf.

Seine Mutter stillte ihn bis zum 18. Monat, weil er nicht auf dieses Ritual verzichten wollte. Im Nacken hat er ein Muttermal und auf den Armen und Beinen kleine Leberfleckchen. Sämtliche Impfungen hatte er gut vertragen.

Gemütssymptome

In der Schule zeigte Francesco Interesse und gab sich Mühe. Aufgrund seiner eher langsamen Art, war es für ihn schwierig, gestellte Aufgaben zu beenden, und er beobachtete die anderen, die viel schneller waren als er. Er ging jedoch gerne zur Schule, war aber leicht zu beeinflussen.

Francesco war scheu, zart und nicht sehr konkurrenzfähig. Er war vorsichtig, wollte nicht der Erste oder Vorbild sein. Er weinte nicht schnell und wenn es doch passierte, konnte man ihn leicht trösten. Er mochte Bücher und spielte Gitarre. Er konnte sich problemlos alleine beschäftigen, spielte gerne draussen, ging ohne Angst auf Hunde zu. «Wir haben zu Hause eine Katze und Francesco neckt und provoziert sie manchmal.» Francesco hatte Angst, von seiner Mutter verlassen zu werden und ganz allein auf sich gestellt zu sein. Dies äusserte sich manchmal in Eifersucht gegen seine Schwester, dann wollte er immer genau das Gleiche machen und haben wie sie. Er konnte wütend werden, wenn er gegen seinen Willen gehorchen musste. Einmal pro Woche ging er zum Schwimmunterricht.

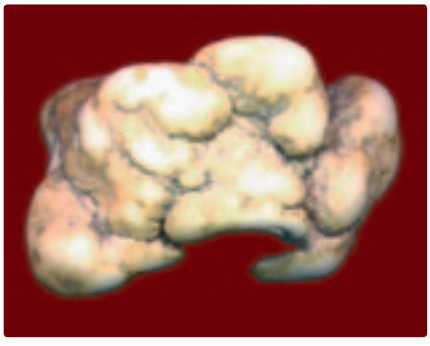
Vorlieben und Abneigungen beim Essen

Francesco hatte einen guten Appetit, er mochte Poulet und Pommes frites mit Ketchup. Er wollte am liebsten jeden Tag Fleisch essen, welches war egal – Hauptsache Fleisch! Randen ass er nicht. Dafür liebte er Pudding und Erdbeerfrappés. Die Verdauung war in Ordnung, er musste täglich aufs Klo.

Schlafsymptome

Francesco war ein grosser Schläfer, er erwachte immer sehr spät, wenn er nicht zur Schule musste. Besonders am Morgen schlief er tief und fest und war fast nicht zum Aufstehen zu bewegen. Beim Einschlafen lag er zuerst auf dem Bauch, um die Streicheleinheiten der Mutter geniessen zu können, danach drehte er sich auf den Rücken. Ab und zu knirschte er im Schlaf mit den Zähnen.

Das homöopathische Heilmittel Magnesium carbonicum war zwar nicht das erste Mittel, welche mit dieser Repertorisation gefunden wurde, nach dem Lesen der Materia Medica war aber schnell klar, dass es sehr gut zu Francescos Problemen passte.



Magnesium carbonicum

Repertorisation

1	Geist und Gemüt – Unruhe folgend auf – Zwietracht (Konflikt) zwischen – Eltern; eigenen	2
2	Gemüt – Verlassenheit; Gefühl der	64
3	Gemüt – Scheu, ängstlicher Charakter	124
4	Allgemeines – Essen und Trinken – Fleisch – Verlangen nach Fleisch	45
5	Schlaf – erwachen – spät, zu	93
6	Gesicht – Ausschläge – Ekzem	59
7	Augen – Färbung – bläulich – Skleren oder Bindehaut	10

	Calc.	Merc. s.	Mag. c.	Sulfur	Graph.	Sepia	Caust.	Lach.	Phos.	Rhus–t.
	5/12	5/9	5/8	4/11	4/9	4/9	4/7	4/7	4/7	4/7
1	–	–	2	–	–	–	–	–	–	–
2	1	2	2	–	–	1	–	2	–	1
3	3	2	1	3	2	3	2	1	3	2
4	2	1	2	2	1	–	1	–	1	–
5	3	2	1	3	3	3	2	2	2	1
6	3	2	–	3	3	2	2	2	1	3
7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Francesco bekam eine halbe Dosis Magnesium carbonicum 200K, die andere Hälfte musste er am folgenden Tag einnehmen.

Verlauf

Im August 2002 behandelte die Mutter Francescos Haut mit einer stark fettenden Salbe (ohne Kortison), das Ekzem verschwand in der Zwischenzeit. Doch Francesco hatte wieder eine schwierigere Zeit und ein Ekzemfleck bildete sich erneut auf der linken Gesichtshälfte und am linken Ellenbogen. Die Haut war an diesen Stellen dick und er kratzte sich dauernd.

Er erhielt erneut eine Dosis Magnesium carbonicum 200K.

Im Oktober 2002 war die Haut im Gesicht wieder viel besser, doch am Gesäss bildete sich nach stark juckenden Mückenstichen ein eitriger Hautausschlag. Dieser wurde mit einer antibiotikahaltigen Salbe behandelt.

Im Januar 2003 konnte festgestellt werden, dass die Haut seit dem Dezember soweit in Ordnung war. Die Lehrerin meldete, dass Francesco in der Schule deutliche Fortschritte gemacht habe. Auch knabberte er nicht mehr an den Fingernagelhäutchen und klagte nicht mehr über Schmerzen in den Beinen.

Im März 2003 lief es in der Schule prima, Francesco schrieb mit grosser Sorgfalt, nur manchmal vergass er seine Sachen. Auf die Frage, was er am liebsten in der Schule mache, antwortete er verschmitzt: «Pause.» Immer noch spielte er am liebsten draussen. Doch seine Mutter war etwas beunruhigt, weil Francesco schon seit mehreren Wochen (und das mehrmals wöchentlich) ins Bett machte (Enuresis nocturna).

Francesco erhielt eine Dosis Magnesium carbonicum MK.

Im Oktober 2003 war Francescos Haut weiterhin ohne Ekzem und völlig unauffällig, er machte seit zwei Wochen nicht mehr ins Bett.

Im Januar 2004 ging es Francesco gut. Seine Haut war normal. ∎

Korrespondenzadresse
Michèle Imfeld
Fachapothekerin FPH Klassische Homöopathie
Vorstandsmitglied der SAGH (Schw. Apothekergesellschaft für Homöopathie)
Lehrbeauftragte an der Universität Genf
E-Mail: imfeld@homeoconseil.org

Übersetzung
Cornelia Roth –
Fachapothekerin FPH Klassische Homöopathie
Präsidentin der SAGH (Schw. Apothekergesellschaft für Homöopathie)
E-Mail: c.roth@sahp.ch

* Die Sätze mit Anführungszeichen sind wörtliche Aussagen von Francesco oder seiner Mutter.

«We would like to take the lead in being more critical to our own functioning»

Claudia Sedioli

«Responsability for Patient Outcomes – are you ready?» is the theme of the 69th FIP-Congress, that will take place from 3–8 September in Istanbul/Turkey. pharma-Journal asked Ton Hoek, General Secretary of FIP, what FIP visitors can expect.



Ton Hoek, General Secretary of FIP.

In 2008 more than 3200 pharmacists from over 120 nations attended the congress in Basel. How many visitors do you expect in Istanbul?

I expect around 2800 in Istanbul.

The theme of the congress is «Responsability for Patient Outcomes – are you ready?». Patient outcomes is the key objective of all healthcare professionals. What makes this topic interesting specifically for pharmacists?

It is true that focussing on health outcomes is necessary for all health professionals. However, how many health professionals ask themselves this question, and how many health professional associations want to openly address this issue? In any case, we would like to take the lead in being more critical to our own functioning.

The recent developments in pharmacogenetics enable individualised pharmacotherapy. In what ways do they further the pharmacists' contribution to the patient outcomes?

There are many ways how pharmacists can contribute to better outcomes using pharmacogenetics. Varying from profiling the individual gene passports, to optimising pharmacotherapy by selecting and optimising the dose of appropriate medicines. A more in depth view on these great opportunities for the pharmacists will be presented at the congress in Istanbul.

What are the (pharmacist led) interventional models to support patient outcomes which the participants will have an insight in?

Several models will be presented at our congress in Istanbul during such sessions as the aptly named «Assuring Better Patient Outcomes», «Pharmacists Working Towards Improved Patient Outcomes», «Can Medicines Management Improve the Use of Medicines» and «Sharing Information to Enhance Treatment Outcomes», to name but a few.

In Basel the participants organised spontaneously pharmacy visits to get an insight into the situation of Swiss pharmacists. What are the main challenges of turkish pharmacists, congress' participants will get to know about?

The best way to find out what the Turkish challenges are is to come to Turkey and participate in the programme! In the meantime, we have asked a colleague from Turkey to write an article on community pharmacy practice in Turkey as a lead up to the meeting. The article can be found on the Congress website at http://www.fip.org/istanbul2009/?page=Press%20Information.

As a long standing candidate for European Union membership Turkey is very interested to welcome an international congress of healthcare professionals. What were finally the reasons for the decision for Istanbul as a venue for the congress?

FIP is a global organisation, and needs to be visible around the world. We frequently receive offers to host our annual congress in a particular city. We make the decision as to where our congress will be held based on business and geographical representation principles, not on political elements.

For first-time-participants it can be demanding to experience an international congress to its full potential. To do so, a special First-Timer-Mentor Programme was created. What does it include?

It is very true that sometimes the FIP Congress can be overwhelming for first-time participants. It is our job to make sure they experience the Congress to its fullest potential so that we keep them coming back year after year. This year we are offering first-timers the opportunity to be matched with someone (within their own age group) who has been to the Congress before. This will happen right at the beginning of the Congress after the Opening Ceremony so that the new participants can already learn about all of the educational opportunities, about where and when the social progammes take place (and how these are often once-in-a-lifetime opportunities, provided only by the FIP Congress) and so that they can already start building their international network of peers and colleagues.

We invite everyone to visit the FIP Congress website at www.fip.org/istanbul2009 for more information on all Congress educational sessions, social programmes and special features for first-time participants and young pharmacists. ▮

Interview
Claudia Sedioli
E-Mail: csedioli@hispeed.ch

The 69th International Congress of FIP will take place from 3–8 september 2009 in Istanbul/Turkey. The Congress theme is "Responsibility for Patient Outcomes – are you ready?" a timely and relevant topic considering global changes and trends within the pharmacy profession and pharmaceutical sciences. For further information and registration see www.fip.org/istanbul2009.

Agenda 2009

Februar–Juli / février–juillet

14.2.–31.7. Lust, Leid & Wissen: Eine Geschichte der Syphilis und ihrer Therapie, Pharmazie-Historisches Museum Basel, Basel

Juni / juin

17. Umdasch-Seminar: Ladendiebstahl LIVE!, Oberentfelden

18. Umdasch-Seminar: Umdasch Shop Concept-Forum, Lausanne

23.–24. Euroforum Jahrestagung «Arzneimittelversorgung im Umbruch», Zürich

24. Umdasch-Seminar: Mehr Ertrag auf gleicher Fläche, Oberentfelden

26. Tage der Genforschung: Führung: Gentechnisch veränderter Weizen, Zürich

27. Tage der Genforschung: Führung: Gentechnisch veränderter Weizen, Zürich

Den Veranstaltungskalender finden Sie auch auf www.pharmaSuisse.org unter Pharmazie&Fachpublikum → Beruf Apotheker → Fortbildung FPH/Weiterbildung FPH → Veranstaltungskalender
Le calendrier des manifestations se trouve également sur www.pharmasuisse.org, sous Pharmaciens&Politique → Profession pharmacien → Formation postgraduée/Formation continue → Calendrier des manifestations.

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH**

Manifestations reconnues par la FPH officine (O), hôpital (H) et homéopathique (HOM)

Date	O/H/ Hom	titre	organisa-teur	lieu	heure	informations	PC/ Module	numéro d'identification	prix
Juin									
29.06.– 01.07.	O/H	Assistance pharmaceutique et pharmacie clinique	GSASA	Genève	sur demande	Pascal.Bonnabry@hcuge.ch	150	**1**-103-384-09-P150	600.–
Juillet									
02.07.	O/H	Contamination externe des flacons de cytotoxiques: propagation et parade	CHUV	Lausanne	12.15–13.00	Andre.Pannatier@chuv.ch	6.25	**1**-103-382-09-P6.25	gratuit
09.07.	O/H	Essais cliniques: toute la vérité !	CHUV	Lausanne	12.15–13.00	Andre.Pannatier@chuv.ch	6.25	**1**-103-383-09-P6.25	gratuit
Août									
31.08.	O	Aromathérapie – connaissances de base	CAP	Morges	09.00–17.00	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	50	**1**-2-189-09-P50	Membres du CAP: 275.– Non-membres: 330.–
Septembre									
08.09.	O	Technique d'entretien et résolution de conflits quotidiens (Module I)	SPA AG	Vevey	sur demande	Tél. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	50	**3**-7-49-09-P50	620.–

Nous vous demandons de conserver le calendrier des manifestations FPH car les dates de ces manifestations ne seront mentionnées qu'une seule fois dans le pharmaJournal.
Domaines de compétences (correspond au 1er chiffre du numéro d'identification)
1: Compétences pharmaceutiques 2: Compétences en santé communautaire 3: Compétences en gestion 4: Compétences personnelles

FPH-anerkannte Veranstaltungen im Bereich Offizin (O)- und Spitalpharmazie (S) sowie klassischer Homöopathie (H)

Datum	O/S/ H	Titel	Ver-anstalter	Ort	Zeit	Informationen	KP/ Modul	ID-Nummer	Preis
Juli									
08.07.	O/S	Rheumatoide Arthritis – Neue Therapieformen	Kantons-apotheke Zürich	Zürich	18.00	severine.fuchs@kaz.zh.ch	12.5	**1**-103-385-09-P12.5	gratis
August									
06.08.	O	Bein & Fuss	TopPharm AG	Olten	08.30–12.45	Tel. 061 416 90 90 info@toppharm.ch	33.25	**1**-25-70-09-P33.25	350.–
06.08.	O	Bein & Fuss	TopPharm AG	Olten	13.30–18.15	Tel. 061 416 90 90 info@toppharm.ch	33.25	**1**-25-70-09-P33.25	350.–
09.+ 10.08.	O	Dipl. Spagyriker Heidak – Modul 2b	Heidak AG	Emmen-brücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	750	**1**-302-03-09-P750	2925.–
11./12.08. +25.09.	O	Apotheker/Skipper Traning	TopPharm AG	Gersau/ Zürich	14.00	Tel. 061 416 90 90 info@toppharm.ch	150.6	**3**-25-68-09-P92.85 **4**-25-69-09-P57.75	1500.–
12.– 15.08.	O	Die Kunst des Verhandelns	Uni Bern	Bern	17.00	Tel. 031 631 32 11 health.administration@rw.unibe.ch	170	**3**-83-49-09-P170	1650.–
13.08.	O	Bein & Fuss	TopPharm AG	Landquart	13.30–18.15	Tel. 061 416 90 90 info@toppharm.ch	33.25	**1**-25-70-09-P33.25	350.–
14.08.	O	Pharmako-botanische Spätsommerexkursion	SMGP	Weglosen	9.00	Tel. 058 934 59 80 kurse-smgp.isfm@zhaw.ch	50	**1**-20-13-09-P50	45.– bis 150.–
15.+ 16.08.	H	Hautkrankheiten	Artis Homöopathicae	Solothurn	9.00	info@artis-pfs.ch	100	KH-08-06-09-P100	390.–
17.08.+ 21.09.	O	Train the Trainer: Weiterbildung für Referent/-innen	SPA AG	Winterthur	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-81-09-P100	1240.–

→

18.08.	O	Bein & Fuss	TopPharm AG	Baden	08.30–12.45	Tel. 061 416 90 90 info@toppharm.ch	33.25	**1**-25-70-09-P33.25	350.–
18.08.	O	Bein & Fuss	TopPharm AG	Baden	13.30–18.15	Tel. 061 416 90 90 info@toppharm.ch	33.25	**1**-25-70-09-P33.25	350.–
18.08.	O	Burnout-Syndrom	Agfam	Zürich	08.30–12.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-25-09-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
18.08.	O	Inhalationsgeräte	medinform GmbH	Zürich	auf Anfrage	Tel. 044 391 76 45 info@medinform.ch	25	**1**-226-103-09-P25	200.–
19.08.	O	Sicherheit und Outdoor-Medizin	Mepha Pharma AG	Sargans	09.00–17.00	Tel. 061 705 43 29 www.mepha.ch	62.5	**1**-96-13-09-P62.5	150.– bis 199.–
20.08.	O	Prevention Summit	Universitäts-spital Zürich	Zürich	09.00–17.30	Tel. 044 250 40 92 www.prevention-summit.ch	50	**1**-300-02-09-P50	80.–
20.08.	H	Erst- und Nachwirkungen der Arzneien	SAHP	Luzern	09.15–17.15	www.sahp.ch	50	KH-01-12-09-P50	200.– bis 220.–
20.08.	O	Tanz der Hormone	Agfam	Zürich	08.30–12.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-13-09-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
20.08.	O	Master of Using HEIDAK – Bauchorgane	Heidak AG	Emmen-brücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-02-09-P50	1950.–
20.08.	O	Mitarbeiterführung – von Beginn an sicher (Modul II)	SPA AG	Winterthur	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	50	**3**-7-7-09-P50	650.–
20.08.+ 27.08.+ 03.09.+ 10.09.+ 17.09.	O	Ausbildungszyklus: Isopathie, Dunkelfeld-mikroskopie und Immunbiologie	ebi-pharm ag	Winterthur	09.30–17.00	Tel. 031 828 12 22 office@ebi-pharm.ch	250	**1**-30-73-09-P250	700.–
22.08.	H	Repertorisation, Arzneimittelbilder	BAKH	Bern	09.00–17.00	vorlesung_bakh@mac.com	50	KH-16-06-09-P50	2000.–/Jahr, Studenten: 300.–/Jahr
22.08.	H	Fachkurs Materia Medica	Spagyros AG	Gümligen	12.30–16.00	Tel. 031 959 55 88 kurse@spagyros.ch	50	KH-14-07-09-P50	107.60
22.08.	O	Verdauungsbeschwerden	ebi-pharm ag	Olten	09.30–17.00	Tel. 031 828 12 22 office@ebi-pharm.ch	50	**1**-30-127-09-P50	120.–
24.08.	O	Master of Using HEIDAK – Bauchorgane	Heidak AG	Emmen-brücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-02-09-P50	1950.–
24.08.	O/S	Nosokomiale Infektionen: Hygiene und Antibiotikatherapie im Spital	Universität Basel	Basel	09.15–17.00	www.spitalpharmazie.ch	50	**1**-103-386-09-P50	300.–
25.08.	O	Burnout-Syndrom	Agfam	Zürich	08.30–12.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-25-09-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
25.08.	O	Häufige Probleme des Mannes	Agfam	Zürich	13.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-23-09-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
25.08.	O	Gynäkologie	Biomed AG	Winterthur	09.00–17.30	Tel. 044 802 16 16 allsan@biomed.ch	54.25	**1**-38-42-09-P54.25	150.–
25.08.	O/S	Supply chain management	Universität Basel	Basel	09.15–17.00	www.spitalpharmazie.ch	50	**1**-103-387-09-P50	300.–
26.08.	O	Mykotherapie – ein Naturheilverfahren mit Zukunft	ebi-pharm ag	Olten	09.30–17.00	Tel. 031 828 12 22 office@ebi-pharm.ch	50	**1**-30-135-09-P50	120.–
26.–28.08.	O	Der Weg zu mehr Produktivität durch Gelassenheit	SPA AG	Sigriswil	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	125	**4**-7-4-09-P125	1430.–
27.08.	O	Balaced Score Card – Qualitätsmanagement	TopPharm AG	Basel	13.30–17.30	Tel. 061 416 90 90 info@toppharm.ch	31	**3**-25-73-09-P31	350.–
27.08.	O	Notfallsituation in der Apotheke – Kurs II	Schweiz. Tropeninstitut	Basel	09.00–17.00	Tel. 061 284 82 80 courses-sti@unibas.ch	50	**1**-46-38-09-P50	370.–
28.08.	O/S	Was ist ein koscheres Arzneimittel?	GSASA	Basel	auf Anfrage	sgphw@sgphw.ch	8.25	**1**-103-388-09-P8.25	28.–
28.–30.08.	H	Morbus crohn, Colitis ulcerosa	Artis Homöopathicae	Solothurn	13.00	info@artis-pfs.ch	138	KH-08-07-09-P138	480.–
29.08.	O	Einführung in die Biologische Medizin	ebi-pharm ag	Luzern	09.30–17.00	Tel. 031 828 12 22 office@ebi-pharm.ch	50	**1**-30-128-09-P50	120.–

Haben Sie Anregungen, Bemerkungen, Vorschläge zu Kursprogrammen oder einzelnen Kursen?
Wir freuen uns auf Ihr Feedback! Fax 031 978 58 59; kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Veuillez adresser vos remarques, suggestions et propositions concernant les programmes ou les divers cours à Madame Kathrin Zybach (fax 031 978 58 59; e-mail: kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Mitteilungen Communications

pharmaSuisse: Neue Mitglieder pharmaSuisse: Nouveaux membres

Um die Mitgliedschaft beim Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse bewerben sich:

Ont posé leur candidature à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse:

Apotheker/Pharmaciens
Vignal-Villemey Marie-Claude, Chêne-Bourg, GE

Stud. pharm. / Etudiants pharm.
Meister Lukas, Bottmingen, BL
Schut Sophie, Prangins, VD

Einsprachen gemäss Reglement Art. 3 Ziff. 3.2 sind innert 10 Tagen schriftlich mit Begründung an den Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld zu richten.

Selon l'art. 3 ch. 3.2 du règlement, les oppositions éventuelles doivent être motivées et adressées par écrit, dans les 10 jours, à pharmaSuisse, la Société Suisse des Pharmaciens, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld.

Widerruf der Zulassung Révocation de l'autorisation de mise sur le marché

Folgende Gründe sind möglich / Motifs envisageables:
1. Verzicht auf den Vertrieb / Arrêt de la distribution
2. Löschung im Überprüfungsverfahren / Radiation dans le cadre de la procédure de réexamen
3. Entlassung aus der Heilmittelkontrolle / Radiation du contrôle des médicaments

Zeichen / Signe	Präparat / Produit	Widerruf per / Révocation au
Humanpräparate/Produits à usage humain		
1	Bio-Mag, comprimés homéopathiques	15. 4. 2009
1	Calios Retard 75 mg, Dragées	16. 4. 2009
1	Calios Retard 100 mg, Dragées	16. 4. 2009
1	Calios 50 mg, Dragées	16. 4. 2009
1	Cataflam, Tropfen	16. 4. 2009
1	Doloptal 50 mg, Dragées	16. 4. 2009
1	Fasigyn, Tabletten	1. 10. 2009
1	Froben retard, Kapseln	2. 4. 2009
1	Klyx Magnum, Pulver für Klistier	31. 3. 2009
1	Maxipime 1 g, Injektionspräparat	3. 4. 2009
1	Maxipime 2 g, Injektionspräparat	3. 4. 2009
1	Sandoretic, Tabletten	30. 6. 2009
1	Sperti Präparation H, Salbe	31. 1. 2010
1	Sperti Präparation H, Suppositorien	31. 1. 2010
1	Synthamin V 10, Infusionslösung	31. 3. 2009
1	Synthamin V 10E, Infusionslösung	31. 3. 2009
1	Tilcotil, Injektionspräparat i.m./i.v.	2. 4. 2009
1	Viru-Merz Serol, Gel	1. 12. 2009
1	Vitasprint Complex, Trinkampullen	31. 1. 2009

†

Avis Mortuaire

Nous avons le regret de vous faire part du décès de

Monsieur

René Payot

1. 8. 1925–23. 5. 2009

Pharmacien, Grandson
Membre de la Société depuis 1955
Membre d'honneur depuis 1992

Nous présentons à sa famille nos condoléances les plus vives et les plus sincères.

Société Suisse des Pharmaciens, pharmaSuisse
Le comité

†

Todesanzeige

Wir haben die traurige Pflicht, unsere Mitglieder vom Hinschied von

Frau

Marta Katharina Meyer

26. 12. 1914–6. 6. 2009

Apothekerin, Zürich
Mitglied des Verbands seit 1947
Freimitglied seit 1981

in Kenntnis zu setzen.

Wir sprechen ihren Angehörigen unser herzliches Beileid aus und werden der Verstorbenen ein ehrendes Andenken bewahren.

Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse
Der Vorstand

Deutschland: Banken pfänden bei «Zur Rose»

Die schweizerische Firmengruppe «Zur Rose» steckt in einer schweren Krise. Nachdem das Unternehmen im vergangenen Jahr knapp drei Millionen Euro Verlust geschrieben hat, sieht auch die Finanzierung problematisch aus. Weil die Gruppe ihre Vereinbarungen mit den Banken in Sachen Verschuldung und Eigenfinanzierung nicht erfüllen konnte, haben die Gläubiger nahezu die gesamten Firmenwerte gepfändet. Keine guten Nachrichten für die rund 2000 schweizerischen Ärzte. Das Management der Gruppe gibt sich zuversichtlich: Als Ziel für 2009 wurden eine moderate Umsatzsteigerung und eine deutliche Verbesserung der Ertragslage ausgegeben.

Zur Sanierung könnte ein Verkauf der Generikatochter Helvepharm beitragen. Laut «Zur Rose» wurde bereits ein Prozess eingeleitet, um Helvepharm in eine «strategische Partnerschaft einzubringen, unter Beibehaltung einer strategischen Kooperation mit ‹Zur Rose›».
www.apotheke-adhoc.de

Die AKA informiert:

Cave Substitution Anapen® und Epipen®

Die Adrenalin-Fertigspritzen Anapen® und Epipen® werden zur notfallmässigen Selbstbehandlung verschrieben. Sie sind sehr unterschiedlich in der Handhabung. Patienten werden vom verschreibenden Arzt entweder auf Epipen® oder auf Anapen® geschult, damit sie im Notfall das Adrenalin rasch und sicher injizieren können. Eine Substitution in der Apotheke von Anapen® durch Epipen® oder umgekehrt ist deshalb nicht zulässig und könnte fatale Folgen haben. (Ein ausführlicher AKA-Artikel zum Thema erscheint in einer der nächsten Nummern des pharmaJournals.)

La CMPS informe:

Substitution de l'Anapen® et de l'Epipen®

Les solutions injectables en seringue préremplie, Anapen® et Epipen®, sont prescrites pour l'auto-traitement d'urgence. Elles sont utilisées de façon très différente. Le médecin prescripteur explique donc l'utilisation soit de l'Epipen® soit de l'Anapen®, afin que les patients puissent s'injecter rapidement et en toute sécurité de l'adrénaline en cas d'urgence. Une substitution en pharmacie de l'Anapen® par l'Epipen® ou vice-versa n'est donc pas autorisée et pourrait avoir des conséquences fatales. (Un article complet de la CMPS sur le sujet sera publié dans une prochaine édition du pharmaJournal.)

Wenn Angst zur Qual wird

Claudia Reinke

Den neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen und ihren Behandlungsmöglichkeiten war die 39. Internationale Pharmazeutische Fortbildungswoche der Deutschen Bundesapothekerkammer in Davos gewidmet. Vom 8. bis 13. Februar 2009 konnten sich wieder mehr als 1000 Apothekerinnen und Apotheker über den aktuellen Wissensstand wichtiger Krankheitsbilder wie Depressive Störungen, Demenz- und Angsterkrankungen sowie Morbus Parkinson und Multiple Sklerose informieren, erhielten aber auch beratungsrelevante Updates zur Pharmakotherapie von Schlafstörungen und Schmerzzuständen. In verschiedenen Berichten werden die wichtigsten Informationen für Sie zusammengefasst.

Angst ist die natürliche Reaktion des Menschen auf Gefahren und stellt somit ein normalpsychologisches Phänomen dar, erklärte Professor Hans-Peter Volz, Chefarzt des Krankenhauses für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin in Werneck. Angst kann sich in allen Verhaltensebenen äussern: im gedanklichen und emotionalen Bereich (selektive Wahrnehmung gefahrenrelevanter Reize, Befürchtungen), im Verhalten (Flucht und Vermeidung) sowie in charakteristischen, durch Alarmreaktionen ausgelösten körperlichen Symptomen (Herzrasen, Schwitzen, Zittern, beschleunigte Atmung). Angstreaktionen sind einerseits lebensrettend, können andererseits aber auch Begleitsymptom bei körperlichen oder psychischen Erkrankungen sein (z.B. Herzinfarkt oder Depressionen) oder als unangemessen übersteigertes Symptom prominent im Vordergrund stehen, ohne dass somatische oder psychische Erkrankungen eine ausreichende Erklärung dafür bieten würden. In solchen Fällen liegen primäre Angststörungen vor.

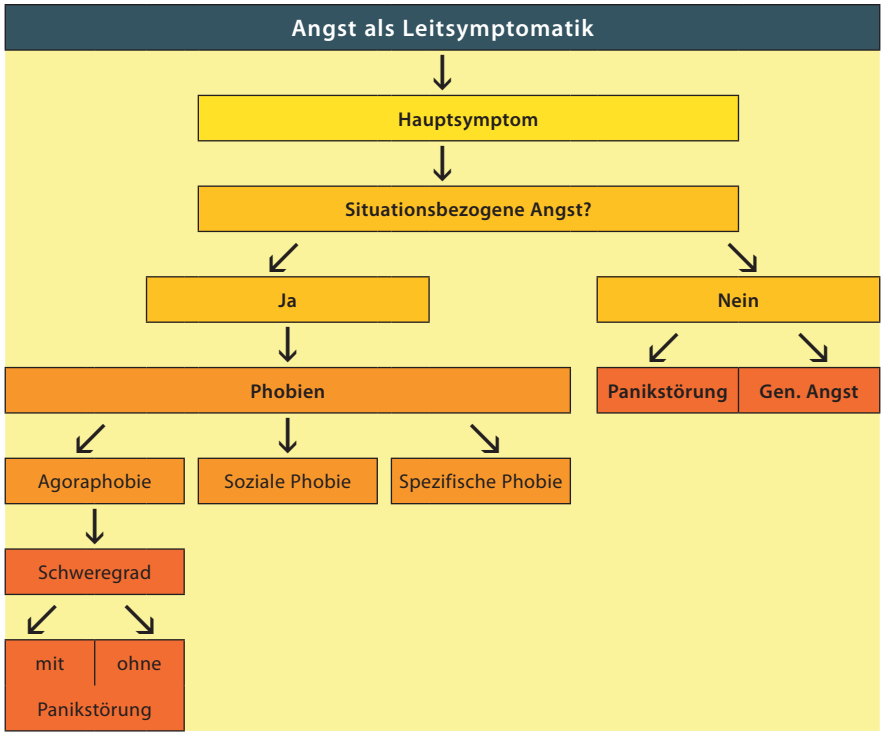
Angst ist nicht gleich Angst

Angststörungen sind ausserordentlich häufig: Mit 28,7 Prozent liegt ihre Lebenszeitprävalenz beispielsweise deutlich höher als die der Depressionen (17,1%). Angsterkrankungen stehen damit an erster Stelle der psychischen Störungen. Die ausgeprägten Ängste können sich mit der Zeit verselbständigen und eine Eigendynamik entwickeln, was für die Betroffenen mit erheblichem emotionalem Stress und vielfältigen Beeinträchtigungen der Lebensqualität verbunden ist. Um Angststörungen erfolgreich therapieren zu können, muss zwischen den einzelnen Formen krankhafter Angstzustände genau unterschieden werden (s. ICD 10-Schema).

Werden Angstzustände durch bestimmte Situationen ausgelöst, liegen so genannte Phobien vor, die mit oder ohne Panikattacken auftreten können. Dazu zählt beispielsweise die Angst vor Spinnen ebenso wie die Angst vor dem Fliegen oder dem Autofahren, vor freien Plätzen oder engen Räumen (spezifische Phobien, Agoraphobie, Klaustrophobie). Wer Angstanfälle im Umgang mit anderen Menschen empfindet (z.B. in Menschenansammlungen, bei Partys, Präsentationen oder in Prüfungen), leidet dagegen unter sozialer Phobie. Diesen Situationen gemeinsam ist die Befürchtung der Betroffenen, sich bei den plötzlich auftretenden, häufig sehr starken Angstzuständen nicht rechtzeitig in Sicherheit bringen zu können und/oder sich zu blamieren. Dies führt dazu, dass solche angstbesetzten Situationen sicherheitshalber – oft mit Hilfe perfekter Strategien – möglichst vermieden werden.

Zu den nicht situationsgebundenen Ängsten gehören die Panikstörungen und die generalisierten Angststörungen (GAS). Panikattacken sind wiederholte, plötzlich auftretende, klar abgegrenzte Episoden intensiver Angst mit akutem körperlichem Unbehagen, die innerhalb von bis zu zehn Minuten einen Höhepunkt erreichen und dann langsam wie-

Schematische Darstellung der Klassifikation der Angststörungen (nach der Intl. Classification of Diseases, 10th Edition [ICD-10]).



der abflauen. Charakteristisch sind u.a. Symptome wie Herzrasen, Gefühl der Atemnot, Schmerzen, Schweissausbrüche, Beklemmungsgefühle in der Brust, Schwindel, Übelkeit und Parästhesien, die insgesamt als Anzeichen einer unmittelbaren Todesgefahr wahrgenommen werden. Bei häufigem Auftreten solcher Panikattacken spricht man von Panikstörungen. Bis zu 80 Prozent der Panikpatienten entwickeln mit der Zeit weitere Angststörungen wie Depressionen, Agoraphobie oder somatoforme Störungen. Eine ärztliche Untersuchung und die nachfolgende Aufklärung der Patienten über den Charakter ihrer Beschwerden (das Fehlen körperlicher Ursachen) sowie eine effiziente Therapie kann den Betroffenen helfen, zu einem normalen Leben zurückzufinden. Bei der generalisierten Angsterkrankung stehen anhaltende unrealistische oder übertriebene Sorgen und Ängste über alltägliche Ereignisse (scheinbar unkontrollierbare Alltagssorgen) im Vordergrund, häufig verbunden mit vegetativen Beschwerden, allgemeiner Nervosität, Überängstlichkeit und Anspannung.

Tabelle 1: Pharmaka zur Behandlung von Angststörungen.

Substanz	Indikation	Start-Dosis (mg/d)	Dosis (mg/d)	Nebenwirkungen
Antidepressiva SSRI				
Paroxetin	Soziale Phobie Panikstörung GAS PTBS	20 20 20 20	40–60 40–60 40–60 50–50	gastrointestinal initiale paradoxe Angstzunahme Interaktionspotential
Citalopram	Panikstörung GAS	20 20	40–60 40–60	gastrointestinal initiale paradoxe Angstzunahme
Escitalopram	Soziale Phobie Panikstörung GAS	10 10 10	20–30 20–30 20–30	gastrointestinal initiale paradoxe Angstzunahme
Sertralin	Panikstörung GAS	50	100–150	gastrointestinal initiale paradoxe Angstzunahme
SNRI				
Venlafaxin	Soziale Phobie Panikstörung GAS	75 75	75–150 75–150	gastrointestinal initiale paradoxe Angstzunahme
RIMA				
Moclobemid	Soziale Phobie	150	450–900	Schlafstörungen
TZA				
Imipramin	GAS	75	75–150	anticholinerge Nebenwirkungen Müdigkeit Blutdruckabfall kardiale Überleitungsstörungen
Benzodiazepine				
Alprazolam	Panikstörung GAS	1–4 mg 2–4 mg	1–4 mg 2–4 mg	Müdigkeit Gefahr der Abhängigkeit
Diazepam	GAS	2,5	5–Okt	ausgeprägte Müdigkeit Gefahr der Abhängigkeit
Andere				
Buspiron (partieller 5HT1A-Agonist)	GAS	15	15–45	Unruhe Schlafstörungen
Opipramol (Sigmaligand)	GAS	50	100–200	Müdigkeit
Pregabalin (Ca-Kanalmodulator)	GAS	75	150–600	Müdigkeit Benommenheit Ataxie (hohe Dosen)
Hydroxyzin (Antihistaminergikum)	GAS	25	25–50	Müdigkeit

Therapeutische Interventionen

Angstzustände mit eindeutigem Auslöser lassen sich häufig erfolgreich durch eine entsprechende Psychotherapie behandeln (Flooding = systemische Desensibilisierung durch gezielte Konfrontationsbehandlungen). Der Einsatz von Psychopharmaka ist dagegen bei Panikstörungen, generalisierten Angsterkrankungen und sozialer Phobie erfolgreich.

Benzodiazepine zur Initialtherapie von Panikstörungen

Bei Panikattacken ist der Einsatz von Benzodiazepinen wie Alprazolam oder Diazepam besonders hilfreich, da mit einer raschen und zuverlässigen Angstlösung gerechnet werden kann, wobei Alprazolam durch die kürzere Halbwertszeit das bessere Sicherheitsprofil aufweist. Volz betonte allerdings die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung. Die Gabe von Benzodiazepinen sollte daher möglichst nicht länger als 14 Tage und maximal bis zu vier Wochen erfolgen. Voraussetzung ist dabei eine klare Indikationsstellung, um einen Abusus auszuschliessen. Bei Absetzen der Therapie ist auf eine langsame Dosisreduktion zu achten, um ein Entzugsdelir zu vermeiden. Zur Dauertherapie sollten serotonerg wirkende Substanzen eingesetzt werden wie Trizyklika, SSRI (Paroxetin, Citalopram, Escitalopram, Sertralin) oder SNRI wie Venlafaxin. Da es bei diesen Medikamenten in den ersten zwei Wochen zu einer Zunahme der Angst- und Panikattacken kommen kann, ist die zusätzliche Gabe eines Benzodiazepins bei entsprechenden Anfällen zu empfehlen. Nach dieser Anfangsphase ist die Anxiolyse zuverlässig wirksam. Aufgrund der hohen Remissionsraten ist in der Regel eine lange Behandlungsdauer erforderlich.

Generalisierte Angststörungen (GAS) – hohe Rückfallquote

Zur Behandlung generalisierter Angststörungen werden – neben Psychotherapie, Entspannungsverfahren und regelmässiger körperlicher Aktivität die Angstzustände reduziert – vor allem die serotonergen Substanzen eingesetzt. Neben SSRI und SNRI werden Benzodiazepine, trizyklische Antidepressiva (Imipramin, Opipramol), Buspiron, das Antiepileptikum Pregabalin sowie das Antihistaminikum Hydroxyzin eingesetzt. Die Symptomatik bessert sich unter der Pharmakotherapie zwar deutlich, allerdings ist nach Absetzen der Behandlung mit einer hohen Remissionsrate zu rechnen. Eine Langzeittherapie – insbesondere in Kombination mit nicht-medikamentösen Massnahmen – ist daher unvermeidlich.

Soziale Phobie – gute Ansprechraten

Die soziale Phobie lässt sich von allen Angststörungen am besten behandeln. Zum Einsatz kommen auch hier die serotonergen Substanzen und MAO-A-Hemmer, mit denen sich sehr gute Ansprechraten erzielen lassen. Auch die Rückfallquoten nach Absetzen der Therapie scheinen deutlich geringer als bei den übrigen Beschwerdebildern. ▮

Korrespondenzadresse
Dr. Claudia Reinke
Schützenmattstrasse 1
4051 Basel

Quelle

«Pharmakotherapie neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen»; 39. Internationale Fortbildungswoche PHARMACON der Deutschen Bundesapothekerkammer; Davos, 8. bis 13. 2. 2009. Vortrag: «Pharmakotherapie der Angst und Angststörungen», Professor Dr. Hans-Peter Volz, Werneck.

Barnow S, H. Freyberger, W. Fischer, M. Linden (Herausgeber): Von Angst bis Zwang. Verlag Hans Huber, Bern; 3. überarbeitete Auflage, 2008.

Abkürzungen

GAS:	Generalisierte Angststörung
RIMA:	reversibler und selektiver Hemmer der Monoaminooxidase A
SNRI:	selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer
SSRI:	selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer
TZA:	trizyklische Antidepressiva)
PTBS:	Posttraumatische Belastungsstörung

Lorsque la peur devient un supplice

Claudia Reinke

La 39e Semaine internationale de formation continue de la «Deutsche Bundesapothekerkammer» à Davos était consacrée aux maladies neurologiques et psychiatriques ainsi qu'à leurs traitements. Du 8 au 13 février 2009, plus de 1000 pharmaciens ont reçu des informations actuelles sur les tableaux cliniques importants tels que les troubles dépressifs, la démence, les maladies de l'anxiété, la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques; ils ont aussi bénéficié de mises à jour sur la pharmacothérapie des troubles du sommeil et des états douloureux. Les informations les plus importantes ont été résumées pour vous dans différents comptes rendus.

La peur est une réaction naturelle de l'être humain face aux dangers. Elle représente donc un phénomène psychologique normal a expliqué le Prof. Hans-Peter Volz, médecin-chef de la clinique de psychiatrie, psychothérapie et médecine psychosomatique à Werneck. La peur peut se manifester à la fois dans les domaines logique et émotionnel (perception sélective de stimuli significatifs pour la peur, craintes), dans le comportement (fuite et évitement), ainsi que dans des symptômes physiques caractéristiques, déclenchés par les réactions d'alerte (palpitations, sueur, tremblements, respiration accélérée). Les réactions anxieuses peuvent sauver des vies, mais aussi être des symptômes concomitants de maladies physiques ou psychiques (p.ex. infarctus ou dépressions) ou des symptômes disproportionnellement excessifs, sans que des maladies somatiques ou psychiques puissent fournir une explication suffisante. Dans de tels cas, on parle de troubles anxieux primaires.

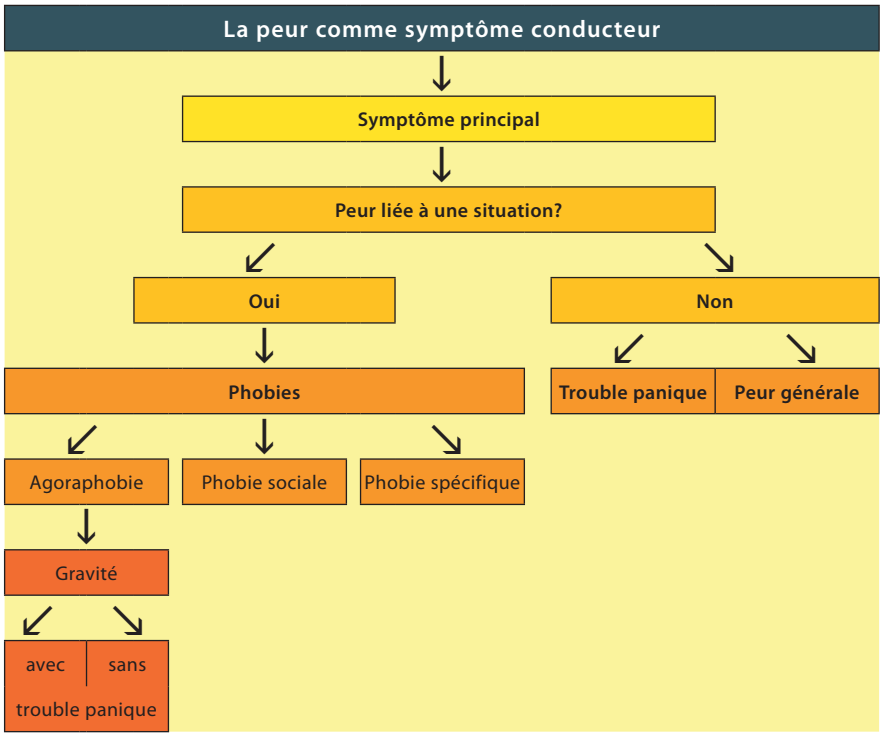
Toutes les peurs ne se ressemblent pas

Les troubles anxieux surviennent très fréquemment: avec 28.7%, leur prévalence à vie est par exemple nettement supérieure à celle des dépressions (17.1%). Les maladies anxieuses arrivent en première position des troubles psychiques. Les peurs prononcées peuvent devenir autonomes avec le temps et développer leur propre dynamique. Les personnes touchées vivent avec un stress émotionnel important et voient leur qualité de vie considérablement entravée. Pour traiter efficacement les troubles anxieux, il faut faire la distinction entre les diverses formes d'états anxieux maladifs (cf. schéma ICD 10).

Si les états anxieux sont déclenchés par des situations particulières, on parle de phobies qui peuvent être accompagnées ou non de crises de panique. La peur des araignées, la peur en avion ou en voiture, la peur des espaces vides ou espaces réduits (phobies spécifiques, agoraphobie, claustrophobie) entrent dans cette catégorie. Les gens qui ont des crises d'angoisse en présence d'autres personnes (p.ex. lors de grands rassemblements, de fêtes, de présentations ou d'examens) souffrent pour leur part de phobie sociale. Toutes ces situations ont un point commun: les personnes touchées craignent de perdre le contrôle de la situation du fait que les états anxieux qui surviennent soudainement et de façon très prononcée ne leur permettent pas de trouver suffisamment tôt un lieu sûr pour se retirer. Résultat: par mesure de précaution, elles évitent dans la mesure du possible ce genre de situations – en appliquant souvent des stratégies parfaitement mises au point.

Les troubles paniques et les troubles d'anxiété généralisés (TAG) font partie des peurs non liées à une situation particulière. Les attaques de panique sont des épisodes répétés, d'apparition soudaine, de peur intense. Ils sont accompagnés d'embarras physiques aigus qui atteignent un pic dans les dix minutes, puis

Classification des troubles anxieux (d'après la Intl. Classification of Diseases, 10th Edition [ICD-10]).



diminuent à nouveau lentement. Les symptômes caractéristiques sont perçus comme les signes d'un danger de mort imminent. Il peut s'agir de palpitations, sensations de détresse respiratoire, douleurs, transpirations, sensations d'oppression dans la poitrine, vertiges, nausées et paresthésies. Lorsque de telles attaques de panique surviennent fréquemment, on parle alors de trouble panique. Jusqu'à 80% des patients développent peu à peu d'autres troubles anxieux comme des dépressions, de l'agoraphobie ou des troubles somatoformes. Un examen médical, des explications sur le caractère de leurs douleurs (absence de cause physique) et un traitement efficace peuvent aider les patients à retrouver une vie normale.

Des soucis et des peurs irréalistes ou exagérés concernant des événements quotidiens (soucis quotidiens apparemment incontrôlables) sont prédominants dans les troubles d'anxiété généralisés. Ils

Tableau 1: Produits pharmaceutiques pour le traitement de troubles anxieux.

Substance	Indication	Dose initiale (mg/j)	Dose (mg/j)	Effets indésirables
Antidépresseurs ISRS				
Paroxétine	Phobie sociale Trouble panique TAG PTSD	20 20 20 20	40–60 40–60 40–60 50–50	gastrointestinal augmentation initiale des paradoxes de la peur potentiel d'interaction
Citaloprame	Trouble panique TAG	20 20	40–60 40–60	gastrointestinal augmentation initiale des paradoxes de la peur
Escitaloprame	Phobie sociale Trouble panique TAG	10 10 10	20–30 20–30 20–30	gastrointestinal augmentation initiale des paradoxes de la peur
Sertraline	Trouble panique TAG	50	100–150	gastrointestinal augmentation initiale des paradoxes de la peur
ISRN				
Venlafaxine	Phobie sociale Trouble panique TAG	75 75	75–150 75–150	gastrointestinal augmentation initiale des paradoxes de la peur
RIMA				
Moclobémide	Phobie sociale	150	450–900	troubles du sommeil
ATC				
Imipramine	TAG	75	75–150	effets indésirables anticholinergiques fatigue chute de la tension troubles de la conduction
Benzodiazépines				
Alprazolame	Trouble panique TAG	1–4 mg 2–4 mg	1–4 mg 2–4 mg	fatigue risque de dépendance
Diazépam	TAG	2,5	5–Okt	fatigue prononcée risque de dépendance
Autres				
Buspirone (agoniste partiel 5HT1A)	TAG	15	15–45	agitation troubles du sommeil
Opipramole (ligand sigma)	TAG	50	100–200	fatigue
Prégabaline (modulateur du canal calcique)	TAG	75	150–600	fatigue hébétude ataxie (doses élevées)
Hydroxyzine (antihistaminergique)	TAG	25	25–50	fatigue

sont souvent liés à des douleurs végétatives, un état général de nervosité, des peurs excessives et de la tension.

Interventions thérapeutiques

Une psychothérapie adéquate permet souvent de traiter efficacement les troubles anxieux dont le déclencheur a pu être clairement défini («flooding» = désensibilisation systématique par des confrontations ciblées). L'utilisation de psychopharmaceutiques est efficace lors de troubles paniques, de troubles d'anxiété généralisés et de phobie sociale.

Benzodiazépines pour le traitement initial de troubles paniques

Lors d'attaques de panique, l'utilisation de benzodiazépines comme l'alprazolame ou le diazépam est particulièrement efficace dans la mesure où l'élimination de l'anxiété survient rapidement et de façon fiable. L'alprazolame présente néanmoins un meilleur profil de sécurité du fait de sa demi-vie plus courte. Volz a cependant souligné le risque de développer une dépendance. L'administration de benzodiazépines ne devrait donc pas se prolonger au-delà de 14 jours et uniquement durer jusqu'à quatre semaines au maximum. Dans tous les cas, une indication claire doit être disponible pour éviter les abus. A l'arrêt du traitement, la dose doit être réduite progressivement pour éviter tout délire de sevrage. Pour les traitements de longue durée, il faudrait utiliser des substances sérotonergiques comme des tricycliques, des ISRS (paroxétine, citaloprame, escitaloprame, sertraline) ou des ISRN telle que la venlafaxine. Comme ces médicaments peuvent entraîner une augmentation des attaques anxieuses et des attaques de panique dans les deux premières semaines, l'administration supplémentaire de benzodiazépine est recommandée. Après cette phase initiale, l'anxiolyse est de nouveau suffisamment efficace. La durée du traitement est généralement longue en raison des taux élevés de rechute.

Troubles d'anxiété généralisés (TAG) – Taux de rechute élevé

Pour traiter les troubles d'anxiété généralisés, on utilise surtout – hormis la psychothérapie, les procédés de relaxation et des activités physiques régulières qui réduisent les états anxieux – des substances sérotonergiques. Hormis les ISRS et les ISRN, on utilise des benzodiazépines, antidépresseurs tricycliques (imipramine, opipramole), de la buspirone, l'antiépileptique prégabaline, ainsi que l'antihistaminique hydroxyzine. La symptomatique s'améliore nettement sous traitement pharmaceutique, mais le taux de rechute est néanmoins élevé après l'arrêt du traitement. Un traitement de longue durée – notamment en association avec des mesures non-médicamenteuses – est donc indispensable.

Phobie sociale – Taux de réponse satisfaisants

Parmi tous les troubles anxieux, la phobie sociale est la plus facile à traiter. Ici aussi, on utilise des substances sérotonergiques et des IMAO qui permettent d'obtenir de très bons taux de réponse. Lors de l'arrêt du traitement, les taux de rechute semblent aussi nettement inférieurs par rapport aux autres tableaux cliniques. ▮

Adresse de correspondance
Dr Claudia Reinke
Schützenmattstrasse 1
4051 Bâle

Source:
«Pharmakotherapie neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen»; 39e Semaine internationale de formation continue de la «Deutsche Bundesapothekerkammer»; Davos, du 8 au 13.2.1009. Conférence «Pharmakotherapie der Angst und Angststörungen» du Prof. Dr Hans-Peter Volz, Werneck.

Barnow S, H. Freyberger, W. Fischer, M. Linden (éditeur): Von Angst bis Zwang. Édition Hans Huber, Berne; 3e édition réactualisée, 2008.

Abréviations

TAG:	Troubles d'anxiété généralisés
RIMA:	Inhibiteur réversible de l'inhibiteur de la MAO type A
ISRN:	Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline
ISRS:	Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine
ATC:	Antidépresseur tricyclique
PTSD:	État de stress posttraumatique

Prise de position de la vips

Walter P. Hölzle

Une équipe de chercheurs de l'Université de Bâle, placée sous la direction du PD Dr Alain Nordmann, a démontré que les études citées dans la publicité pharmaceutique étaient loin de confirmer toutes les affirmations publicitaires. L'Association des entreprises pharmaceutiques de Suisse (vips) s'exprime à ce sujet.

L'enquête publiée l'année dernière sur les annonces parues en 2005 peine à prouver que les déclarations publicitaires dans la presse médicale spécialisée sont loin d'être toutes corroborées par des études. Elle déplore, par exemple, que les affirmations publicitaires se fondent sur des études post-hoc. Or, il n'y a rien à redire scientifiquement si l'utilisation de données post-hoc est reconnue et si l'on tient compte de la valeur significative limitée qui en découle. Cela vaut aussi pour l'utilisation de données d'études in vitro, qui est également critiquée dans l'enquête alors que certaines données peuvent uniquement être collectées de cette manière. Ces deux exemples montrent que les critères d'évaluation, et donc les résultats de l'enquête, sont contestables.

L'autorégulation grâce à un code pharmaceutique

Alain Nordmann semble ignorer l'existence en Suisse, comme à l'étranger, d'un code de conduite de l'industrie pharmaceutique. Ce Code pharmaceutique exige, tout comme Alain Nordmann, que «la précision, pondération, objectivité et honnêteté soient les principes qui président à la publicité destinée aux professionnels pour les médicaments ainsi que l'information relative aux médicaments». Le Code pharmaceutique repose sur la législation suisse. Le Code prend également en compte les directives de l'Académie suisse des sciences médicales et de divers codes étrangers. Contrairement à ce que suggère Alain Nordmann, le contrôle de la publicité n'est pas proactif – ce serait ingérable du point de vue administratif et équivaudrait en outre à une censure inacceptable de la concurrence – mais réactif. Ce qui n'empêche pas la correction extrêmement rapide des déclarations publicitaires incorrectes. Les infractions aux règles peuvent être soumises au secrétariat du Code pharmaceutique. Tout le monde peut faire cette démarche. La plupart des dénonciations proviennent de concurrents des firmes pharmaceutiques auteurs de la publicité. La commission du Code pharmaceutique, qui veille au respect des règles, se compose de médecins et de pharmaciens indépendants ainsi que de représentants de l'industrie pharmaceutique. Plus d'une centaine de pharmacies en Suisse se sont engagées à respecter le Code pharmaceutique.

Pas d'augmentation de la publicité spécialisée non autorisée

Les expériences faites ces dernières années avec le Code pharmaceutique donnent une image très différente des résultats de l'enquête d'Alain Nordmann. Les violations délibérées du Code pharmaceutique, à savoir des allégations publicitaires fallacieuses intentionnelles, sont rares. Dans son rapport annuel de 2008, le secrétariat du Code pharmaceutique écrit que seules 13 infractions ont été signalées pour citations littéraires incomplètes ou inacceptables. 45 emplois de superlatifs et de comparatifs non qualifiés ont été dénoncés. D'une manière générale, le nombre de cas soumis au secrétariat du Code pharmaceutique a diminué. Dans son rapport annuel, le secrétariat considère toutefois à propos de cette baisse que «rien n'indique que les entreprises aient hésité davantage à recourir à la procédure du Code pharmaceutique. Aujourd'hui comme hier, les concurrents s'observent attentivement les uns les autres.» (www.sgci.ch/plugin/template/sgci/*/11386)

Adresse de correspondance
Walter P. Hölzle
Président directeur général
vips Association des entreprises
pharmaceutiques de Suisse
E-mail: info@vips.ch
www.vips.ch

Die rollende Kostenstudie in der Apotheke

Didier Ray, Katrin Schwingruber

Die rollende Kostenstudie in der Apotheke (RoKA) gibt einen Einblick in die strukturelle, statistische und buchhalterische Lage der Apotheken. Die Datenerhebung für das Geschäftsjahr 2007 fand wieder in einer Passwort geschützten Online-Umgebung statt. Dies erlaubte die Übernahme der Angaben zur Struktur und Statistik aus dem Vorjahr und verringerte den zeitlichen Aufwand. Mit dem Beitritt zum Tarifvertrag LOA III ist die Teilnahme verpflichtend.

Im Jahr 2008 wurden 1612 Apotheken angeschrieben. 1131 Apotheken (74.2%) meldeten sich online an und es resultierten 976 online erfasste Fragebogen für das Geschäftsjahr 2007.

Dies entspricht einem Anteil von 86.3% der angemeldeten Apotheken bzw. 60.3% der Gesamtzahl der zur Teilnahme eingeladenen Apotheken. Die 905 auswertbaren Fragebogen ergaben für das Jahr 2008 eine solide Datengrundlage zur Beurteilung der wirtschaftlichen Situation der Schweizer Apotheken (Tabelle 1).

Wie in den früheren Befragungen wurden die Apotheken für die Auswertung des Geschäftsjahres 2007 unverändert in fünf Regionen eingeteilt, welche die Markt- und die Gesetzesverhältnisse der einzelnen Regionen aufzeigen.

Die Grösseneinteilung erfolgte in Abhängigkeit vom Betriebserlös. Es wurden vier Grössenklassen gebildet (in Mio. CHF): klein: ≤ 1.75; mittel: > 1.75 – ≤ 2.50; mittelgross: > 2.5 – ≤ 3.50; gross: > 3.50.

Nachfolgend haben wir für Sie die wichtigsten Resultate der Auswertung zusammengefasst.

Strukturdaten

Am weitesten verbreitet ist erstmals die Rechtsform der Aktiengesellschaft mit 48.7%, gefolgt von der Einzelfirma mit 37.5%. Wie schon in den Geschäftsjahren 2004 bis 2006 ist deutlich zu erkennen, dass bei zunehmender Apothekengrösse der Anteil der Einzelfirmen abnimmt und der Anteil der Aktiengesellschaften zunimmt.

Besitzverhältnisse

Gesamthaft befinden sich etwas mehr als die Hälfte aller Apotheken (51.1%) im Besitz der verantwortlichen Apotheker, wobei 40.0% der Eigentümer mindestens eine weitere Apotheke besitzen. Bei den restlichen Apotheken ist das Besitzverhältnis vor allem in Form eines Verwaltungsauftrags (40.5%) gelöst. Mit der Grösse der Apotheke sinkt der Anteil der Eigenbesitzer leicht, dafür steigt der Anteil an Verwaltern an. Interessanterweise befinden sich 87.1% der Einzelfirmen im Besitz des verantwortlichen Apothekers und davon sind nur 13.0% Mehrfachbesitzer. Von den Apotheken mit der Rechtsform einer Aktiengesellschaft befinden sich 27.8% im Besitz des verantwortlichen Apothekers. 57.1% aller Apotheken gehören einer Apothekengruppierung an.

Konkurrenzumfeld, Öffnungszeiten und Ladengrösse

Durchschnittlich befinden sich 2.2 weitere Apotheken in einer Distanz von fünf Gehminuten. Gesamthaft gesehen beträgt die durchschnittliche Entfernung zur nächsten Apotheke 1302 Meter. Die Öffnungszeiten widerspiegeln die wichtige Rolle der Apotheker bei der medizinischen Versorgung. Die durchschnittliche Ladenöffnungszeit pro Woche ist in den letzten Jahren sehr stabil geblieben und beträgt 54.6 Stunden (ohne Feiertage, Nacht- oder Notfalldienst). Zudem leistet eine Apotheke im Durchschnitt an 50.9 Tagen pro Jahr Nacht- oder Notfalldienst. Die durchschnittliche Betriebsgrösse einer Apotheke beträgt 211 m², davon sind 47.6% Verkaufsfläche und 52.2% übrige Fläche für Administration, Lager, Labor usw.

Statistische Kenngrössen

Die Durchschnittsapotheke beschäftigt insgesamt 10.4 Personen, was bei einem durchschnittlichen Beschäftigungsgrad von 70.7% rund 7.3 Vollzeitstellen (inkl. verantwortlicher Apotheker) entspricht. Mit der Grösse der Apotheke (gemessen am Betriebserlös) steigt erwartungsgemäss die Zahl der Beschäftigten (in Vollzeitstellen; klein: 4.6; mittel: 6.0; mittelgross: 7.9; gross: 12.3). Pro Jahr werden im Durchschnitt 52 675 Kunden bedient und 18 198 Rezepte eingelöst.

Das durchschnittliche Warenlager hat einen Wert von rund CHF 240 000. Als wichtige Kennzahl gibt der Lagerumschlag darüber Aufschluss, wie oft ein Lager innerhalb einer bestimmten Zeiteinheit (rechnerisch) komplett gefüllt und geleert wurde. Dies zeigt auf, wie lange die Produkte und damit einhergehend das dafür benötigte Kapital durchschnittlich im Lager gebunden sind. Im Durchschnitt wird das Lager 7.4-mal umgeschlagen und die Lagerdauer beträgt somit 49.2 Tage.

Betriebswirtschaftliche Ergebnisse

Die durchschnittliche Apotheke erwirtschaftet einen Betriebserlös von CHF 2,65 Mio. Deren Aufteilung ist in Grafik 1 wiedergegeben.

Tabelle 1: Teilnehmer RoKA 08 (Geschäftsjahr 2007)

	Teilnehmer 2006-GJ05	Teilnehmer 2007-GJ06	Teilnehmer 2008-GJ07
Versand Einladungen	1556	1612	1619
Total der Anmeldungen	480 (freiwillige Teilnahme)	1057	1131
Anteil Anmeldungen	31%	66%	70%
Auswertbare Fragebogen	64%	79%	80%

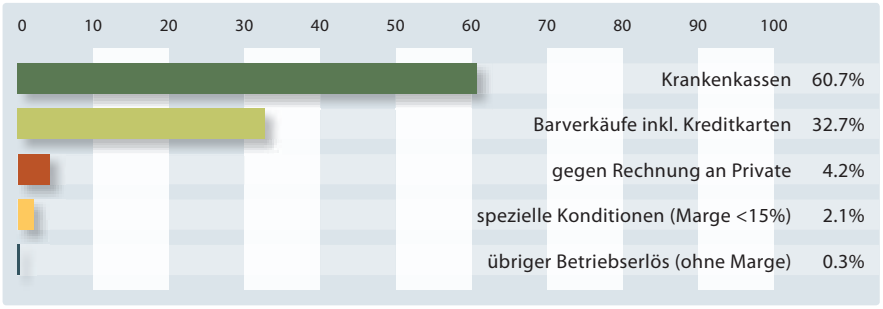
Eine wichtige Kennzahl für die Ertragskraft der Apotheken ist die Bruttomarge (Betriebserlös netto abzüglich Warenaufwand, in Prozent zum Betriebserlös netto), welche im Durchschnitt 34.2% beträgt. Auf der Ausgabenseite ist der Warenaufwand mit CHF 1 757 315 bzw. 65.8% des Betriebserlöses netto die grösste Aufwandposition.

Die zweitgrösste Position ist der Personalaufwand inklusive Lohn des verantwortlichen Apothekers mit CHF 548 092 bzw. 20.5% des Betriebserlöses netto. Werden vom Betriebserlös der Waren-, der Personal-, der sonstige Betriebsaufwand, die Abschreibungen, der Finanzaufwand und die ausserordentlichen Aufwendungen subtrahiert und wird der Finanzertrag, der ausserordentliche Ertrag und der kalkulatorische Ertrag dazu addiert, dann resultiert daraus der Gewinn vor Steuern (CHF 88 881 bzw. 3.3% des Betriebserlöses netto). Der Gewinn vor Steuern steigt wie im Vorjahr deutlich mit der Apothekengrösse an (klein –18 334 CHF; mittel: 47 890 CHF; mittelgross: 108 267 CHF; gross: 272 872 CHF) (Grafik 2 und Tabelle 2).

Die Betrachtung des Medianwertes ist bei der Kennzahl Gewinn vor Steuern als Ergänzung sinnvoll, da er weniger stark von Ausreissern tangiert wird (CHF 43 270). Auch beim Median ist der Gewinn vor Steuern deutlich vom Betriebserlös abhängig (klein: –201 CHF; mittel: 34 579 CHF; mittelgross: 79 596 CHF; gross: 209 276 CHF). Erstaunlicherweise ist bei Genossenschaften/Vereinen der Gewinn vor Steuern deutlich höher als beim Durchschnitt aller Apotheken. Genossenschaften/Vereine erwirtschaften durchschnittlich einen Gewinn vor Steuern von CHF 176 077 (Medianwert). Die Existenz von Apotheken mit weniger als 1.5 Mio. Umsatz ist gefährdet.

Die Umsatzrentabilitätskennzahl liefert wichtige Informationen zur finanziellen Situation der Apotheken und setzt den Gewinn vor Steuern in Relation zum Betriebserlös. Sie beträgt im Durchschnitt 3.3%. Der Medianwert liegt mit 1.9% deutlich tiefer, was zeigt, dass der Durchschnittswert auf einige wenige Apotheken mit hoher Umsatzrentabilität zurückzuführen ist. Bei der Umsatzrentabilitätskennzahl ist eine positive Abhängigkeit vom Betriebserlös festzustellen. Zudem variiert die Umsatzrentabilität stark in Abhängigkeit der jeweiligen Rechtsform.

Grafik 1: Betriebserlös nach Umsatzart in Prozent



Fazit und Erwartungen 2009

Diesen Frühling erhielten 1628 Apotheken in der Schweiz bereits wieder die Einladung zur Teilnahme an der rollenden Kostenstudie für das Geschäftsjahr 2008. Es haben sich 1105 Apotheken angemeldet. Ende Mai wurden die Zugangsdaten durch die Konjunkturforschungsstelle (KOF) versandt und das Online-Portal für die Datenerfassung geöffnet.

Wir erwarten für die momentan laufende RoKA genügend auswertbares Datenmaterial, das zumindest für grössere Kantone eine Erweiterung des individuellen Benchmarking auch auf die durchschnittliche Apotheke im entsprechenden Kanton erlauben dürfte. Die bestehenden Benchmarks für den Vergleich der eigenen Apotheke mit dem Durchschnitt aller teilnehmenden Apotheken und einer Referenzapotheke aus der gleichen Region und derselben Betriebsgrösse bleibt natürlich erhalten. Bis zum 23. August 2009 können die Teilnehmer die Zahlen zum Geschäftsjahr 2008 eintragen.

Das Benchmarking erhalten die Apotheken Anfang November kostenlos. Dank der grossen Teilnehmerzahl sind die Vergleichswerte von hoher Qualität.

Bei Fragen während des Ausfüllens wenden Sie sich bitte schriftlich an roka@kof.ethz.ch. ∎

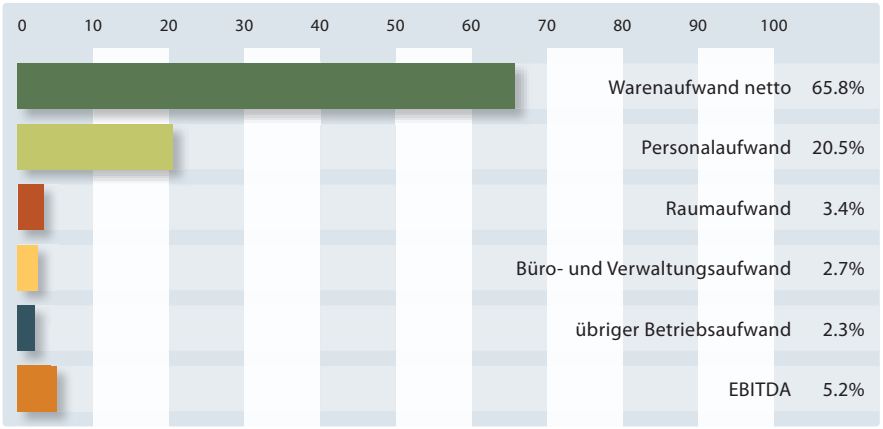
Korrespondenzadresse
Didier Ray, Leiter Abteilung Politik und Wirtschaft
pharmaSuisse
E-Mail: didier.ray@pharmasuisse.org

Tabelle 2: Betriebsaufwand und EBITDA in Prozent

Mittelwerte in % des Betriebserlöses	Einheit	Total
Betriebserlös netto	%	100.0
Warenaufwand netto	%	65.8
Bruttoergebnis I	**%**	**34.2**
Personalaufwand	%	20.5
Bruttoergebnis II	**%**	**13.7**
Sonstiger Betriebsaufwand	%	8.5
EBITDA	**%**	**5.2**

Benchmark: Kosten-, Leistungs- oder Qualitätskennzahl, die für einen Vergleich herangezogen wird
Mittelwert: entspricht dem Durchschnittswert
Median: Mittelwert, der zusätzlich die Häufigkeit der Werte berücksichtigt
EBITDA: Erfolg vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen und Amortisationen

Grafik 2: Betriebsaufwand und EBITDA in Prozent



Étude permanente des coûts en pharmacie

Didier Ray et Katrin Schwingruber

L'Étude permanente des coûts en pharmacie (RoKA) donne un aperçu de la situation structurelle, statistique et comptable des pharmacies. Une fois de plus, les données pour l'exercice 2007 ont été récoltées en ligne, dans un environnement protégé par mot de passe. Ceci a permis de reprendre les données structurelles et statistiques de l'année précédente et de gagner un temps considérable. L'adhésion à la convention tarifaire RBP III rend la participation à l'étude obligatoire.

Sur les 1612 pharmacies sollicitées en 2008, 1131 (74,2%) se sont inscrites et 976 questionnaires ont été saisis en ligne pour l'exercice 2007.
86,3% des pharmacies inscrites, soit 60,3% de l'ensemble des pharmacies sollicitées ont donc participé à cette étude. Les 905 questionnaires exploitables ont fourni pour 2008 une solide base de données pour évaluer la situation économique des pharmacies suisses (voir tableau 1).
Comme pour les études précédentes, les pharmacies ont été réparties en cinq régions représentatives des différentes situations économiques et juridiques de Suisse pour pouvoir évaluer l'exercice 2007.
La répartition par ordre de grandeur a eu lieu en fonction du produit d'exploitation. Quatre classes de grandeur ont été définies (en mio. de CHF): petite: ≤ 1.75; moyenne: > 1.75 – ≤ 2.50; moyennement grande: > 2.5 – ≤ 3.50; grande: > 3.50.
Nous avons résumé ci-après les principaux résultats de l'enquête.

Données structurelles

La forme juridique la plus courante est la société anonyme (48,7%), suivie de la raison sociale individuelle (37,5%). Comme pour les exercices 2004 à 2006, la proportion des raisons sociales individuelles diminue au profit des sociétés anonymes au fur et à mesure qu'augmente la taille des pharmacies.

Rapports de propriété

Plus de la moitié des pharmacies (51,1%) sont la propriété du pharmacien responsable, 40,0% des propriétaires possédant au moins une autre pharmacie. Pour les pharmacies restantes, la forme la plus courante est le contrat de gestion (40,5%). Le nombre de propriétaires diminue légèrement avec la taille de la pharmacie au profit des gérants. Il est intéressant de noter que si 87,1% des entreprises individuelles sont la propriété du pharmacien responsable, seuls 13,0% d'entre eux sont propriétaires de plusieurs pharmacies. Par contre, seules 27,8% des pharmacies qui sont des sociétés anonymes sont la propriété du pharmacien responsable, dont 60,1% sont propriétaires de plusieurs pharmacies. Enfin, 57,1% des pharmacies appartiennent à un groupement.

Benchmark: (ou évaluation comparative) données relatives aux coûts, aux prestations ou à la qualité utilisées à titre de comparaison.
Valeur moyenne: correspond à la moyenne.
Médiane: valeur moyenne qui prend additionellement en compte la fréquence des valeurs.
EBITDA: (ou excédent brut d'exploitation) bénéfice avant intérêts, impôts, provisions et amortissements.

Tableau 1: Participants à la RoKA 08 (exercice 2007)

	Participants 2006 exercice 2005	Participants 2007 exercice 2006	Participants 2008 exercice 2007
Invitations envoyées	1556	1612	1619
Total des inscriptions	480 (participation volontaire)	1057	1131
Taux d'inscription	31%	66%	70%
Questionnaires exploitables	64%	79%	80%

Situation par rapport à la concurrence, heures d'ouverture et taille de l'entreprise

On compte en moyenne 2,2 autres pharmacies situées à cinq minutes à pied. D'une manière générale, la distance moyenne jusqu'à la pharmacie la plus proche est de 1302 mètres. Les heures d'ouverture reflètent le rôle-clé des pharmacies dans la fourniture de soins de santé. Les heures d'ouverture hebdomadaires sont restées stables ces dernières années, à raison de 54,6 heures en moyenne (sans jours fériés, service de garde ou service d'urgence). Une pharmacie assure en moyenne un service de garde ou d'urgence pendant 50,9 jours par année. La taille moyenne de l'entreprise est de 211 m^2, dont 47,6% en surface de vente et 52,2% en autres surfaces réservées à l'administration, aux stocks, au laboratoire, etc.

Données statistiques

La pharmacie moyenne emploie au total 10,4 personnes, soit 7,3 postes à temps plein (pharmacien responsable inclus) à un taux d'occupation moyen de 70,7%. Le nombre de personnes employées (en postes à temps plein; petite: 4,6; moyenne: 6,0; moyennement grande: 7,9; grande: 12,3) augmente avec la taille de la pharmacie (mesurée au produit d'exploitation). Par année, 52675 clients sont servis et 18198 ordonnances honorées en moyenne.
Le stock moyen a une valeur de près de CHF 240000. La rotation du stock donne des indications utiles sur la fréquence à laquelle le stock est entièrement rempli et vidé dans une unité de temps donnée (comptable). Cela montre la durée pen-

dant laquelle les produits sont stockés et donc le montant moyen du capital bloqué par les stocks. En moyenne, le stock tourne 7,4 fois par an et la durée de vie en stock est de 49,2 jours.

Résultats d'exploitation

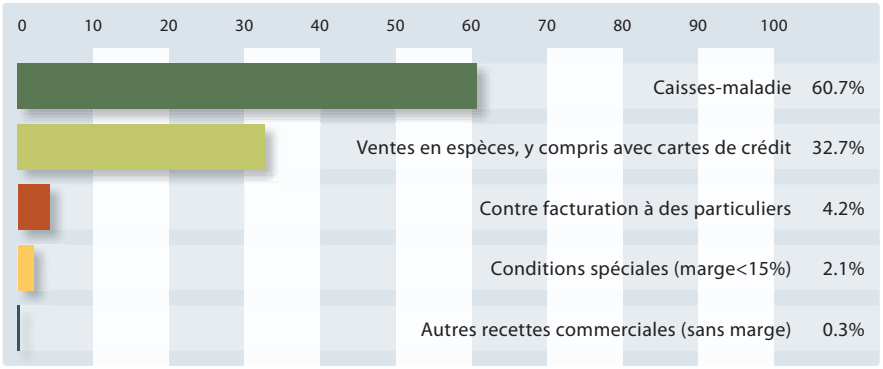
La pharmacie moyenne réalise des recettes commerciales de CHF 2,65 mio. La répartition exacte figure dans la graphique 1.

Un chiffre important qui reflète la rentabilité des pharmacies est la marge brute (recettes commerciales nettes moins les charges de marchandises, en pour cent des recettes commerciales nettes), qui s'élève en moyenne à 34,2%. Les charges de marchandises représentent le plus gros poste de dépenses avec CHF 1 757 315 ou 65,8% des recettes commerciales nettes.

Le deuxième poste en importance est celui constitué par les charges de personnel, y compris le salaire du pharmacien responsable, avec CHF 548 092 ou 20,5% des recettes commerciales nettes. Si l'on soustrait des recettes commerciales les charges de marchandises, les charges de personnel, les autres charges d'exploitation, les amortissements, les charges financières et les charges exceptionnelles et si l'on y ajoute les revenus financiers, les revenus exceptionnels et les revenus précalculés, on obtient le bénéfice avant impôts (CHF 88 881 ou 3,3% des recettes commerciales nettes). Comme l'an passé, le bénéfice avant impôts augmente sensiblement en fonction de la taille de la pharmacie (petite: CHF 18 334; moyenne: CHF 47 890; moyennement grande: CHF 108 267; grande: CHF 272 872) (voir graphique 2 et tableau 2).

La prise en compte de la valeur médiane du bénéfice avant impôts est pertinente, car elle est moins affectée par les aberrations (CHF 43 270). Même à la valeur médiane, le bénéfice avant impôts dépend des recettes commerciales (petite: CHF 201; moyenne: CHF 34 579; moyennement grande: CHF 79 596; grande: CHF 209 276). Étonnamment, le bénéfice avant impôts des coopératives/associations est nettement plus élevé que celui de la moyenne des pharmacies. En moyenne, les coopératives et associations réalisent un bénéfice avant impôts de CHF 176 077 (valeur médiane). Or, l'existence des pharmacies est remise en cause à moins de 1,5 million de chiffre d'affaires. Les chiffres relatifs à la rentabilité commerciale donnent des informations-clés sur la situation financière des pharmacies et établissent un rapport entre le bénéfice avant impôts et les recettes commerciales. Elle se situe en moyenne à 3,3%. A 1,9%, la valeur médiane est nettement moins élevée, ce qui montre que la valeur moyenne est imputable à quelques rares pharmacies avec une rentabilité élevée. Le coefficient de rentabilité qui dépend des recettes commerciales varie fortement en fonction de la forme juridique de la pharmacie.

Graph. 1: Recettes commerciales en fonction du type de vente en pour cent



Bilan et perspectives pour 2009

Ce printemps, 1628 pharmacies ont de nouveau été conviées à participer à l'étude permanente des coûts en pharmacie pour l'exercice 2008. 1105 d'entre elles se sont inscrites. Les données d'accès ont été envoyées par le Centre de recherches conjoncturelles (KOF) et le portail en ligne ouvert à la saisie des données fin mai.

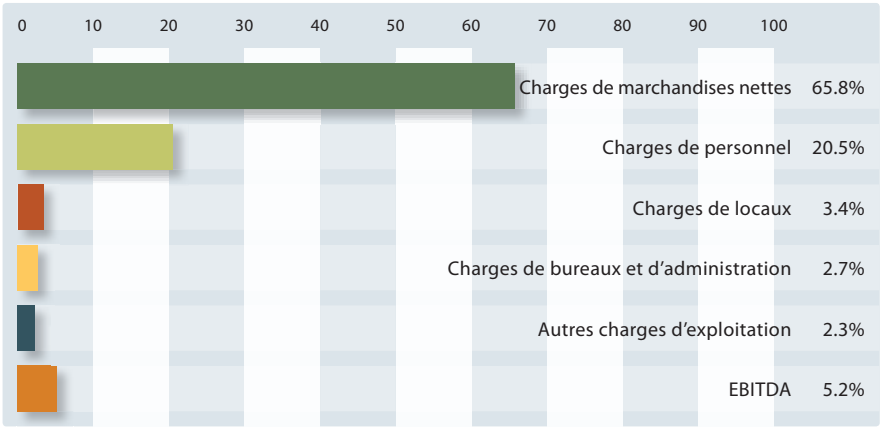
Pour la RoKA en cours, nous attendons suffisamment de données exploitables qui permettent, du moins pour les grands cantons, un élargissement du benchmarking individuel également à la pharmacie moyenne dans le canton correspondant. Les benchmarks existants permettant de comparer sa propre pharmacie à la moyenne des pharmacies participantes et à une pharmacie de référence de taille identique de la même région sont bien évidemment conservés. Les participants ont jusqu'au 23 août 2009 pour entrer les chiffres de l'exercice 2008.

Les pharmacies recevront gratuitement le benchmarking début novembre. La qualité des valeurs comparatives est garantie par le nombre élevé de participants.

Les questions relatives au questionnaire doivent être soumises par écrit à roka@kof.ethz.ch. ▮

Adresse de correspondance
Didier Ray, responsable du département «Politique & Économie», pharmaSuisse
E-mail: didier.ray@pharmasuisse.org

Graphique 2: Charges d'exploitation et EBITDA en pour cent



Stellungnahme der vips

Walter P. Hölzle

Ein Forscherteam der Universität Basel unter PD Dr. med. Alain Nordmann hat in einer Studie nachgewiesen, dass die in der Pharmawerbung zitierten Studien längst nicht alle die Werbebotschaften auch bestätigen. Die Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz vips äussert sich dazu.

Die Erhebung mit Inseraten aus dem Jahr 2005, die im letzten Jahr veröffentlicht worden ist, bleibt den Nachweis schuldig, dass längst nicht alle Werbeaussagen in der medizinischen Fachpresse direkt mit Studien belegt werden können. So wird in der Erhebung beispielsweise bemängelt, dass Post-hoc-Studien als Grundlage für Werbeaussagen genutzt werden. Sofern die Verwendung von Post-hoc-Daten offengelegt wird und die dadurch bewirkten Einschränkungen der Aussagekraft beachtet werden, kann dies wissenschaftlich nicht kritisiert werden. Das Gleiche gilt für die Verwendung von Daten aus In-vitro-Studien, was in der Erhebung ebenfalls bemängelt wird. Gewisse Daten können überhaupt nur in-vitro gewonnen werden. Diese zwei Beispiele zeigen, dass die Bewertungskriterien und damit die Ergebnisse der Erhebung grundsätzlich zu hinterfragen sind.

Pharmakodex zur Selbstregulierung

Offenbar ist Alain Nordmann nicht bekannt, dass in der Schweiz, vergleichbar wie im Ausland, ein Verhaltenskodex der pharmazeutischen Industrie besteht, der so genannte Pharmakodex. Eines der Ziele des Pharmakodexes fordert, ähnlich wie Alain Nordmann, dass «Genauigkeit, Ausgewogenheit, Objektivität und Fairness die obersten Gebote sind, wenn die Unternehmen der pharmazeutischen Industrie bei Fachpersonen für Arzneimittel werben oder sie über Arzneimittel informieren, damit diese rational über deren Einsatz und Gebrauch entscheiden». Grundlage für den Pharmakodex ist die schweizerische Gesetzgebung. Der Kodex berücksichtigt auch die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften und verschiedene ausländische Kodexe. Im Unterschied zum Vorschlag von Alain Nordmann wird die Kontrolle der Werbung nicht proaktiv durchgeführt – was administrativ nicht bewältigbar wäre und zudem einer wettbewerblich unzulässigen Zensur gleichkommen würde –, sondern reaktiv. Trotzdem werden unkorrekte Werbeaussagen sehr rasch korrigiert. Verstösse gegen den Pharmakodex können beim Sekretariat des Pharmakodexes angezeigt werden. Anzeigeberechtigt ist jedermann. Die meisten Anzeigen sind von den Konkurrenten der werbetreibenden Pharmafirmen zu verzeichnen. Die Pharmakodex-Kommission, die das Pharmakodexsekretariat berät, setzt sich aus unabhängigen Ärzten und Apothekern sowie aus Vertretern der Pharmaindustrie zusammen. Über hundert Pharmafirmen in der Schweiz haben sich zur Einhaltung des Pharmakodexes verpflichtet.

Keine Häufung von unzulässiger Fachwerbung

Die Erfahrungen mit dem Pharmakodex in den letzten Jahren ergeben ein ganz anderes Bild als die Ergebnisse der Erhebung von Alain Nordmann. Gezielte Verstösse gegen den Pharmakodex, namentlich vorsätzliche irreführende Werbeaussagen, sind kaum festzustellen. So ist im Jahresbericht 2008 des Pharmakodex-Sekretariates zu lesen, dass nur 13 Verstösse wegen unvollständiger und unzulässiger Literaturangaben gemeldet worden sind. Und wegen unqualifizierter Superlative und Komparative sind 45 Anzeigen eingetroffen. Generell ging die Anzahl der vom Pharmakodex-Sekretariat gemeldeten Fälle zurück. Die Abnahme beurteilt das Sekretariat im seinem Jahresbericht nicht als «Anzeichen dafür, dass die Unternehmen gegenüber der Inanspruchnahme des Pharmakodex-Verfahrens zurückhaltender geworden wären. Nach wie vor beobachten die Konkurrenten einander recht genau.» (www.sgci.ch/plugin/template/sgci/*/11386) ∎

Korrespondenzadresse
Walter P. Hölzle
Geschäftsführender Präsident
vips Vereinigung Pharmafirmen
in der Schweiz
E-Mail: info@vips.ch
www.vips.ch

14 | 7.2009

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 9.7.2009, 147. Jahrgang

Nr. | No
14



Impfen nach Plan

Die Empfehlungen S. 5

Plan de vaccination

Les recommandations p. 9

→ Pharmazie und Medizin · Pharmacie et médecine

Der Schweizerische Impfplan

Plan de vaccination suisse

Umgang mit Paracetamol

→ Politik · Politique

Präventionsgesetz in der Diskussion

Débat autour de la Loi sur la prévention

→ Markt · Economie

Wie finanziere ich eine Apotheke?

Comment financer une pharmacie?

→ pharmaSuisse

DV: Weichenstellungen

AD: détermination de la stratégie

Apothekenlandschaft in Bewegung

Christa Rüedi

Angesichts der umfangreichen Traktandenliste beschränkt sich Präsident Dominique Jordan in seiner Begrüssung darauf, dem Vorstand und der Geschäftsstelle für ihre Unterstützung zu danken, die ihm hilft, in dieser bewegten Zeit die richtigen Entscheidungen zu treffen.

Jahresbericht und Jahresrechnung

Der statutarische Jahresbericht ist wie üblich im Mitgliederbereich von www.pharmasuisse.org abrufbar. Der gedruckte Geschäftsbericht wird im Lauf des Sommers verschickt werden.

Die von Vize-Präsident Peter Burkard präsentierte Jahresrechnung schliesst mit einem Verlust ab, der etwas geringer ausfällt als budgetiert. Trotzdem wird es unabdingbar sein, die Einnahmen zu sichern und eine strikte Kostenkontrolle beizubehalten.

Wahlen

Saverio della Torre ist als Revisor im November 2009 nicht wieder wählbar. Dominique Jordan erwartet für die nächste Delegiertenversammlung entsprechende Vorschläge. In diesem Zusammenhang weist er darauf hin, dass auch im Vorstand zwei Sitze vakant sind.

Für den Standesrat werden als Mitglied bzw. als Suppleant wie vorgeschlagen Beat Wittwer, Laupen, und Jean a Marca, Fribourg, gewählt.

Anträge kantonaler Apothekervereine

Der Baselstädtische Apothekerverein (BAV) beantragt, dass Anfragen von Mitgliedern innert Wochenfrist beantwortet werden.

Die Delegierten nehmen den Antrag von Vorstand und Präsident einstimmig an, wonach innert 24 Stunden eine Bestätigung und innert drei Arbeitstagen eine Antwort durch die Geschäftsstelle zu erfolgen hat.

Weiter beantragt der BAV, dass pharmaSuisse zu wichtigen gesundheitspolitischen Themen innert nützlicher Frist Stellung nimmt. Vorstand und Präsident halten dazu fest, dass wichtige Stellungnahmen innert kürzester Zeit im Mitgliederbereich der Homepage zu finden sind. Eine Frist ist nicht definierbar, weil vor der Publikation oft juristische Abklärungen nötig sind, die unterschiedlich viel Zeit beanspruchen.

Drittens beantragt der BAV, dass den Delegierten Projekte ab einem bestimmten Schwellenwert mit detailliertem Businessplan sechs Wochen vor der Delegiertenversammlung vorzulegen sind. Der Vorstand beantragt Ablehnung dieses Antrags und François Bocherens als Vertreter des BAV ist nach der Diskussion einverstanden, dieses Geschäft zu vertagen.

Dominique Jordan hält dazu fest, dass Geschäftsstelle und Vorstand für das operationelle Geschäft zuständig sind und die Delegiertenversammlung die Strategie bestimmt. Bei Projekten fällt die DV den Grundsatzentscheid, anschliessend wird das Projekt konkretisiert. Mit dem beantragten Vorgehen würde pharmaSuisse paralysiert. Eine Möglichkeit zur besseren und kurzfristigeren Information der Delegierten sind z. B. zwei zusätzliche eintägige DVs pro Jahr. Das Thema wird zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgenommen.

LOA IV

Der Bundesrat wird LOA IV zusammen mit den Preissenkungen behandeln, der Zeitpunkt ist noch unbekannt.

Auf Antrag des Vorstands genehmigt die Delegiertenversammlung einstimmig den Tarifvertrag mit der Medizinaltarif-Kommission MTK für die Abgeltung von Leistungen an Versicherte nach UVG, MVG und IVG.

Kommunikation zu LOA

Vorstand und Präsident werden nicht, wie es die FMH getan hat, auf provokatorische oder sogar falsche Behauptungen in den Medien im Zusammenhang mit Apotheken-Checks und Taxen reagieren. Statt eines medialen Kleinkriegs zwischen Medizinalberufen, der von der Bevölkerung nicht verstanden wird, werden nur zielorientierte, pragmatische Lösungen präsentiert, die die Leistung und die



Die Anträge wurden mit unterschiedlich deutlichen Mehrheiten angenommen.

Kompetenz der Apotheker bekannt machen.

Managed Care

Integrierte Versorgungsmodelle

pharmaSuisse hat einen Vorschlag ausgearbeitet für einen neuen KVG-Artikel «Interdisziplinäre integrierte Versorgungsmodelle». Diese sollen offen sein für Leistungserbringer, die den Zulassungskriterien entsprechen, deren Qualität soll von externen Instanzen kontrolliert werden, Kompetenzen und Infrastruktur jedes Leistungserbringers sollen optimal genutzt werden, die Entschädigung muss korrekt sein. Es gilt der Grundsatz, dass pharmaSuisse-Mitglieder gute Apotheker und nicht kleine Ärzte sind und vor allem die Rolle des Vor-Gatekeepers übernehmen.

Eine Arbeitsgruppe begleitet das Projekt «Integrierte Versorgungsmodelle» und organisiert ein Pilotprojekt.

Zurzeit wird nach Möglichkeiten zur Zusammenarbeit mit Anbietern von medizinischen Leistungen gesucht.

Zusammenarbeit pharmaSuisse-Ofac

pharmaSuisse und Ofac werden zusammen das erste *pharmazeutische Dossier* der Schweiz lancieren und den Apothekern so eine Pionierrolle im Bereich der gemeinsamen Datenverwaltung ermöglichen. Dieses Dossier soll der künftigen nationalen Versichertenkarte den Weg ebnen, eine erste Version wird von den Krankenversicherern im Verlauf dieses Jahres verteilt werden.

pharmaSuisse und Ofac wollen gemeinsam das *elektronische Rezept MedRx* fördern. Dazu nötig sind Definition und Publikation eines in die Softwaresysteme der Arztpraxis integrierbaren Standards; Versicherter und Rezept müssen eindeutig identifizierbar sein; vorgeschlagen werden in der Praxis gebräuchliche Medikamente in einer standardisierten Posologie. Der Apotheker kann so eine effizientere Therapiebegleitung anbieten.

Nach KVG Art. 42a kann der Bundesrat die Einführung einer *elektronischen Versichertenkarte* bestimmen. pharmaSuisse und Ofac streben gemeinsam an, dass Apotheker in der Lage sind, mit dieser Versichertenkarte umzugehen.

Gemäss Art. 8 der Verordnung über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung VVK müssen zugriffsberechtigte Personen durch einen elektronischen Leistungserbringernachweis *(Health Professional Card)* authentifizierbar sein. pharmaSuisse setzt die von Ofac programmierte elektronische Karte ein, um die Mitglieder der Medizinalberufe zu identifizieren und um ihren Zugang zu den gesicherten Netzwerken zu verwalten. Die Kompatibilität mit den anderen universitären Medizinalberufen ist zu gewährleisten.

Die Delegierten genehmigen die Zusammenarbeit mit Ofac in diesen vier Bereichen.

evidis

evidis, die Informations-Datenbank von pharmaSuisse für Offizinapotheker, wird die Teile pharmaNews, pharmInfo und pharmaDigest enthalten. Vor allem pharmInfo – das Informationen in allgemein verständlicher Sprache kurz und prägnant zur Verfügung stellt, damit Apothekenteams im Beratungsgespräch proaktiv handeln können – ist einzigartig.

Das System wird von pharmaSuisse vorfinanziert, später soll die Finanzierung durch Sponsoring sichergestellt werden.

Zur Zeit nicht abschätzbar sind die Kosten für die Fertigstellung von evidis. Um das ganze Projekt nicht zu gefährden, beantragt der Vorstand eine Sicherheitsreserve, der die Mehrheit der Delegierten zustimmt.

Mitgliederwesen

Zuhanden der Generalversammlung vom November 2009 wird der Antrag für eine Statutenänderung verabschiedet, die es Ketten mit mindestens 50 Apotheken ermöglicht, als Kollektivmitglieder aufgenommen zu werden; entscheidend ist der Marktauftritt. Vertreter der Ketten wären zusätzliche Delegierte, d.h. sie würden die Stimmkraft der Kantone nicht ersetzen.

Mitgliederbeiträge 2010

Nachdem der Gegenwert (pharmaJournal, Internet, pharmManuel usw.) insgesamt den Mitgliederbeitrag heute übersteigt, soll dieser entsprechend angehoben werden. Zu diskutieren ist, ob auch die Gesundheitskampagnen inbegriffen sein sollen, was deren Planung erheblich erleichtern und das Echo verstärken würde. Eine saubere Trennung zwischen Leistungen für Mitglieder und für Apotheken wurde entworfen als Basis für eine Neugestaltung der Beiträge. Der entsprechende Entscheid wird an der DV vom November gefällt.

Vertretung von Gruppen von kantonalen Verbänden

Weil sich Fusionen von kantonalen Verbänden abzeichnen, wird folgende Ergänzung von Art. 23 Abs. 2 der Statuten zuhanden der Generalversammlung be-



Die Gelegenheit zu bilateralen Diskussionen wurde rege genutzt.

antragt und von den Delegierten verabschiedet: Die in einer Offizin tätigen Apotheker … wählen für 3 Jahre pro Kanton oder *Gruppen von Kantonen* … Delegierte, *… wobei bei Gruppen von Kantonen jeder Kanton mindestens Anspruch auf einen Delegierten hat.*

Präventionskampagnen

Um die Gesundheitskampagnen möglichst effizient zu gestalten, soll pro Jahr nur noch ein Schwerpunktthema bearbeitet werden. Die Themen werden für drei Jahre festgelegt, damit Planung und Sponsoring verbessert werden können.

Für die nächsten drei Jahre stimmen die Delegierten folgenden Themen zu: 2010: COPD – Raucherberatung, wobei der Spirometer aus der Kampagne 2005 wieder verwendet werden kann; 2011: Adipositas, vor allem bei Kindern; 2012: Vertiefen der Impfberatung. Die entsprechenden Detailprojekte werden den Delegierten zu gegebener Zeit vorgelegt.

Anerkennung FPH-Weiterbildungstitel durch den Bund

Mit Zustimmung der Delegierten wird der Vorstand beim EDI beantragen, dass die Weiterbildungen der Apotheker durch den Bund anerkannt werden und dass die vom Bund zu anerkennenden FPH-Titel als Voraussetzung zur Leistungserbringung nach KVG gelten.

FIP

Michel Buchmann, Fribourg, ist zur Wahl als nächster FIP-Präsident vorgeschlagen. Damit er dieses ehrenvolle, aber ehrenamtliche Amt ausüben kann, stimmt die Mehrheit der Delegierten der Übernahme von Infrastrukturkosten im Falle der Wahl zu.

Aktuelles aus dem Parlament

Wie gewohnt kompetent informiert Marcel Mesnil über die Entwicklungen auf dem politischen Parkett.

Die Vernehmlassung des Präventionsgesetzes ist abgeschlossen, ein Gesetzesentwurf soll noch dieses Jahr vom Bundesrat zuhanden des Parlaments verabschiedet werden. pharmaSuisse ist im Rahmen von «Public Health» (SGPG) und «Allianz Gesunde Schweiz» an den Zielformulierung des Gesetzes beteiligt.

Die Nachfolgeregelung Zulassungsstopp nach KVG hat sich als Providurium erwiesen: Wichtig ist, dass nicht nur Hausärzte, sondern auch Apotheker Grundversorger sind. Der revidierte Art. 55 a KVG tritt am 1.1.2010 für zwei Jahre in Kraft; demnach bestimmen die Kantone, welche Leistungserbringer betroffen sind, und die Apotheker sind weiterhin beteiligt. Ausgenommen sind die Hausärzte.

Zu den Medikamentenkosten sind verschiedene Motionen eingereicht worden, bei denen die SD ins Schussfeld geraten ist. Zudem fordert der neue Preisüberwacher Stefan Meierhans, dass die Vertriebsmarge der SD-Ärzte massiv gesenkt wird.

Mit einer weiteren Motion wird der Bundesrat aufgefordert, via KVG Grundlagen für die Schaffung von Transparenz bei der Abgabe und Verschreibung von Arzneimitteln zu schaffen (z.B. keine finanziellen Anreize beim Verschreibungsentscheid).

Von National- und Ständerat bereits genehmigt ist eine Motion der Gesundheits- und Sozialkommission des Ständerats zu Art. 33 HMG, mit der «Der Bundesrat (beauftragt wird), eine Regelung vorzuschlagen, die Klarheit schafft über die Transparenz und das zulässige Ausmass von Rabatten, die im Rahmen der Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln und Medizinprodukten gewährt werden.»

Verschiedene Informationen

CAP

In ihrem Bericht über die Tätigkeiten des CAP erwähnt die neue Präsidentin Cécile Girod die zahlreichen Kurse für Apotheker, Assistenten, Studenten und Pharma-Assistentinnen, die wiederum durchgeführt worden sind, und «Le Guide de l'assistant», der zum Standardwerk in der Offizin geworden sei.

Pharmaciens sans Frontières

Christophe Berger als Vertreter von PSF bedankt sich für die erhaltene Unterstützung, ohne welche PSF seine Aktivitäten beinahe hätte einstellen müssen. Die Situation bleibe kritisch, PSF sei auf zusätzliche Mitglieder angewiesen.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Erfreulicherweise konnten wieder mehr Pharmaziediplome ausgestellt werden als im Vorjahr. Das Prüfungsreglement ist überarbeitet, wichtigste Neuerungen sind das Zusammenfassen der Teile A und B, die Berücksichtigung der Diplomarbeit beim Schlussresultat, die Vereinheitlichung der Rekursfrist auf 30 Tage.

Axapharm

Der Verwaltungsrat bewertet die aktuelle Situation und die Aussichten trotz gewisser Schwierigkeiten als positiv. Der Generikamarkt wächst weiter, das Potenzial im OTC-Bereich ist noch nicht ausgeschöpft. Für das laufende Jahr werden der Aussendienst und die Kundenbetreuung verstärkt.

RoKA

Die RoKA ist dank neuer Regelung erfolgreicher, es nehmen jährlich mehr Mitglieder teil (vgl. auch pharmaJournal 13/09).

Sitzungsplan 2010-2013

Weil es immer schwieriger wird, Räumlichkeiten für die DV zu finden, müssen die Termine längfristiger festgelegt werden. Die nächsten Delegiertenversammlungen finden statt: am 4./5. Mai und am 9./10. November 2010, am 11./12. Mai und am 8./9. November 2011, am 8./9. Mai und am 13./14. November 2012. Vorbehalten bleibt die Möglichkeit, eintägige DVs einzuschieben.

Generalversammlung

Die GV findet am 26. November 2009 in Bern statt mit ausländischen Gästen, die zum Thema Impfen durch Apotheker referieren werden. ▮

Korrespondenzadresse
Christa Rüedi, Chefredaktorin pharmaJournal
E-Mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Environnement des pharmacies en mutation

Christa Rüedi

Le président, Dominique Jordan, constate que l'ordre du jour est volumineux. Dans son introduction, il se contente donc de remercier le comité et l'équipe du siège de leur soutien sans lequel il lui serait difficile de prendre les bonnes décisions en ces temps mouvementés.

Rapport annuel et comptes annuels

Comme d'habitude, le rapport annuel statutaire est disponible sur le domaine protégé du site www.pharmasuisse.org. Le rapport annuel en version papier sera disponible dans le courant de l'été.

Le vice-président Peter Burkard présente des comptes annuels déficitaires. Cependant, les pertes sont un peu moins élevées que budgété. Il sera néanmoins indispensable de s'assurer des recettes et de maintenir un contrôle strict des coûts.

Élections

Saverio della Torre ne pourra pas être réélu comme vérificateur des comptes en novembre 2009. Dominique Jordan demande donc aux délégués de soumettre des propositions d'ici la prochaine assemblée. Par la même occasion, il rappelle que deux sièges sont également vacants au comité.

Comme proposé, Beat Wittwer, de Laupen, et Jean a Marca, de Fribourg, sont élus comme membre resp. suppléant du conseil de famille.

Propositions des sociétés cantonales de pharmacie

La Société des pharmaciens du canton de Bâle-Ville (BAV) demande que les membres reçoivent dans la semaine une réponse écrite à leurs questions.

Les délégués acceptent à l'unanimité la proposition du comité et du président. Dorénavant, une confirmation de réception devra ainsi être envoyée dans les 24 heures et une réponse dans les trois jours.

Par ailleurs, la BAV demande que pharmaSuisse se prononce dans un délai raisonnable sur des sujets importants de politique sanitaire. Le comité et le président font remarquer que les prises de position importantes sont toujours disponibles, dans de très brefs délais, sur le domaine protégé du site internet de pharmaSuisse. Il n'est pas possible de fixer de délai précis dans la mesure où l'étude des aspects juridiques avant publication peut prendre plus ou moins de temps.

Pour finir, la BAV demande que les projets d'un certain montant soient présentés six semaines avant l'assemblée des délégués avec un business plan détaillé. Le comité propose de refuser cette demande. Après discussion, le représentant de la BAV, François Bocherens, décide de retirer sa proposition.

Dominique Jordan rappelle que le siège et le comité sont responsables des affaires opérationnelles et que l'assemblée des délégués définit la stratégie. Dans le cas de projets, l'AD prend une décision de principe. Le projet est ensuite concrétisé. pharmaSuisse serait paralysée si la marche à suivre proposée était acceptée. Une possibilité d'informer les délégués de façon plus efficace et dans des délais plus brefs consisterait p.ex. à organiser tous les ans deux AD supplémentaires d'une journée. Cette question sera encore une fois soulevée à une date ultérieure.

RBP IV

Le Conseil fédéral traitera de la RBP IV en même temps que de la baisse des prix. Aucune date n'a encore été communiquée.

Sur proposition du comité, l'assemblée des délégués approuve à l'unanimité la convention tarifaire avec la Commission des tarifs médicaux CTM pour la rétribution des prestations aux assurés en vertu de la LAA, LAM et LAI.

Communication concernant la RBP

Contrairement à la FMH, le comité et le président ne réagiront pas aux provocations voire fausses affirmations publiées dans la presse en relation avec les prestations et les taxes des pharmaciens. Plutôt que de se lancer dans une petite guerre médiatique que la population ne comprend pas, pharmaSuisse préfère présenter des solutions pragmatiques et bien définies qui mettent en valeur les prestations et les compétences des pharmaciens.



Assemblée attentive.

Modèles de soins intégrés

pharmaSuisse a soumis une proposition pour un nouvel article LAMal intitulé «Réseaux de soins interdisciplinaires». Doivent pouvoir y accéder tous les fournisseurs de prestations qui répondent aux critères d'admission et dont la qualité a été contrôlée par des instances externes. Chaque fournisseur de prestations y serait utilisé de manière optimale pour ses compétences et ses infrastructures et y serait rémunéré correctement pour le travail fourni. Les membres de pharmaSuisse sont des pharmaciens de qualité. Ils ne veulent pas devenir des petits médecins, mais participer plus clairement au rôle de pré-gatekeeper.

Un groupe de travail a été créé pour accompagner le projet «Modèles de soins intégrés» et organiser un projet-pilote.

Des possibilités de collaboration avec des fournisseurs de prestations médicales sont actuellement étudiées.

Collaboration entre pharmaSuisse et Ofac

pharmaSuisse et Ofac lanceront ensemble le premier *dossier pharmaceutique* de Suisse et permettront ainsi aux pharmaciens d'assumer un rôle de pionnier dans le domaine de la gestion de données. Ce dossier doit ouvrir la voie à la future carte nationale d'assuré. Une première version sera distribuée par les assureurs maladie dans le courant de l'année.

pharmaSuisse et Ofac veulent promouvoir ensemble *l'ordonnance électronique MedRx.* Un standard pouvant être intégré dans le système informatique du cabinet médical devra être défini et publié; l'assuré et l'ordonnance doivent être clairement identifiables; des médicaments usuels dans une posologie standard seront proposés. De la sorte, le pharmacien pourra proposer un suivi thérapeutique encore plus efficace.

D'après l'art. 42a LAMal, le Conseil fédéral peut décider de l'introduction d'une *carte électronique d'assuré.* pharmaSuisse et Ofac veulent faire en sorte que les pharmaciens puissent se servir de cette carte d'assuré.

D'après l'art. 8 de l'Ordonnance sur la carte d'assuré pour l'assurance obligatoire des soins (OCA), les personnes autorisées doivent pouvoir être authentifiées par une attestation électronique justifiant de la qualité du fournisseur de prestations *(Health Professional Card).* pharmaSuisse utilise la carte électronique d'Ofac pour identifier les membres de professions médicales et gérer leur accès aux réseaux protégés. La compatibilité avec les autres professions médicales universitaires doit être assurée.

Les délégués sont favorables à la collaboration avec Ofac dans ces quatre domaines.

evidis

evidis est une base de données sur les médicaments que pharmaSuisse a créé pour les pharmaciens d'officine. Elle comprendra les éléments suivants: pharmaNews, pharmInfo et pharmaDigest. Le module pharmInfo est particulièrement exceptionnel. Il fournit en effet des informations concises dans un langage simple et clair pour permettre à l'équipe des pharmacies d'agir pro-activement pendant l'entretien-conseil avec le client.

pharmaSuisse assure le financement préalable de ce système. Plus tard, des sponsors devront prendre le relais.

Pour l'heure, il n'est pas possible d'évaluer les coûts nécessaires pour la finalisation du programme evidis. Pour ne pas compromettre l'ensemble du projet, le comité demande donc une réserve de sécurité aux délégués. La majorité d'entre eux l'accorde.

Catégories de membres

Les délégués acceptent de présenter à l'assemblée générale de novembre 2009 une modification des statuts qui permettra aux chaînes disposant d'au moins 50 pharmacies d'être admises comme membres collectifs. L'enseigne publique sera déterminante. Les chaînes seraient représentées par des délégués supplémentaires; le droit de vote des cantons ne serait donc pas compromis.

Cotisations de membres 2010

Les coûts des services proposés (pharmaJournal, Internet, pharManuel, etc.) dépassent aujourd'hui le montant de la cotisation de membre. Cette dernière doit donc être augmentée. Il faudra encore déterminer si les campagnes de promotion de la santé doivent être comprises dans le prix. Ceci simplifierait considérablement leur planification et renforcerait leur écho. La nouvelle structure des cotisations propose une séparation claire



Tout le monde profite de l'opportunité de mener des discussions bilatérales.

entre les prestations réservées aux membres et celles destinées aux pharmacies. La décision définitive sera prise lors de l'AD de novembre.

Représentation des sociétés cantonales regroupées

Les sociétés cantonales sont toujours plus nombreuses à fusionner. Les délégués acceptent donc de proposer à l'assemblée générale de compléter l'art. 23 al. 2 des statuts comme suit: les pharmaciens qui travaillent dans une officine… élisent pour trois ans par canton ou *cantons regroupés …* délégués, *… en donnant aux cantons regroupés droit à un délégué au moins par canton.*

Campagnes de prévention

Pour organiser des campagnes de promotion de la santé aussi efficaces que possible, il ne sera plus traité que d'un seul sujet principal par an. Les sujets seront définis pour trois ans, afin de pouvoir améliorer la planification et le sponsoring.

Les délégués désignent les sujets suivants pour les campagnes des trois prochaines années: 2010: BPCO – Conseils aux fumeurs, afin de pouvoir réutiliser le spiromètre de la campagne 2005; 2011: adiposité, des enfants tout particulièrement; 2012: conseils de vaccination – approfondissement. Les projets détaillés seront présentés aux délégués en temps voulu.

Reconnaissance des titres de formation postgraduée FPH par la Confédération

Avec l'approbation des délégués, le comité adressera une demande au DFI, afin que les formations postgraduées des pharmaciens soient reconnues par la Confédération et que les titres FPH soumis pour reconnaissance deviennent une condition pour la fourniture de prestations selon la LAMal.

FIP

Michel Buchmann, Fribourg, se présentera à l'élection comme prochain président de la FIP. Afin de pouvoir exercer ce mandat honorable, mais non rémunéré, la majorité des délégués acceptent que les coûts d'infrastructure soient assumés en cas d'élection.

Actualités du Parlement

Avec une grande compétence, Marcel Mesnil présente comme d'habitude les développements politiques.

La procédure de consultation concernant la loi sur la prévention est maintenant terminée. Le Conseil fédéral devra encore cette année élaborer un projet de loi qu'il puisse ensuite présenter au Parlement. pharmaSuisse participe à la fixation des objectifs au sein de «Santé Publique Suisse» (SSSP) et de «Alliance pour la santé en Suisse».

La réglementation subséquente au gel des admissions selon LAMal s'avère de plus en plus être un provisoire qui s'éternise: l'essentiel est que les pharmaciens soient aussi considérés comme des fournisseurs de premier recours, tout comme les médecins de famille. L'art. 55a LAMal révisé entrera en vigueur le 1er janvier 2010 pour deux ans; d'après ce dernier, les cantons désignent les fournisseurs de prestations et les pharmaciens restent dans la course. Sont désormais exclus les médecins de famille.

Diverses motions qui traitent des coûts des médicaments ont été déposées. La dispensation médicale (SD) y est sévèrement critiquée. De plus, le nouveau surveillant des prix, Stefan Meierhans, veut que la marge de distribution des médecins dispensants soit massivement diminuée.

Une autre motion demande au Conseil fédéral de créer des bases, dans la LAMal, qui permettent de disposer d'une transparence accrue lors de la remise et de la prescription de médicaments (p.ex. aucune incitation financière lors de la prescription).

Le Conseil national et le Conseil des États ont déjà approuvé une motion de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CE concernant l'art. 33 LPTh. D'après cette dernière, «Le Conseil fédéral est chargé de proposer une réglementation qui établisse les règles de transparence et dans quelle mesure il peut être octroyé des rabais dans le cadre de la prescription et de la remise de médicaments et de dispositifs médicaux.»

Diverses informations

CAP

Dans son compte rendu sur les activités du CAP, la nouvelle présidente, Cécile Girod, rappelle que de nombreux cours ont à nouveaux été proposés aux pharmaciens, assistants, étudiants et assistantes en pharmacie. Par ailleurs, le Guide de l'assistant est devenu une référence dans l'officine depuis sa publication.

Pharmaciens sans Frontières

Le représentant de PSF, Christophe Berger, remercie tout le monde pour leur soutien sans lequel PSF aurait dû mettre la clé sous la porte. La situation reste néanmoins sensible et PSF recherche toujours de nouveaux membres.

Formation de base, continue et postgraduée

Il a pu être décerné davantage de diplômes de pharmacie que l'année précédente. Le règlement d'examen a été révisé. Parmi les principales nouveautés, les parties A et B ont été regroupées, la note du travail de diplôme est prise en compte dans le résultat final, et les délais de recours sont fixés à 30 jours.

Axapharm

Malgré certaines difficultés, le conseil d'administration évalue positivement la situation actuelle et les perspectives. Le marché des génériques continue de progresser et le potentiel dans le domaine des produits OTC n'est pas encore épuisé. Le service externe et le suivi de la clientèle seront renforcés pendant l'année en cours.

RoKA

Grâce aux nouvelles règles instaurées, les membres sont plus nombreux tous les ans à participer à la RoKA (voir aussi pharmaJournal 13/09).

Plan des séances 2010–2013

Il est de plus en plus difficile de trouver des salles disponibles pour l'AD. Les dates doivent donc être fixées plus longtemps à l'avance. Les prochaines assemblées des délégués auront lieu aux dates suivantes: 4/5 mai et 9/10 novembre 2010, 11/12 mai et 8/9 novembre 2011, 8/9 mai et 13/14 novembre 2012. Il se peut que des AD d'une journée soient encore ajoutées.

Assemblée générale

L'AG aura lieu le 26 novembre 2009 à Berne. A cette occasion, des hôtes étrangers feront part de leur expérience avec la vaccination en pharmacie. ▮

Adresse de correspondance

Christa Rüedi, rédactrice en chef du pharmaJournal

E-mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Neugründung oder Kauf einer Apotheke

Finanzierungslösungen

Didier Ray, Stephanie Sahli

Eine gut frequentierte Apotheke steht zum Verkauf: für einen jungen Apotheker, eine junge Apothekerin eine Riesenchance. Wie aber finanziert man den Kauf dieser ausgeschriebenen Apotheke ohne ausreichendes Eigenkapital? Ist damit der Traum vom eigenen Kleinunternehmen ausgeträumt? Nein! Wir stellen hier kurz drei Finanzierungslösungen vor.

Unser Beispielapotheker hat nicht genügend Eigenkapital, kann einer Bank keine Grundpfandsicherheit und kein Wertschriftendepot als Sicherheit für ein Darlehen präsentieren. In diesem Fall bietet sich unter anderem eine Bürgschaft als Finanzierungshilfe an. Dabei ist die im Obligationenrecht (OR) geregelte Bürgschaft vom gewerblichen Bürgschaftswesen zu unterscheiden.

Was ist eine Bürgschaft?

Eine Bürgschaft ist ein Sicherungsgeschäft. Der Apotheker erhält für den Kauf der ausgeschriebenen Apotheke ein Bankdarlehen, welches er z. B. innert zehn Jahren zurückzahlen muss. Dieses Bankdarlehen wird im Bürgschaftsrecht als Hauptschuld bezeichnet. Damit die Bank das Darlehen gewährt, verlangt sie eine Sicherheit für den Fall, dass der Apotheker das Darlehen nicht zurückzahlen kann. Eine solche Sicherheit kann in Form einer Bürgschaft gewährt werden. Der entsprechende Bürgschaftsvertrag wird zwischen der Bank und dem Bürgen abgeschlossen. Dabei ist die Bürgschaft abhängig (in der Fachsprache: akzessorisch) vom Bestehen der Hauptschuld.

Der Bürge verpflichtet sich gegenüber der Bank (als Gläubigerin des Darlehens) dafür, in die Schuld des Apothekers als Darlehensschuldner einzustehen, falls dieser das Darlehen nicht zurückbezahlen kann. D. h. wenn der Apotheker seinen Darlehensverpflichtungen nicht mehr nachkommen kann, wird sich die Bank auf den Bürgen berufen und die Rückzahlung der offenen Schulden bis zum verbürgten Haftungshöchstbetrag von ihm verlangen. Es empfiehlt sich, die Bürgschaft explizit auf das Darlehen, z. B. den Investitionskredit, einzugrenzen und nicht auf die gewährte Betriebskreditlimite hinaus auszuweiten.

Bürgschaft gemäss Art. 492 ff. OR

Der Bürgschaftsvertrag ist ein Vertragsverhältnis zwischen dem Bürgen und dem Darlehensgeber. Der Hauptschuldner des Darlehens (Apotheker) ist am Vertrag nicht beteiligt. Damit der Bürgschaftsvertrag gültig abgeschlossen werden kann, bedarf es einer schriftlichen Erklärung des Bürgen und der Angabe des zahlenmässig bestimmten Höchstbetrages seiner Haftung in der Bürgschaftsurkunde selbst. Übersteigt der Haftungshöchstbetrag die Summe von CHF 2000.–, muss die Bürgschaftserklärung natürlicher Personen ausserdem öffentlich beurkundet werden. Die Bürgschaft einer verheirateten Person ist nur gültig mit der schriftlichen Zustimmung des Ehegatten.

Die Bürgschaft endet bei Erlöschen der Hauptschuld infolge Akzessorietät, d. h. unter anderem, wenn die Hauptschuld (das gewährte Darlehen) bezahlt wurde. Im Übrigen erlöschen, mit bestimmten Ausnahmen, unbefristete Bürgschaften spätestens 20 Jahre nach ihrem Abschluss. Eine befristete Bürgschaft erlischt nicht mit Ablauf der Frist, sondern erst vier Wochen danach, vorbehältlich einer Spezialregelung.

Gewerbliches Bürgschaftswesen

Mit dem Bundesgesetz und der darauf basierenden Verordnung über die Finanzhilfen an gewerbeorientierten Bürgschaftsorganisationen wurde Mitte 2007 eine aktualisierte gesetzliche Grundlage zum Bürgschaftswesen in Kraft gesetzt. Ziel des Gesetzes ist der erleichterte Zugang zu einem Bankdarlehen für leistungs- und entwicklungsfähige Klein- und Mittelbetriebe. Damit soll namentlich die Neugründung solcher Unternehmen gefördert werden.

Schweizweit gibt es einige nach dieser gesetzlichen Grundlage organisierte gewerbliche Bürgschaftsgenossenschaften. Dabei unterstützt der Bund deren Tätigkeit durch die Übernahme des Verlustrisikos im Umfang von 65 Prozent sowie durch Ausrichtung von Verwaltungskostenbeiträgen. Der jährliche Verwaltungskostenbeitrag des Bundes von CHF 3 Mio. wird u. a. dazu verwendet, die Gesuchsprüfungs- und Überwachungskosten tief zu halten, um so vorteilhafte Konditionen anbieten zu können. Die drei regionalen Organisationen – BG West, BG Mitte, BG Ost – und die Bürgschaftsgenossenschaft von Frauen für Frauen SAFFA stellen eine einheitliche Abwicklung aller Bürgschaften direkt mit der regional zuständigen Bürgschaftsorganisation sicher.

Auch hier geht es nicht um Kreditgewährung, sondern um den Abschluss von Solidarbürgschaften. Pro KMU beträgt die maximale Bürgschaftssumme CHF 500 000.– bei einer Laufzeit von zwei bis max. zehn Jahren. Neben Anmelde- und Gesuchsprü-

fungskosten ist eine jährliche Risikoprämie von 1.25 Prozent des verbürgten Betrages geschuldet.

Je nachdem, ob es sich um eine Neugründung oder die Übernahme eines Geschäftes handelt, sind mit dem Gesuch neben dem Businessplan und dem Erfolgsbudget sowie einer Übersicht über den Kapital- bzw. Finanzierungsbedarf eine konkrete Finanzierungsvorlage, die Bilanz und die Erfolgsrechnung samt Revisionsstellen-Bericht, gegebenenfalls auch ein Handeslregister- sowie ein Betreibungsregisterauszug, einzureichen.

Trotz der konjunkturell schwierigen Wirtschaftslage blickt beispielsweise die BG Mitte auf ein erfolgreiches operatives Jahr zurück. In rund 48 Prozent (entspricht 108 Gesuchen) aller eingegangenen Gesuche konnte eine Bürgschaft bewilligt werden. Infolge der vorsichtigen Bewilligungspraxis erreichte die BG Mitte eine Tiefstmarke bei den Bürgschaftsverlusten. Mitglieder von pharmaSuisse finden im Mitgliederbereich von www.pharmasuisse.org weitere Informationen zu dieser Form der Finanzierung.

Finanzierungsgesellschaft

Als leistungsstarker Finanzpartner für Apotheken tritt Apofin, eine Firma der Ofac-Gruppe, auf. Im Gegensatz zu den erwähnten Bürgschaften als Sicherheit für Bankdarlehen gewährleistet Apofin Finanzierungen in Form von Krediten für Unternehmensgründungen, Übernahmen, Renovierungen und Umbauten, Restrukturierungen, Übernahme von bestehenden Darlehen. Sie zeichnet sich durch eine leichte Organisationsstruktur und eine auf den Einzelfall abgestimmte Kreditgewährung aus. Als Gegenleistung für den Kredit verpflichtet sich der Kreditnehmer zur Inanspruchnahme des Basisdienstleistungspakets der Ofac.

Mitglieder von pharmaSuisse finden im Mitgliederbereich von www.pharmasuisse.org weitere Informationen zu dieser Form der Finanzierung.

Gruppierungen und Grossisten

Einige Apotheken-Gruppierungen verfügen inzwischen ebenfalls über Instrumente zur Finanzierung von Übernahmen und Neueröffnungen. Je nach Objekt werden z.B. auch Teil- und Vollfinanzierungen angeboten mit der Möglichkeit für den Besitzer, in definierten Etappen seinen Anteil an der Unternehmung bis zum vollständigen Besitz hin auszubauen.

Auch eine Anfrage bei Grossisten kann sinnvoll sein. Dabei ist aber auf gewisse Interessenskonflikte hinzuweisen, insbesondere wenn diese direkt oder indirekt an Kettenapotheken beteiligt sind.

Fazit

Jede Finanzierungslösung hat ihre Vor- und Nachteile. Die Wahl der richtigen Lösung richtet sich nach persönlichen Präferenzen sowie finanzieller Situation. Für Apotheker mit ungenügendem oder fehlendem Eigenkapital sichert Apofin nach vorgängiger Prüfung die Finanzierung für eine Übernahme oder Neugründung unbürokratisch. Dabei muss eine gewisse Einschränkung in der unternehmerischen Entscheidungsfreiheit in Kauf genommen werden.

Wenn Eigenkapital vorhanden ist, in der Regel mindestens 20 Prozent der geplanten Investition, stehen verschiedene Finanzierungsmöglichkeiten offen. Grundsätzlich beurteilt ein Kreditgeber jede Finanzierung einer Übernahme oder einer Neueröffnung nach entsprechender Risikoanalyse. Während bei einer Übernahme die Kapitalisation der Investition auf Bilanzen und Erfolgsrechnungen der Vorjahre und einer plausiblen Budgetierung der Weiterentwicklung beruht, ist diese bei einer Neueröffnung weniger klar voraussehbar. Banken oder andere Kreditinstitute bestimmen den Bedarf an Eigenkapital und weitergehenden Sicherheiten, z.B. in der Form einer Bürgschaft, für eine Finanzierung des Projektes individuell. Für die Höhe der Kreditkosten spielt die Gewährleistung entsprechender Sicherheiten eine grosse Rolle. Je geringer das Risiko für den Kreditgeber, desto tiefer werden die Zinsen für Investitionskredit und/oder Kredite innerhalb des Kontokorrents veranlagt. Diese Differenz kann schnell einmal die jährliche Risikoprämie, welche bei einer gewerblichen Bürgschaft anfällt, übersteigen und deren Inanspruchnahme durchaus rechtfertigen.

Sofern zugänglich, kann die Risikoprämie durch die Gewährleistung einer privaten Bürgschaft umgangen werden. Es ist hier aber sorgfältig abzuwägen, ob man das Restrisiko der Bürgschaftsverpflichtung sich selbst oder einer bekannten bzw. verwandten Person zumuten will.

Ein sorgfältiges Abwägen und Prüfen lohnt sich und gehört zu den elementaren ersten unternehmerischen Herausforderungen auf dem Weg in eine erfolgreiche Selbstständigkeit. ▮

Korrespondenzadresse
Didier Ray, Leiter Abteilung Poltik und Wirtschaft
E-Mail: didier.ray@pharmasuisse.org
Stephanie Sahli, Juristin pharmaSuisse
E-Mail: stephanie.sahli@pharmasuisse.org



Hinter den Kulissen der DV

Delegiertenversammlungen von pharmaSuisse haben es in sich – für alle Beteiligten. Damit die Delegierten ihre Aufgabe erfüllen und die nötigen strategischen Entscheide fällen können, brauchen sie umfassende Informationen. Sie müssen Dokumente zu den verschiedensten Geschäften studieren, informiert sein nicht nur über standespolitische Fragen, sondern auch über Finanzen, Gesetze, EDV-Systeme, Kommunikationsprobleme und vieles mehr. Die entsprechenden Vorarbeiten werden vom Vorstand und der Geschäftsleitung von pharmaSuisse geleistet, die Unterlagen werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle bereitgestellt, übersetzt, verschickt und auf die Homepage aufgeschaltet. Nach der DV ist nicht nur ein Bericht fürs pharmaJournal zu verfassen, es sind auch das deutsche und das französische Protokoll zu erstellen. Allen Beteiligten sei deshalb für den grossen Einsatz gedankt.
An der DV selber wird im Plenum präsentiert, diskutiert und entschieden, fast ebenso wichtig aber ist der Rahmen – die Kaffeepausen, die Mittagessen, das Abendessen. Diese Zeiten werden rege genutzt für bilaterale Diskussionen unter Delegierten, für Kontakte von Mitarbeitern der Geschäftsstelle mit Delegierten. Hier werden Informationen ausgetauscht, wird Überzeugungsarbeit geleistet, werden Urteile gebildet. Hier können Meinungsverschiedenheiten, die in der Sitzung vielleicht noch für rote Köpfe gesorgt haben, wieder bereinigt werden. So ist es auch möglich, dass ein Entscheid, der am ersten Tag gefällt worden ist, am nächsten Tag umgestossen wird – weil die Delegierten beim Abendessen das Thema weiterdiskutiert haben und dank neuer Argumente zu einem anderen Schluss gekommen sind.
Delegiertenversammlungen sind nötig, um die Strategien des Verbandes festzulegen, sie sind aber auch eine ausgezeichnete Gelegenheit für persönliche Kontakte und fruchtbare Diskussionen und tragen wesentlich zum Zusammenhalt innerhalb des Verbandes bei.

Christa Rüedi

Regard derrière les coulisses de l'AD

Les assemblées des délégués de pharmaSuisse exigent le maximum – de la part de tous les participants. Pour que les délégués puissent remplir leur mission et prendre les décisions stratégiques qui s'imposent, ils doivent disposer d'informations complètes. Ils doivent étudier des documents sur des sujets aussi variés que la politique professionnelle, les finances, la législation, les systèmes informatiques, la communication, etc. Le comité et la direction de pharmaSuisse effectuent un travail préliminaire, tandis que les collaborateurs du siège préparent, traduisent, envoient et placent les documents sur le site internet. Après l'AD, il faut non seulement rédiger un compte rendu pour le pharmaJournal, mais aussi établir le procès-verbal allemand et français. Nous remercions donc toutes les personnes impliquées pour le travail considérable qu'elles accomplissent.
Les deux jours de l'AD, on écoute des présentations, discute et prend des décisions. Les pauses café, le repas de midi et le repas du soir revêtent toutefois aussi une importance considérable. En effet, ces moments sont toujours utilisés pour discuter entre délégués et nouer des contacts avec les collaborateurs du siège. C'est l'occasion d'échanger des informations, d'exercer ses talents de persuasion et de se forger une opinion. Les divergences qui ont encore pu échauder les esprits lors de la séance peuvent à nouveau être aplanies. Une décision prise le premier jour peut par exemple être renversée le lendemain. Parfois, de nouveaux arguments sont soulevés lors des discussions du repas du soir et les délégués arrivent finalement à une autre conclusion.
L'assemblée des délégués permet de fixer les stratégies de la société. Elles offrent toutefois aussi une occasion unique d'établir des contacts personnels, de mener des discussions fructueuses et elles contribuent à maintenir la cohésion au sein de la société.

Christa Rüedi

Arguments pour et contre la loi sur la prévention

Christa Rüedi

La spirale des coûts du système de santé ne cesse de tourner. Des mesures d'économies sont donc devenues indispensables. Pour l'heure, plusieurs solutions sont étudiées. La discussion porte notamment aussi sur la prévention et la promotion de la santé. Lors du 11e Forum suisse de l'assurance-maladie sociale organisé en mai 2009, il est toutefois ressorti que la loi sur la prévention élaborée par l'OFSP était quelque peu contestée.

Lors du premier exposé de la journée, Salome von Greyerz, responsable du projet «Prévention et promotion de la santé 2010» auprès de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), a fait remarquer que la prévention et la promotion de la santé étaient une nécessité absolue de nos jours. Pour garantir notamment l'égalité des chances, la Confédération se doit donc d'agir.

Arguments de l'OFSP

L'OFSP estime que d'ici 2050, toutes les dépenses de santé augmenteront entre 14,6 et 16,9% du PIB. D'ici 2030, le nombre de médecins de premier recours devrait en outre diminuer de 30% alors que les demandes augmenteront de 28%. Contrairement aux maladies infectieuses, les maladies chroniques augmentent et occasionnent des coûts élevés que tout le monde doit supporter.

Interview avec Salome von Greyerz, responsable du projet «Prévention & Promotion de la santé 2010» auprès de l'OFSP

Quelle suite donner à la loi sur la prévention?

Madame von Greyerz, pendant les exposés et le podium de discussion, de sérieuses réserves ont été émises envers la loi sur la prévention. Certains ont même exprimé leur rejet total. Est-ce que ces réserves ont aussi été formulées pendant la procédure de consultation?

La procédure de consultation relative à la loi sur la prévention a été organisée en été 2008 et a rencontré un grand écho: l'Office fédéral de la santé publique a reçu plus de 230 réponses.

Une majorité des cantons et des autres participants sont favorables à la loi sur la prévention. Ils estiment qu'il s'agit d'une étape importante qui permettra l'instauration d'une politique de prévention et de promotion de la santé ciblée, efficace et avantageuse. Les partisans du projet saluent notamment le fait que les lacunes concernant la prévention des maladies non transmissibles et psychiques soient comblées sur le plan légal; ils mentionnent en outre l'amélioration du pilotage et de la coordination ainsi que l'optimisation des rapports de santé. Les mesures d'encouragement prévues par la Confédération ont également été bien perçues.

Certains secteurs économiques ont exprimé des critiques au sujet de la nouvelle loi sur la prévention. Selon eux, les bases légales actuelles sont suffisantes pour mener une politique de prévention efficace.

Par ailleurs, un tiers des participants ne sont pas persuadés de la nécessité de créer un Institut suisse de prévention et de promotion de la santé.

Est-ce que d'autres réserves importantes ont été formulées?

Quelques partisans de la loi sur la prévention déplorent qu'elle inclue la détection précoce sans pour autant allouer de moyens supplémentaires. En outre, le droit de participation des cantons – ainsi que des organisations privées de prévention et de santé – n'est pas assez bien défini dans l'élaboration des instruments de coordination et de pilotage. Les cantons souhaitent par ailleurs recevoir une part des recettes issues des prélèvements pour la prévention (p. ex. taxe pour la prévention du tabagisme et supplément de prime LAMal).

Peut-on déjà estimer dans quelle mesure il sera tenu compte de ces réserves lors de l'élaboration de la loi?

Oui. Le 25 février 2009, le Conseil fédéral a pris connaissance des résultats de la procédure de consultation et demandé au DFI de présenter aux Chambres fédérales un projet de loi ainsi qu'un message d'ici à l'automne de cette année.

Dans le même temps, il a décidé de maintenir la détection précoce de maladies dans la loi sur la prévention malgré les doutes émis. Par ailleurs, il faudra inscrire dans la loi qu'une partie des prélèvements pour la prévention doit être utilisée pour des programmes cantonaux qui contribuent à atteindre les objectifs nationaux de prévention et de promotion de la santé.

Est-ce que le scepticisme affiché envers l'institut de santé aura une influence sur la suite de la procédure?

Non. Malgré les critiques formulées lors de la procédure de consultation, le Conseil fédéral a décidé, le 25 février 2009, de maintenir la création d'un Institut suisse sous la forme d'un établissement de droit public. Il estime que la création d'un centre de compétence indépendant et étatique est essentielle pour obtenir l'effet escompté et renforcer comme prévu la prévention et la promotion de la santé. Au niveau international, les établissements privés sont aussi de plus en plus souvent remplacés par des institutions étatiques. Dans le système de santé suisse, les expériences ont par ailleurs montré que les organisations de droit privé parvenaient difficilement à gérer et coordonner les activités des cantons ainsi que des responsables privés.

Interview: Christa Rüedi



Salome von Greyerz

Salome von Greyerz a rappelé que la santé de la population présentait un intérêt public et était un élément indispensable au développement économique. La Confédération se doit donc de se préoccuper de prévention et de promotion de la santé. La loi est sensée optimiser le pilotage et la coordination des mesures de prévention et de promotion de la santé, améliorer la répartition des tâches entre Confédération et cantons, simplifier l'organisation, harmoniser le financement et améliorer la collecte des données.

Oui – mais …

Joachim Eder, conseiller d'État zougois, directeur de la santé publique et président du conseil de fondation de «Promotion Santé Suisse», est favorable à cette loi sur la prévention. Il émet cependant trois sérieuses réserves. Selon lui, les possibilités d'intervention des cantons ne sont pas suffisantes, le principe de subsidiarité n'est pas respecté (d'après la Constitution, la Confédération doit uniquement agir lorsque les cantons ne font rien), et la création d'un nouvel Institut de prévention et de promotion de la santé est superflue. Il suffirait de développer la fondation «Promotion Santé Suisse» existante.

Christine Egerszegi, conseillère aux États et présidente de la Société suisse pour la politique de la santé, ainsi que Max Brentano, membre du conseil de fondation de Promotion Santé Suisse et ancien président de la SSPh, estiment tous deux que la Confédération ne doit pas se contenter de distribuer des fonds, mais assurer la coordination et désigner des thèmes.

Hans-Ulrich Bigler, directeur de l'Union suisse des arts et métiers, rejette clairement la loi sur la prévention. Il ne minimise pas l'importance de la prévention et de la promotion de la santé, mais estime que ceci est de la responsabilité de chacun. Selon lui, il n'y a pas besoin de nouvelles interventions étatiques et de prescriptions nationales pour des sujets qui ne concernent finalement que certains éléments de la population.

Perspectives

Dans le dernier exposé de la journée, Stephan Sigrist, responsable d'un «think tank», a constaté que la société d'aujourd'hui était de plus en plus préoccupée par sa santé. Cette évolution entraîne le développement de nouveaux marchés (p.ex. dans les domaines de la prévention et du wellness). Les clients sont submergés par une profusion d'offres. L'ancrage de la prévention dans une loi est de ce fait essentiel. En fin de compte, l'État doit aussi assurer un rôle de régulateur lorsqu'il s'agit de prévenir le développement de maladies psychiques et dégénératives causées par des exigences toujours plus élevées. La pression croissante sur les personnes au comportement «malsain», comme les fumeurs ou les obèses, représente un autre problème de société. De plus en plus souvent, il est aussi nécessaire de mettre en place des systèmes de «traduction» pour s'assurer que tout le monde comprenne bien les mesures qui sont prises.

La prévention est indispensable d'un point de vue économique également. Pour ce faire, il faut toutefois développer une stratégie nationale et définir les points suivants: qu'est-ce que sera la santé et la maladie au 21e siècle? Qu'est-ce que devra faire chacun individuellement? Pour quoi le domaine public sera-t-il responsable?

Conclusion

Le maintien de la santé est un sujet qui met tout un chacun à contribution et concerne aussi tout le monde: jeunes, vieux, hommes, femmes, spécialistes et législateurs. Les avis divergent sur les mesures les plus adéquates à prendre et sur la désignation des responsables. L'essentiel est cependant que les choses bougent. ▮

Adresse de correspondance
Christa Rüedi, rédactrice en chef du pharmaJournal
E-mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Agenda 2009

Februar–Juli / février–juillet

14.2.–31.7. Lust, Leid & Wissen: Eine Geschichte der Syphilis und ihrer Therapie, Pharmazie-Historisches Museum Basel, Basel

Juli/juillet

4.–11. Sportweltspiele, Costa Blanca

September/septembre

9. Umdasch-Seminar: Das Drehbuch für den erfolgreichen Verkauf, Oberentfelden

10.–11. 59. Internationale Handelstagung, Zürich

16. Umdasch-Seminar: Ladengestaltung für Praktiker, Oberentfelden

17. Umdasch-Seminar: Ladendiebstahl LIVE! (frz.), Renens

17. Fachtagung der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung

Den Veranstaltungskalender finden Sie auch auf www.pharmaSuisse.org unter Pharmazie&Fachpublikum → Beruf Apotheker → Fortbildung FPH/Weiterbildung FPH → Veranstaltungskalender
Le calendrier des manifestations se trouve également sur www.pharmasuisse.org, sous Pharmaciens&Politique → Profession pharmacien → Formation postgraduée/Formation continue → Calendrier des manifestations.

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH**

Manifestations reconnues par la FPH officine (O), hôpital (H) et homéopathique (HOM)

Date	O/H/ Hom	titre	organisateur	lieu	heure	informations	PC/ Module	numéro d'identification	prix
Juillet									
à partir de 10.07.	O/H	Traitement de la douleur	pnn pharma nation network ag	www.online-academy.ch		Tél. 044 225 15 00 online-academy@pnn.ch	6.25	**1**-162-68-09-P6.25	gratuit
à partir de 10.07.	O/H	Le traitement des plaies et blessures	pnn pharma nation network ag	www.online-academy.ch		Tél. 044 225 15 00 online-academy@pnn.ch	6.25	**1**-162-69-09-P6.25	gratuit
Septembre									
07.09.	O	L'«empowerment» en pharmacie	CAP	Bellinzona	09.00–17.00	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	50	**4**-2-185-09-P50	Membres du CAP: 275.– Non-membres: 330.–
09.09.	O	Urgences durant les activités de plein air	Mepha Pharma AG	Martigny	09.00–17.00	Tél. 061 705 43 29 www.mepha.ch	62.5	**1**-96-13-09-P62.5	150.– à 199.–
14.+ 15.09.	O	Formation à l'encadrement, être à l'aise depuis le début (Module I)	SPA AG	Lavey-les-Bains	sur demande	Tél. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-7-09-P100	1240.–
15.09.	O	Faites de votre pharmacie une référence: Importance de la compétence émotionnelle – Module II	CAP	Lausanne	09.00–17.00	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	50	**3**-2-175-09-P50	Membres du CAP: 275.– Non-membres: 330.–
17.09.	O/H	Itinéraires cliniques	GSASA	Lausanne	sur demande	Pascal.Bonnabry@hcuge.ch	25	**1**-103-391-09-P25	gratuit
24.+ 25.09.	O	Gestion d'entreprise	CAP	Morges	09.00–17.00	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	100	**3**-2-187-09-P100	Membres du CAP: 550.– Non-membres: 660.–

Nous vous demandons de conserver le calendrier des manifestations FPH car les dates de ces manifestations ne seront mentionnées qu'une seule fois dans le pharmaJournal.
Domaines de compétences (correspond au 1er chiffre du numéro d'identification)
1: Compétences pharmaceutiques 2: Compétences en santé communautaire 3: Compétences en gestion 4: Compétences personnelles

FPH-anerkannte Veranstaltungen im Bereich Offizin (O)- und Spitalpharmazie (S) sowie klassischer Homöopathie (H)

Datum	O/S/ H	Titel	Veranstalter	Ort	Zeit	Informationen	KP/ Modul	ID-Nummer	Preis
Juli									
ab 10.07.	O/S	Schmerztherapie	pnn pharma nation network ag	www.online-academy.ch		Tel. 044 225 15 00 online-academy@pnn.ch	6.25	**1**-162-68-09-P6.25	gratis
ab 10.07.	O/S	Wunden und Wundversorgung	pnn pharma nation network ag	www.online-academy.ch		Tel. 044 225 15 00 online-academy@pnn.ch	6.25	**1**-162-69-09-P6.25	gratis
August									
25.08.	O	Gesprächstechniken und Konfliktlösungen für den Alltag (Modul I)	SPA AG	Winterthur	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	50	**3**-7-41-09-P50	620.–
25.+ 26.08.	O	Coaching-Werkzeugkasten	SPA AG	Winterthur	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-66-09-P100	3720.–
26.08.	O/S	Altersbedingte Makuladegeneration – Ein Überblick über das Krankheitsbild und aktuelle Therapien	Kantonsapotheke Zürich	Zürich	18.30	severine.fuchs@kaz.zh.ch	12.5	**1**-103-389-09-P12.5	gratis

→

29.08.–01.09.	O/S	31th ESPEN Congress	GSASA	Wien	auf Anfrage	www.espen.org/vienna/	150	**1**-103-390-09-P150	€ 80.– bis 585.–
31.08.	O	Spagyrik Lehrgang 1 «Spagyrik und akute Krankheiten»	Spagyros AG	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 959 55 88 kurse@spagyros.ch	50	**1**-142-33-09-P50	172.15
31.08.+ 01.09.	O	Grundkurs (Einführung in die Vitalstofftherapie)	Biomed AG	Olten	09.00–17.30	Tel. 044 802 16 16 allsan@biomed.ch	108.5	**1**-38-10-09-P108.5	250.–
31.08.+ 01.09.	O	Es gibt fast keine Grenzen – ausser den eigenen	SPA AG	Magglingen	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**4**-7-16-09-P100	1420.–
31.08.–03.09.	O	Basisseminar Weleda SelbstmedikationsberaterIn	Weleda AG	Arlesheim	09.00	Tel. 061 705 21 21 mkaeser@weleda.ch	225	**1**-99-9-09-P225	400.–
01.+ 02.09.	O	Coaching-Werkzeugkasten	SPA AG	Bern	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-66-09-P100	3720.–
01.+ 02.09.	O	Leadership – confidence from day one (Part I)	SPA AG	Winterthur	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-86-09-P100	1240.–
01.09.+ 08.09.	O	Self Branding	Agfam	Zürich	08.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	100	**4**-1-31-09-P100	950.–
02.09.	O	2nd Swiss Pharma Science Day 2009	SGPhW	Bern	10.00–17.00	Tel. 061 225 90 00 sgphw@sgphw.ch	37.5	**1**-309-1-09-P37.5	20.–
03.09.	O	Up-date Untere Atemwege/COPD	medinform GmbH	Zürich	13.30–17.00	Tel. 044 391 76 45 info@medinform.ch	25	**1**-226-109-09-P25	200.–
03.–08.09.	O	FIP 2009	FIP	Istanbul	9.00	www.fip.org/istanbul2009	FPH-anerkannt (Keine ID-Nr.)		€ 200.– bis € 975.–
05.09.	O	Krebsentstehung – Ernährung	ebi-pharm ag	Zürich	09.30–17.00	Tel. 031 828 12 22 office@ebi-pharm.ch	50	**1**-30-109-09-P50	150.–
05.–08.09.	O	Pilze und Flechten	ISAP	Unterwasser	9.00	Tel. 079 426 21 74 corina.wiederkehr@gmx.ch	116.25	**1**-124-8-09-P116.25	980.– oder 1180.–
07.+ 08.09.	O	Therapiekurs	Spagyros AG	Rorschacherberg	10.00	Tel. 031 959 55 88 kurse@spagyros.ch	100	**1**-142-42-09-P100	530.–
07.–09.09.	O	Personalmanagement	hiltbrand-consulting GmbH	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 312 60 45 info@hiltbrand-consulting.ch	150	**3**-47-5-09-P150	1170.–
07.09.+ 14.09.+ 21.09.+ 28.09.	O	Montagsfortbildung von Medizin/Pharmakologie des USB	Universitätsspital Basel	Basel	12.00–12.45	Tel. 061 265 88 62 raetza@uhbs.ch	8.25	**1**-244-2-09-P8.25	150.–/ Semester
07.+ 28.09.	O	Professionell präsentieren	SPA AG	Zürich	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-56-09-P100	1420.–
08.09.	O	Qualitätszirkel Komplementärmedizin, Schwerpunkt Spagyrik	Spagyros AG	Gümligen	19.00–21.30	Tel. 031 959 55 88 kurse@spagyros.ch	20.75	**1**-142-35-09-P20.75	86.10
08.09.	O	Psoriasis	medinform GmbH	Zürich	08.15–12.00	Tel. 044 994 75 61 info@medinform.ch	25	**1**-226-211-09-P25	200.–
08.09.	O	Chronische Wunden	medinform GmbH	Zürich	13.30–17.00	Tel. 044 994 75 61 info@medinform.ch	25	**1**-226-212-09-P25	200.–
08.09.	O	Basic 1	Heidak AG	Emmenbrücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-01-09-P50	195.–
09.09.	O	Die Medien als Herausforderung für Führungskräfte	SPA AG	Zürich	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	50	**3**-7-68-09-P50	790.–
09.09.	O	CERES-Tagesseminar: Die Anwendung der CERES-Heilmittel	ebi-pharm ag	St. Gallen	09.30–17.00	Tel. 031 828 12 22 office@ebi-pharm.ch	50	**1**-30-132-09-P50	120.–
10.09.	O	Balaced Score Card – Qualitätsmanagement	TopPharm AG	Zürich	13.30–17.30	Tel. 061 416 90 90 info@toppharm.ch	31	**3**-25-73-09-P31	350.–
10.09.+ 26.10.	O	Von der Vision zur Strategie	Agfam	Zürich	08.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	100	**3**-1-26-09-P100	950.–
11.09.+ 23.10.	O	Mehr Zeit für das Wesentliche	SPA AG	Bern	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**4**-7-30-09-P100	1240.–
12.09.	O	Mikronährstoffe in der Schwangerschaft, Stillzeit, bei Menstruationsstörungen und anderen gynäkologischen Erkrankungen	ebi-pharm ag	Zürich	09.30–17.00	Tel. 031 828 12 22 office@ebi-pharm.ch	50	**1**-30-117-09-P50	120.–
12.09.	O	Von der Evidenz-basierten zur Individual-Medizin	SSAAMP	Zürich	09.00–17.30	Tel. 071 666 83 03 maria.fattore@ssaamp.ch	50	**1**-286-2-09-P50	190.–

Haben Sie Anregungen, Bemerkungen, Vorschläge zu Kursprogrammen oder einzelnen Kursen?
Wir freuen uns auf Ihr Feedback! Fax 031 978 58 59; kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Veuillez adresser vos remarques, suggestions et propositions concernant les programmes ou les divers cours à Madame Kathrin Zybach (fax 031 978 58 59; e-mail: kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Liste der Delegierten pharmaSuisse 2009–2011 / Liste des délégués pharmaSuisse 2009–2011

Kanton Canton	Adresse	Tel., Fax
Aargau	Vaucher Fabian, Neue Apotheke Buchs, Aarauerstr. 26, 5033 Buchs	Tel. 062 836 09 09 Fax 062 836 09 08
	Wich-Linder Barbara, Hirsch-Apotheke, Bahnhofstr. 5, 5610 Wohlen	Tel. 056 622 13 20 Fax 056 622 13 14
	Dr. Wyss Philipp, Apotheke Wyss & Co, Bahnhofstr. 36, 5400 Baden	Tel. 056 222 48 63 Fax 056 222 42 19
Basel-Land	Gmünder Urs, Apotheke Gmünder, Grüngenstr. 1, 4416 Bubendorf	Tel. 061 921 80 90 Fax 061 921 80 91
	Liechti Matthias, Apotheke Liechti AG, Hauptstr. 27, 4153 Reinach	Tel. 061 711 21 21 Fax 061 711 21 35
Basel-Stadt	Dr. Bocherens François, Victoria Apotheke, Gotthardstr. 126, 4027 Basel	Tel. 061 301 46 11 Fax 061 301 49 57
	Isler-Christ Lydia, Sevogel-Apotheke, Sevogelstr. 51, 4052 Basel	Tel. 061 311 52 40 Fax 061 311 24 30
	Dr. Rupf Reto, Pilger Apotheke AG, Missionsstr. 57, 4055 Basel	Tel. 061 381 83 43 Fax 061 322 00 21
Bern	Studer Jürg, Bahnhof Apotheke, Bahnhofstr. 6, 3250 Lyss	Tel. 032 384 13 70 Fax 032 384 11 34
	Dr. Fritz Stefan, Rathaus Apotheke, Postfach 541, 3000 Bern 8	Tel. 031 311 14 81 Fax 031 312 24 01
	Zbinden Thomas, Bahnhof-Apotheke Zbinden AG, Bahnhofstr. 13, 3400 Burgdorf	Tel. 034 426 22 72 Fax 034 426 22 77
Freiburg/ Fribourg	Dr Repond Christian, Pharmacie Repond, rue de Gruyères 19, 1630 Bulle	Tel. 026 913 10 80 Fax 026 913 10 88
	Dr Buchmann Michel, Pharmacie de la Tête Noire, Grand-Rue 14, 1680 Romont	Tel. 026 651 92 92 Fax 026 651 92 99
Genève	Forni Jean-Luc, Pharmacie du Pont d'Arve SA, Bd du Pont d'Arve 27, 1205 Genève	Tel. 022 320 52 20 Fax 022 321 74 55
	Haas Karine, ch. de Carabot 9A, 1233 Bernex	Tel. 022 757 15 40
	Hottelier Pierre-François, Pharmacie du Progrès SA, Place Grenus 12, Case postale 1984, 1211 Genève 11	Tel. 022 732 53 20 Fax 022 738 24 44
Glarus	Signorell-von Euw Maria, Apotheke Signorell, Hauptstr. 39, 8750 Glarus	Tel. 055 640 12 18 Fax 055 640 12 18
Grau-bünden	Dr. Caviezel Max, Domat-Apotheke, Postfach 93, 7013 Domat/Ems	Tel. 081 633 11 92 Fax 081 633 36 36
	Fehr Monika, Steinbock-Apotheke, Quaderstr. 16, 7000 Chur	Tel. 081 252 26 80 Fax 081 253 36 18
Jura	Riat Laurence, Pharmacieplus Milliet-Ville, Grand'Rue 2, 2900 Porrentruy	Tel. 032 466 27 27 Fax 032 466 27 31
Luzern	Dr. Buchs Brigitte, Surseepark-Apotheke, Bahnhofstr. 24, 6210 Sursee	Tel. 041 921 78 21 Fax 041 921 19 09
	Ochsner Barbara, Apotheke 13, Pilatusstr. 13, 6003 Luzern	Tel. 041 210 29 10 Fax 041 210 29 01
Neuchâtel	Marti Christoph, Pharmacie d'Herborence Sàrl, Rue O.-Huguenin 23, 2017 Boudry	Tel. 032 845 04 00 Fax 032 845 04 01
	Müller Richard, Pharmacie des Forges, 2a, av.Ch.-Naine, 2304 La Chaux-de-Fonds	Tel. 032 926 95 44 Fax 032 926 92 46
Schaff-hausen	Toscano Peter, Ritter-Apotheke, Vordergasse 65, 8200 Schaffhausen	Tel. 052 625 33 79 Fax 052 625 33 92
Schwyz	Dr. Bruhin Thomas, Apotheke Dr. Bruhin, St. Gallerstr. 7a, 8853 Lachen	Tel. 055 451 90 99 Fax 055 451 90 91
Solothurn	Kurz Thomas, Apotheke Kurz, Baslerstr. 85, 4632 Trimbach	Tel. 062 293 34 88 Fax 062 293 28 64
	Obi-Gräff Elisabeth, Hammer-Apotheke AG, Solothurnerstr. 19, 4600 Olten	Tel. 062 212 44 50 Fax 062 212 44 51
St. Gallen/ AI/AR	Graf Christian, Löwen-Apotheke, Obere Bahnhofstr. 45, 9500 Wil	Tel. 071 911 12 08 Fax 071 911 84 08
	Howald Judith, Sonnenbergstr. 38, 8725 Gebertingen	Tel. 055 284 26 85
Tessin/ Ticino	Della-Torre Saverio, Farmacia Visagno SA, Pal. Faseco, 6702 Claro	Tel. 091 863 32 42 Fax 091 863 29 83
	Vassella Carlo, Farmacia Centro Breggia SA, Via S. Gottardo 56a, 6828 Balerna	Tel. 091 690 05 11 Fax 091 690 05 15
Thurgau	Graf Urs, Bahnhof-Apotheke, Bahnhofstr. 8, 8590 Romanshorn	Tel. 071 463 13 13 Fax 071 463 39 13
Uri/NW/ OW	Dr. Odermatt Walter, Löwen-Apotheke Sarnen AG, Nelkenstr. 2, 6060 Sarnen	Tel. 041 660 88 55 Fax 041 670 38 45
Vaud	Rossier Christophe, Pharmacie de l'Ile, Grand'Rue 58, 1180 Rolle	Tel. 021 825 14 61 Fax 021 826 08 07
	Bossert Pierre, Pharmacie de Montreux, Av. des Alpes 39, 1820 Montreux	Tel. 021 963 16 36 Fax 021 963 83 02
	Rey Pierre-Alain, Pharmacie de Chailly, Case Postale 241, 1000 Lausanne	Tel. 021 652 37 22 Fax 021 652 04 23
Wallis/ Valais	Coppex Christian, Gemmi Apotheke, Kurzparkstr. 10, 3954 Leukerbad	Tel.027 470 15 15 Fax 027 470 20 10
	Dr Buchs Pierre-Alain, Pharmacie du Midi Sion SA, 20, place du Midi, 1950 Sion	Tel. 027 324 78 78 Fax 027 324 78 79
Zug	Dr. Tobler Bernhard, Rathaus-Apotheke, Dorfstr. 3, 6340 Baar	Tel. 041 761 88 28 Fax 041 761 13 67

Kanton Canton	Adresse	Tel., Fax
Zürich	Fünfschilling Karin, Sonnen-Apotheke, Kaiserstuhlstr. 2, Postfach 433, 8172 Niederglatt	Tel. 044 850 01 10 Fax 044 850 01 44
	Dr. Gattiker Caspar, Albis-Apotheke, Albisriederstr. 330, 8047 Zürich	Tel. 044 492 13 10 Fax 044 493 13 18
	Hugentobler Daniel, Zürcherstr. 169, 8102 Oberengstringen	Tel. 044 750 00 63
Liechtenstein	Eberle Gerhard, Laurentius Apotheke AG, Landstr. 97, 9494 Schaan	Tel. 00423 232 4844 Fax 00423 232 4845
GSASA/ SSPAH	Waldispühl Brigitte, Via al Bosco, 6516 Cugnasco	Tel. 091 743 94 67
	PD Dr Bonnabry Pascal, Féchy-Dessus 18, 1173 Féchy	Tel. 022 784 03 94
GSIA	Dr. Inäbnit Sven, Neuhofweg 36, 4102 Binningen	Tel. 061 361 36 35
	Dr. Monney Daniel, Käppeligarten 16, 4244 Röschenz	Tel. 061 721 88 42
ASEP/ SPSV	Prof. Rüegg Urs, Laboratoire de Pharmacologie, Université de Genève, 30, Quai Ernest Ansermet, 1211 Genève 4	Tel. 022 379 34 29 Fax 022 379 34 30
asep/spsv	Zeukeng Minette-Joëlle, Chemin des Coquelicots 13, 1214 Vernier	Tel. 078 748 27 70
	Houstek Dominique, Kornhausstr. 2, 3013 Bern	Tel. 031 333 11 09
CAP	Dr. Ruckstuhl Max, City-Apotheke, Löwenstr. 21, 8953 Dietikon	Tel. 044 746 39 39 Fax 044 746 39 49
	Girod Cécile, Chemin de Passe-Loup 23, 1255 Veyrier	Tel. 022 784 23 35
Amedis	Dr. Brunner Andreas, Linden-Apotheke, Schinhuetweg 5, 5035 Unterentfelden	Tel. 062 737 46 37 Fax 062 737 46 27
	Bussat Eric, Pharmacie de St-Jean SA, Rue de St-Jean 2, 1203 Genève	Tel. 022 949 06 10 Fax 022 949 06 12
Galexis AG	Dr. Schaffhauser Matteo, Hermesbühlstr. 57, 4500 Solothurn	Tel. 032 621 70 37
	Dr. Fasel Paul, Sagenblickhöhe 8, 6030 Ebikon	Tel. 041 440 71 01 Fax 041 440 70 01
Ofac	Tanzi Mario, Farmacia San Luca, Via Piodia 9, 6900 Lugano	Tel. 091 923 84 55 Fax 091 923 37 63
	Dr Salomon Jean-Luc, Case postale 260, rue P.-Meylan 7, 1211 Genève	Tel. 022 718 98 00
Unione Farmaceutica	Pelli Giovanni, Farmacia Pelli, Via al Forte 3, 6901 Lugano	Tel. 091 923 17 56 Fax 091 923 59 19
Voigt AG	Schütz Andrea, Aarwangenstr. 30, 4900 Langenthal	Tel. 062 923 82 78
IFAK	Dr. Hysek Claus, Bözinger-Apotheke, Bözingerstr. 162, 2500 Biel/Bienne	Tel. 032 345 22 22 Fax 032 345 22 21
Pharmaciens sans frontières	Berger Christoph, Avenue de France 46, 1004 Lausanne	Tel. 021 624 12 24
Swiss YPG	Dr Krähenbühl Jean-Marc, Chemin des Mouettes 2A, 1028 Préverenges	Tel. 021 811 03 11
	Dr Locca Jean-François, Le Grand-Chemin 108, 1066 Epalinges	Tel. 021 784 16 08
SVHA/ SSMH	Imfeld Michèle, Case postale 133, 1071 Chexbres	Tel. 021 946 27 27

Mitteilungen Communications

FR: Candidatures

Les personnes suivantes ont été acceptées en tant que membres dans la société cantonale de Fribourg lors de l'assemblée générale du 17 juin 2009.

Cécile Jacquat, Pharmacie Capitole Marly, Pralettes 1, 1723 Marly
Laure-Anne Zahno, Pharmacie Capitole Marly, Pralettes 1, 1723 Marly

Les oppositions éventuelles doivent être adressées, dans les 10 jours, au Secrétariat de la Société, Rue de l'Hôpital 15, Case postale 1552, 1701 Fribourg.

†

Todesanzeige

Wir haben die traurige Pflicht, unsere Mitglieder vom Hinschied von

Frau

Brigitte Wicki-Aregger

21. 3. 1953–2. 5. 2009

Apothekerin, Seltisberg, BL
Mitglied des Verbands seit 1975

in Kenntnis zu setzen.

Wir sprechen ihren Angehörigen unser herzliches Beileid aus und werden der Verstorbenen ein ehrendes Andenken bewahren.

Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse
Der Vorstand

Beratungsaspekte am Beispiel von Paracetamol

Claudia Reinke

Den neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen und ihren Behandlungsmöglichkeiten war die 39. Internationale Pharmazeutische Fortbildungswoche der Deutschen Bundesapothekerkammer in Davos gewidmet. Vom 8. bis 13. Februar 2009 konnten sich wieder mehr als 1000 Apothekerinnen und Apotheker über den aktuellen Wissensstand wichtiger Krankheitsbilder wie Depressive Störungen, Demenz- und Angsterkrankungen sowie Morbus Parkinson und Multiple Sklerose informieren, erhielten aber auch beratungsrelevante Updates zur Pharmakotherapie von Schlafstörungen und Schmerzzuständen. In verschiedenen Berichten werden die wichtigsten Informationen für Sie zusammengefasst.

Die Selbstbehandlung von Schmerzen aller Art ist heute für die meisten Menschen selbstverständlich. Allerdings können damit auch Risiken verbunden sein, wenn etwa die Eigendiagnose nicht stimmt, Wechselwirkungen oder Kontraindikationen mit anderen Medikamenten zu beachten wären oder Dosierungen überschritten werden. Hier sei die Beratungskompetenz der Apotheker gefordert, so Dr. Eric Martin von der Hubertus-Apotheke, Marktheidenfeld. Dabei gelte es, die Eigendiagnose zu überprüfen, eine indikations- und leitliniengerechte Auswahl der Analgetika zu treffen und die Selbstmedikation mit einer allfällig bestehenden ärztlichen Therapie so zu verzahnen, dass möglichst keine Wechselwirkungen oder Kontraindikationen auftreten. Voraussetzung hierfür ist das Wissen über aktuelle Erkenntnisse von Wirkungen und Nebenwirkungen von Arzneistoffen und ihren Kombinationen und den möglichen Konsequenzen, die sich daraus ergeben. In diesem Zusammenhang ging Martin in seinen Ausführungen unter anderem auf neuere Erkenntnisse zu Paracetamol ein, die in Deutschland jetzt zu einer Verschreibungspflicht von Grosspackungen führten.

Paracetamol – ein triviales Analgetikum?

Paracetamol gehört seit Jahren bei Säuglingen, Schwangeren, Kindern und Erwachsenen – nicht zuletzt aufgrund seiner Verträglichkeit – zu den am häufigsten eingesetzten Wirkstoffen bei leichten bis mässig starken Schmerzen und Fieber. Dennoch ist die Substanz nicht so unproblematisch, wie es scheint: Ihre unsachgemässe Anwendung kann lebensgefährliche hepatotoxische Wirkungen haben; zudem zeichnet sie sich durch eine geringe therapeutische Breite aus. Während Tagesdosen von 3 bis 4 g bei gesunden Erwachsenen in der Regel als unbedenklich gelten, sind Dosen von 4 bis 10 g/Tag bei gefährdeten Personen (Alkoholiker, Patienten mit Leberinsuffizienz, Kachexie oder Anorexie) unter Umständen bereits toxisch. Generell sicher toxisch sind Dosen von mehr als 10 g/Tag. Die steigende Zahl akzidenteller oder in suizidaler Absicht erfolgender Überdosierungen mit akuter Hepatotoxizität in Deutschland (allein 2006 wurde über 4184 Fälle berichtet, bei 63 Prozent handelte es sich um Suizidversuche) hat nun dazu geführt, dass Paracetamol-haltige Arzneimittel, die pro Packungseinheit mehr als 10 g Wirkstoff enthalten, ab 1. April 2009 der Verschreibungspflicht unterstellt wurden. Auch in den USA und England nehmen im Übrigen die Fälle von akuter Hepatotoxizität durch akzidentelle oder suizidale Überdosierungen von Paracetamol zu, wie Chan LJ et al. kürzlich [1] berichteten. (Situation in der Schweiz: siehe Kasten).

> Paracetamol: unsachgemässe Anwendung kann toxische Wirkung haben

Situation in der Schweiz

→ *Verschreibungspflicht von Paracetamol:*
Paracetamol-Grosspackungen mit mehr als 10 g Wirkstoff sind in der Schweiz seit langem Liste B.

→ *ISAAC-Studie:*
In einer 2008 in Paediatrica publizierten Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (SGPP) zu «Paracetamol und Asthma bei Kindern» ergibt sich aus den bisher publizierten Studien (inkl. ISAAC) «keine Indikation, die gängige Praxis betreffend Behandlung febriler Infekte oder Schmerzen mit Paracetamol bei Säuglingen und Kleinkindern zu ändern.»

Leberschäden durch Glutathion-Mangel bedingt

Paracetamol wird weitgehend in Phase-II-Konjugate umgewandelt, wobei etwa 52 Prozent als Sulfat, 42 Prozent als Glucuronid und nur zirka zwei Prozent unverändert renal eliminiert werden. Die übrigen vier Prozent werden durch eine Cytochrom-P-450-abhängige Oxidation (CYP2E1) in den hochreaktiven hepatotoxischen Metaboliten N-Acetyl-p-Benzochinonimin (NABQI) umgewandelt, der normalerweise rasch und effektiv durch das körpereigene zelluläre Antioxidans Glutathion entgiftet und als Mercapturat renal eliminiert wird. Bei akuter Überdosierung oder chronischer Zufuhr mittlerer bis hoher Paracetamol-Dosen kann es jedoch zu einer Erschöpfung des Glutathionpools kommen, so dass NABQI sein toxisches Potenzial behält. Die Substanz reagiert dann mit den Proteinen der Leberzellen und setzt so elementare Stoffwechselfunktionen ausser Kraft, was zu schweren bis lebensbedrohlichen Leberzellnekrosen führen kann. Die Glutathion-Verarmung verstärkt zudem den oxidativen Stress, so dass die Leberzellen zusätzlich geschädigt werden.

Symptome der Paracetamol-Intoxikation und Antidotbehandlung

Tückisch ist, dass eine Paracetamol-Vergiftung schleichend verläuft und sich in der Latenzphase keine auffallenden Symptome zeigen; gelegentlich kommt es

höchstens zu leichter Übelkeit mit Erbrechen. Patienten mit Paracetamol-Überdosierung landen daher oft erst Tage später in der Notfallambulanz, wie eine Studie von Bernal et al. aus dem Jahr 2002 zeigte [2], also zu einem Zeitpunkt, wo die Leberschädigung bereits stark fortgeschritten ist. Der Transaminasen- und Bilirubinanstieg beginnt jedoch bereits nach 12 bis 24 Stunden, erreicht am dritten Tag sein Maximum und klingt bei günstigem Verlauf innerhalb von sieben bis acht Tagen ab. Die eigentlichen Symptome wie Ikterus, Hepatomegalie sowie Blutgerinnungsstörungen u. a. machen sich ab dem zweiten bis vierten Tag bemerkbar; die Höhe des Anstiegs der Laktatkonzentration im Blut gibt zudem Hinweise auf den Schweregrad des Paracetamol-induzierten Leberschadens und die Prognose.

Bei Verdacht auf eine Paracetamol-Vergiftung ist die sofortige Einleitung einer Antidot-Therapie mit N-Acetylcystein (initial 140 mg/kg KG; weiter mit 70 mg/kg KG alle 4 Stunden) entscheidend für die Prognose: Bei Antidotgabe innerhalb von 12 Stunden sinkt die Mortalität auf <0,5 Prozent, nach 48 Stunden auf 19 Prozent.

Paracetamol und Asthma bei Kindern – die ISAAC-Studie

Die 2008 veröffentlichte ISAAC-Studie (International Study on Asthma and Allergies in Childhood), eine internationale retrospektive Querschnittstudie mit über 200 000 Kindern im Alter von sechs bis sieben Jahren, wurde in der Presse mit grosser Aufmerksamkeit bedacht [3]. Gemäss den Studienergebnissen korrelierten sowohl der Paracetamol-Gebrauch im ersten Lebensjahr als auch die aktuelle Einnahme signifikant mit der Prävalenz von Asthma-Symptomen bei den an der Untersuchung beteiligten Kindern. Die Autoren erklärten diesen Befund mit einer möglichen Paracetamol-induzierten Verminderung der Glutathionkonzentration in der Atemwegsmukosa und einer nachfolgenden Verschlechterung der antioxidativen Abwehr, die das Auftreten bronchialer Entzündungsprozesse fördern könnte. Diese Hypothese sei jedoch derzeit nicht schlüssig belegt, so Martin. Zudem sei zwar eine gewisse Korrelation zwischen dem weltweit zunehmenden Gebrauch von Paracetamol und dem Anstieg der Asthma-Prävalenz zu erkennen, allerdings seien virale respiratorische Infekte bei Säuglingen und Kleinkindern, die aufgrund des begleitenden Fiebers tatsächlich häufig zum Einsatz von Paracetamol führten, die weit wichtigeren Auslöser für Asthma-Episoden und die beobachtete Assoziation also möglicherweise «falsch positiv». Zudem zeige die ISAAC-Studie gewisse methodische Mängel (zu denen auch das retrospektive Design gehört). Dennoch: Nachdem bereits früher publizierte prospektive Kohortenstudien über eine Korrelation von Asthma-Risiko und Paracetamol-Gebrauch beziehungsweise pränataler Paracetamol-Exposition berichtet haben, ist Martin davon überzeugt, dass diese Frage jetzt dringend in kontrollierten klinischen Studien geklärt werden müsse.

Konsequenzen für die Beratung bei Paracetamol-Abgabe

Da Paracetamol auch in therapeutischen Dosen zu einem Transaminasen-Anstieg führen kann, sind vor Abgabe des Analgetikums eine verantwortungsvolle und präzise Beratung sowie die Beachtung von Risikokonstellationen erforderlich. Auf folgende Punkte sei besonders zu achten:

→ Sorgfältige Medikamentenanamnese vor Abgabe von Paracetamol. Da der Wirkstoff auch Bestandteil zahlreicher Erkältungskombinationen ist, besteht unter Umständen die Gefahr einer versehentlichen Überdosierung.

→ An Kontraindikationen denken. Dazu gehören akute Hepatitis, Leberinsuffizienz, Alkoholismus. Bei Alkoholikern addieren sich das leberschädigende Potenzial von Ethanol und die CYP2E1-Induktion.

→ Die Gefahr einer Hepatotoxizität kann bei chronischer Gabe von Enzyminduktoren (NABQI-Bildung ↑) wie Ethanol, Rifampicin oder Isoniazid und bei verminderter Glutathionreserve (bestehende Anorexie, Mangelernährung) erhöht sein. Eine bestehende Medikation mit hepatotoxischem Potenzial beeinträchtigt auch die Toleranz gegenüber Paracetamol.

→ Gabe in angemessen hoher Dosierung (Nüchterneinnahme, lösliche Darreichungsformen bei akuten Schmerzen bevorzugen), aber nicht öfter und nicht länger als notwendig. Nachdosieren frühestens nach sechs bis acht Stunden, wenn die Indikation fortbesteht. Die Einnahme ist auf drei Tage zu begrenzen und sollte auch bei chronischen Schmerzen nicht öfter als an zehn Tagen pro Monat erfolgen.

→ Da Paracetamol – wie jüngst publiziert wurde [4] – zu den selektiven COX-2-Hemmern gehört (es hemmt COX 2 zu mehr als 80 Prozent, also in einem vergleichbaren Ausmass wie NSAIDs und Wirkstoffe, die zu den selektiven COX 2-Hemmern gehören), muss – zumindest in hohen Dosierungen – auch mit dem Auftreten der für COX 2-Hemmer typischen unerwünschten Wirkungen gerechnet werden, wie den erhöhten Risiken für kardio- und zerebrovaskuläre Ereignisse sowie für Ulzera und Magen-Darmblutungen. ∎

Korrespondenzadresse
Dr. Claudia Reinke
Schützenmattstrasse 1
4051 Basel

Quelle

«Pharmakotherapie neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen»; 39. Internationale Fortbildungswoche PHARMACON der Deutschen Bundesapothekerkammer; Davos, 8. bis 13. 2. 2009. Vortrag: «Analgetika in der Selbstmedikation – Was gibt es Neues?» von Dr. Eric Martin, Hubertus-Apotheke, Marktheidenfeld, BRD.

Literatur

[1] Chan LJ, Tong MJ et al; Acetaminophen hepatotoxicity and acute liver failure. J Clin Gastroenterol 2009; 43(4): 342–9.

[2] Bernal W, Donaldson N et al.; Blood lactate as an early predictor of outcome in paracetamol-induced acute liver failure: a cohort study. Lancet 2002; 359(9306): 558–63.

[3] Beasley R, Clayton T et al; ISAAC Phase Three Study Group. Association between paracetamol use in infancy and childhood, and risk of asthma, rhinoconjunctivitis, and eczema in children aged 6–7 years: analysis from Phase Three of the ISAAC programme. Lancet 2008; 3072: 1039–48.

[4] Hinz B, Cheremina O, Brune K; Acetaminophen (paracetamol) is a selective cyclooxygenase-2-inhibitor in man. FASEB J 2008; 22(2): 383–90

La traduction française paraîtra dans un prochain numéro du pharmaJournal.

Informations complètes et indépendantes

Hans Binz

Un nouveau plan de vaccination suisse est publié au début de chaque année. Il est élaboré par la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Swissmedic. A cette occasion, les nouveaux vaccins, l'évolution des connaissances concernant leur efficacité et leur sécurité, les modifications de la situation épidémiologique en Suisse ainsi que les recommandations de l'OMS sont pris en considération et admis.

Le plan de vaccination veut offrir des informations complètes et indépendantes à la population, et plus particulièrement aux parents et aux professions médicales. Ceci inclut d'une part des informations spécifiques concernant les vaccinations et d'autre part des remarques générales que les personnes qui se font vacciner devraient connaître.

Le plan de vaccination distingue plusieurs catégories de vaccinations. Pourquoi? Ces dernières années, de nombreux vaccins efficaces et sûrs ont été admis sur le marché suisse. Ils confèrent une protection individuelle optimale contre des maladies rares mais graves ou contre des maladies fréquentes mais moins graves, sans qu'un impact majeur sur la santé publique ne soit attendu. Par opposition, il existe des vaccins qui sont d'une grande utilité pour la santé publique. Pour cette raison, la CFV a décidé de créer quatre catégories de recommandations:

Catégorie 1: vaccinations recommandées de base

Les vaccinations de base sont indispensables à la santé et au bien-être de chaque individu. Elles offrent en outre une protection optimale de la population. Pour les enfants, le plan de vaccination suisse recommande des vaccinations de base contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, les infections invasives par Haemophilus influenzae de type b, la polio, la rougeole, les oreillons et la rubéole. Le plan prévoit en outre des vaccinations contre l'hépatite B et la varicelle pour les adolescents de 11 à 15 ans, les papillomavirus humains pour les jeunes filles de 11 à 14 ans, ainsi que la grippe et les pneumocoques pour les personnes de plus de 65 ans.

Catégorie 2: vaccinations recommandées complémentaires

Les vaccinations complémentaires confèrent une protection individuelle aux personnes qui souhaitent se protéger contre des maladies bien définies. Les vaccinations contre les pneumocoques et les méningocoques du groupe C (vaccins conjugués dans les deux cas) sont recommandées à tous les parents qui souhaitent protéger leurs enfants contre des maladies rares mais potentiellement létales. Jusqu'à l'âge de 20 ans, les femmes peuvent se faire vacciner contre les papillomavirus humains.

Catégorie 3: vaccinations recommandées à des groupes à risques

Elles offrent une protection supplémentaire aux personnes présentant des risques particuliers. Par exemple, tous les enfants n'ont pas la même résistance contre les maladies. Certains courent des risques plus grands de complication ou sont davantage exposés à certaines maladies infectieuses. Les risques accrus de complications peuvent avoir différentes causes, par exemple naissance prématurée ou maladies chroniques. Le plan de vaccination recommande aux enfants et aux adultes de ces groupes à risques de se faire vacciner également contre les maladies suivantes: hépatite A, hépatite B, grippe, pneumocoques (vaccin polysaccharidique), méningocoques, varicelle, rage, tuberculose ou encéphalite à tiques (FSME).

Pour la première fois, le plan de vaccination 2009 a introduit les *vaccinations des enfants nés prématurément.* Les enfants nés prématurément sont particulièrement vulnérables aux risques infectieux dont certains sont évitables par la vaccination. A la naissance, les nouveaunés ont un faible taux d'anticorps qui disparaissent rapidement. En Suisse, quelque 750 enfants sont touchés. Ces enfants sont à risque augmenté de coqueluche, de maladies dues à HIB et de grippe. La varicelle et la rougeole risquent de survenir plus tôt en raison de la perte rapide des anticorps maternels. Pour toutes ces raisons, un schéma de vaccination accéléré est donc appliqué pour les vaccinations de base. En fonction de la situation, des vaccins supplémentaires (contre les méningocoques du groupe C, l'hépatite B et évent. la tuberculose) sont administrés. Les nourrissons doivent bénéficier d'une surveillance cardio-respiratoire après leurs vaccinations.

Catégorie 4: vaccinations sans recommandation d'utilisation

Elles n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation formelle ou leur évaluation n'a pas démontré un bénéfice suffisant pour qu'elles fassent l'objet d'une recommandation. Les vaccinations contre le zona et les rotavirus peuvent servir d'exemple.

Certains vaccins peuvent entrer dans deux catégories. Les vaccins contre l'hépatite B et la varicelle appartiennent p. ex. à la catégorie 1, mais aussi à la catégorie 3. Les vaccins contre l'HPV appartiennent pour leur part aux catégories 1 et 2.

Les coûts des vaccinations recommandées de base, des vaccinations recommandées complémentaires et des vaccinations recommandées à des groupes à risques sont pris en charge par l'assurance obligatoire.

Commission fédérale pour les vaccinations (CFV)

La CFV est élue par le DFI pour une période de quatre ans et se compose actuellement de 16 membres. Les membres sont élus ad personam. La CFV se compose de pédiatres, généralistes, internistes, ainsi que de spécialistes en infectiologie, en épidémiologie et en prévention. Ses

membres ne doivent avoir aucun lien avec l'industrie. D'éventuels et potentiels conflits d'intérêts doivent être signalés.

La CFV assure la coordination entre les autorités, les cercles spécialisés et la population. Elle fournit aussi des conseils scientifiques aux autorités et tout particulièrement à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Critères d'évaluation de nouveaux vaccins, pour l'élaboration de recommandations nationales en Suisse

Les nouveaux vaccins sont enregistrés et commercialisés en Suisse sur l'initiative des compagnies pharmaceutiques. L'enregistrement du produit est réalisé par Swissmedic. Il se fait indépendamment des recommandations nationales de la CFV et de l'OFSP. La CFV émet des recommandations sur les vaccins nouvellement admis. Ensuite, le Département fédéral de l'intérieur décide, après consultation de la Commission fédérale pour les prestations, de la prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire.

Les recommandations de la CFV reposent sur des critères scientifiques. Pour chaque nouveau vaccin, la CFV doit répondre aux questions suivantes:

→ Le fardeau de la maladie justifie-t-il la mise en œuvre d'une recommandation de vaccination?
→ Les caractéristiques du vaccin vont-elles permettre la mise en œuvre d'une recommandation de vaccination efficace?
→ Quelles sont les stratégies permettant d'atteindre le but recherché par une recommandation de vaccination?
→ Les indices coût-efficacité des stratégies sont-ils acceptables et comparables à d'autres interventions de santé?
→ Un niveau élevé de demande ou d'acceptation existe-t-il pour la recommandation de vaccination?
→ L'implantation de la recommandation de vaccination est-elle réalisable?
→ Les différents aspects de la recommandation sont-ils évaluables?
→ Existe-t-il d'importantes questions ouvertes qui conditionnent la mise en œuvre de la recommandation?
→ La recommandation est-elle équitable en termes d'accessibilité du vaccin pour l'ensemble des groupes cibles?
→ Existe-t-il des problèmes juridiques qui conditionnent la mise en œuvre de la recommandation?
→ La recommandation planifiée est-elle conforme avec celles prévues ou planifiées dans d'autres endroits?

Chaque question est complétée par une série de questions supplémentaires auxquelles il faut également répondre.

Des groupes de travail doivent fournir un travail préalable considérable pour pouvoir répondre aux questions mentionnées plus haut. Les études scientifiques publiées ainsi que les autres données disponibles doivent en effet être analysées. Les résultats sont ensuite rassemblés par les groupes de travail. Ils servent de base au travail de la CFV qui s'efforce d'édicter des recommandations aussi rapidement que possible après l'admission d'un nouveau vaccin. Suivant les données disponibles, il faut compter trois mois voire davantage.

Vaccinations de rattrapage

Les enfants et les adultes qui ne sont pas ou insuffisamment vaccinés doivent impérativement procéder à des vaccinations ou des vaccinations de rattrapage pour se protéger contre des maladies pouvant présenter des complications potentiellement graves. Suivant l'âge de la personne non vaccinée, un nombre varié de doses est nécessaire pour l'immunisation de base. Il n'est pas possible, dans cet article, d'aborder les schémas compliqués des vaccinations de rattrapage. Ils sont présentés de façon détaillée et claire dans le plan de vaccination de l'OFSP (http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00685/02112/index.html?lang=fr).

Aperçu des vaccinations recommandées de base et des vaccinations recommandées complémentaires 2009

Vaccinations de base										Vaccinations complémentaires		
Âge	**DTP**	**Polio**	**Hib**	**HB**	**ROR**	**HPV**	**VZV**	**Grippe**	**Pneumocoques**	**Pneumocoques**	**Méningocoques**	**HPV**
2 mois	DTP_a	IPV	Hib							PCV		
4 mois	DTP_a	IPV	Hib							PCV		
6 mois	DTP_a	IPV	Hib									
12 mois				MMR						PCV		
12–15 mois											MCV-C	
15 mois	DTP_a	IPV	Hib									
15–24 mois				MMR								
4–7 ans	DTP_a	IPV		✓								
11–15 ans	$dT_{(pa)}$	✓		✓	HBV	HPV	VZV				MCV-C	
Adultes	dT	✓		✓	✓	✓	✓					HPV
≥ 65 ans	✓							Grippe	PPV			

✓ Vérifier que les vaccinations soient complètes: si ce n'est pas le cas, procéder au rattrapage vaccinal.

Recommandations générales concernant les vaccinations, définitions

Primovaccination

Elle permet d'obtenir une protection immédiate et d'induire une immunité mémoire chez l'individu. Le nombre de dose vaccinale varie en fonction du vaccin.

Rappel vaccinal

Le fait de réactiver l'immunité mémoire permet de prolonger la protection vaccinale.

Séquence d'administration des vaccins

Il est possible d'administrer simultanément plusieurs vaccins sans augmenter les effets indésirables pour autant. Les vaccins injectables qui ne sont pas combinés dans la même préparation doivent être administrés en des sites différents et ne doivent en aucun cas être mélangés. Un intervalle d'au moins quatre semaines doit être respecté entre deux vaccins vivants. Un tel intervalle n'est pas nécessaire, mais souvent souhaitable pour les vaccins inactivés.

Contre-indications vaccinales

Une *réaction anaphylactique* à un vaccin administré précédemment ou à un composant vaccinal est une contre-indication. Il est recommandé de différer les vaccinations en cas de maladie aiguë sévère. Aucun vaccin vivant atténué ne devrait être administré à une personne souffrant d'un déficit immunitaire. De même, les vaccins vivants sont contre-indiqués pendant la grossesse. Pendant cette période, les vaccins inactivés devraient uniquement être administrés en présence d'une indication claire.

Dans le cas de la vaccination contre la coqueluche, administrée sous forme de vaccin DTPa, l'apparition d'une *encéphalopathie* (p.ex. coma, diminution de l'état de conscience, convulsions persistantes) dans les sept jours suivant une vaccination précédente est une contre-indication. Le vaccin DT peut être administré dès que le statut neurologique est mieux défini et stabilisé.

Les vaccinations ROR et contre la varicelle sont contre-indiquées en cas d'immunodéficience cellulaire, d'infection avancée à VIH et de sida (détails, voir plan de vaccination), traitement aux stéroïdes hautement dosé sur une longue période (détails, voir plan de vaccination) et de grossesse. Une grossesse doit être évitée jusqu'à un mois après la deuxième dose. Actuellement, certains vaccins ne doivent pas être administrés en même temps que le vaccin contre les HPV.

Effets indésirables des vaccinations (EIV)

Les vaccinations sont le moyen le plus sûr, le plus efficace et le plus avantageux pour se prémunir contre les maladies infectieuses. Les maladies et leurs graves complications prévenues par la vaccination dépassent de loin les risques qui y sont liés. La vaccination déclenche une réaction immunitaire dans l'organisme. Il est donc logique que des réactions inflammatoires locales soient souvent observées. Par contre, les graves complications sont exceptionnelles. Les EIV sont des symptômes, des signes cliniques, des résultats de laboratoire anormaux ou d'autres manifestations qui apparaissent dans un rapport temporel avec une vaccination, qu'il y ait ou non un lien causal avec celle-ci. Les EIV sont des maladies à déclaration obligatoire depuis 1988. Depuis 2002, Swissmedic se charge de contrôler les effets indésirables de médicaments, de vaccins et de produits sanguins. Tous les EIV graves (maladies mettant la vie en danger, décès, EIV encore non connus, réactions systémiques et atteintes d'organes) doivent être signalés sans tarder. Ne doivent pas être déclarées les réactions légères (fièvre <39°C, réactions locales limitées, exanthèmes après ROR, céphalées légères ou sentiments de vertige), sauf si elles surviennent exceptionnellement souvent.

Divergence entre les informations professionnelles et les recommandations du plan de vaccination suisse

Les informations professionnelles fournissent des renseignements importants concernant les contre-indications, le mode d'application et la conservation. En cas de divergence entre les informations professionnelles et le plan de vaccination suisse, il faut alors suivre les recommandations du dernier. ▮

Adresse de correspondance
Dr méd. Hans Binz
Vice-président de la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV)
Responsable «Medicin Controlling et Projets»
Hôpitaux soleurois
Schöngrünstrasse 36a
4500 Soleure
E-mail: hbinz_ag@spital.ktso.ch

Pro und contra Präventionsgesetz

Christa Rüedi

Die Kostenspirale im Gesundheitswesen dreht sich, Sparmassnahmen sind dringlich. Zurzeit werden verschiedenste Möglichkeiten diskutiert, auch das Thema Prävention und Gesundheitsförderung. Das 11. Schweizerische Forum der sozialen Krankenversicherung vom Mai 2009 hat aber gezeigt, dass das Präventionsgesetz, das vom BAG ausgearbeitet worden ist, nicht unbestritten ist.

Im ersten Referat des Tages stellte Salome von Greyerz, Leiterin des Projekts «Prävention und Gesundheitsförderung 2010» des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), fest, dass Prävention und Gesundheitsförderung heute eine zwingende Notwendigkeit seien. Um u.a. die Chancengleichheit zu wahren, müsse der Bund deshalb aktiv werden.

Die Argumente des BAG

Das BAG schätzt, dass bis ins Jahr 2050 die gesamten Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP zwischen 14,6 und 16,9 Prozent steigen werden. Und es erwartet, dass bis 2030 das Angebot der Hausarztmedizin um 30 Prozent sinken, gleichzeitig die Nachfrage um 28 Prozent steigen wird. Tatsache sei bereits heute, dass die chronischen Krankheiten im Gegensatz zu den Infektionskrankheiten zunehmen und hohe Kosten für alle Betroffenen verursachen.

Interview mit Salome von Greyerz, Leiterin des Projekts «Prävention und Gesundheitsförderung 2010» des BAG

Wie weiter mit dem Präventionsgesetz?

Frau von Greyerz, in den Referaten und in der Podiumsdiskussion sind Vorbehalte bis hin zu kompromissloser Ablehnung gegenüber dem Präventionsgesetz spürbar gewesen. Sind diese Vorbehalte in der Vernehmlassung auch eingebracht worden?
Die Vernehmlassung zum Präventionsgesetz, die im Sommer 2008 durchgeführt wurde, stiess auf breite Resonanz: Insgesamt sind beim Bundesamt für Gesundheit über 230 Stellungnahmen eingegangen.
Eine Mehrheit der Kantone und der übrigen Stellungnehmenden befürworten das Präventionsgesetz als wichtigen Schritt in Richtung einer zielorientierten, wirksameren und kosteneffektiveren Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik. Begrüsst wird insbesondere, dass gesetzliche Lücken bei der Verhütung von nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten geschlossen, die Steuerung und Koordination verbessert sowie die Gesundheitsberichterstattung gestärkt werden sollen. Die vorgesehenen Fördermassnahmen des Bundes lösten ebenfalls ein positives Echo aus.
Teile der Wirtschaft kommentieren das neue Präventionsgesetz kritisch, da sie die geltenden gesetzlichen Grundlagen als ausreichend erachten für eine sinnvolle Präventionspolitik.
Zudem ist ein Drittel der Stellungnehmenden nicht überzeugt von der Notwendigkeit, ein Schweizerisches Institut für Prävention und Gesundheitsförderung zu schaffen.

Gab es noch weitere gewichtige Vorbehalte?
Einige Befürworter kritisieren, dass der Geltungsbereich des Präventionsgesetzes auch die Früherkennung abdeckt, ohne dass dafür zusätzliche Mittel vorgesehen sind. Weiter sei das Mitbestimmungsrecht der Kantone – wie auch der privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen – bei der Ausgestaltung der Koordinations- und Steuerungsinstrumente nicht klar genug dargestellt. Die Kantone wünschen sich zudem einen Teil der Einnahmen aus den Präventionsabgaben – also Teile der Tabakpräventionsabgabe und des Zuschlags auf der KVG-Prämie – zur eigenen Verfügung.

Ist schon abschätzbar, wie weit diese Vorbehalte bei der Ausarbeitung des Gesetzes berücksichtigt werden können?
Ja. Der Bundesrat hat am 25. Februar 2009 die Vernehmlassungsergebnisse zur Kenntnis genommen und das EDI beauftragt, den Gesetzesentwurf und die Botschaft zuhanden der Eidgenössischen Räte bis im Herbst dieses Jahres vorzulegen.
Gleichzeitig hat er entschieden, die Früherkennung von Krankheiten trotz der vorgebrachten Bedenken weiterhin im Präventionsgesetz zu regeln. Weiter soll gesetzlich festgelegt werden, dass ein Teil der Präventionsabgaben für die Durchführung von kantonalen Programmen eingesetzt wird, die einen Beitrag zur Erreichung der nationalen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele leisten.

Hat die doch dezidierte Skepsis gegenüber dem geplanten Gesundheitsinstitut Einfluss auf das weitere Vorgehen?
Nein. Der Bundesrat hat sich am 25. Februar 2009 trotz der in der Vernehmlassung geäusserten Vorbehalte dafür ausgesprochen, an der Schaffung eines Schweizerischen Instituts in Form einer öffentlich-rechtlichen Anstalt des Bundes festzuhalten. Im Hinblick auf die angestrebte Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung erachtet er die Gründung eines eigenständigen staatlichen Kompetenzzentrums als zentrale Voraussetzung, um die angestrebte Wirkung zu erzielen. Auch im internationalen Vergleich geht der Trend weg von privaten Einrichtungen hin zu staatlichen Institutionen. Erfahrungen aus dem schweizerischen Gesundheitssystem haben zudem mehrfach gezeigt, dass privat-rechtliche Organisationen nur schwer die Aktivitäten der Kantone sowie privater Träger zu steuern und zu koordinieren vermögen.

Interview: Christa Rüedi



Salome von Greyerz

Gemäss S. von Greyerz muss sich der Bund um Prävention und Gesundheitsförderung kümmern, weil die Gesundheit der Bevölkerung von öffentlichem Interesse und u.a. eine Voraussetzung für die wirtschaftliche Entwicklung sei. Mit dem Gesetz sollen Steuerung und Koordination von Prävention und Gesundheitsförderung optimiert, die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen geklärt, die Organisation vereinfacht, die Finanzierung vereinheitlicht und die Datenlage verbessert werden.

Ja – aber …

Diesem Präventionsgesetz stimmt Joachim Eder, Zuger Regierungsrat und Gesundheitsdirektor sowie Präsident des Stiftungsrats Gesundheitsförderung Schweiz, weitgehend zu, jedoch mit drei klaren Vorbehalten: Die Mitbestimmungsmöglichkeiten der Kantone seien ungenügend berücksichtigt, das Subsidiaritätsprinzip werde verletzt (gemäss Verfassung soll der Bund nur aktiv werden, wenn die Kantone dies nicht tun) und das geplante neue Institut für Gesundheitsförderung und Prävention sei überflüssig, vielmehr sei die bestehende Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz auszubauen.

Christine Egerszegi, Ständerätin und Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik, und Max Brentano, Stiftungsrat Gesundheitsförderung Schweiz und früherer SAV-Präsident, sind sich einig, dass der Bund nicht Mittel verteilen, sondern koordinieren und Themen vorgeben müsse.

Klar abgelehnt wird das Präventionsgesetz vom Direktor des Schweizerischen Gewerbeverbandes Hans-Ulrich Bigler. Er findet Gesundheitsförderung und Prävention zwar wichtig, dies sei aber Sache jedes Einzelnen. Es brauche keine neuen staatlichen Interventionen und flächendeckende Vorschriften bei Themen, die nur Teile der Bevölkerung beträfen.

Ausblick

Den Abschluss bildete das Referat von Stephan Sigrist, Leiter eines Thinktanks, der festhält, dass wir uns in Richtung Gesundheitsgesellschaft entwickeln. Dieses neue Bewusstsein habe u.a. auch zur Folge, dass sich neue Märkte entwickelten (z.B. Prävention, Wellness). Weil die Vielzahl der Angebote die Kunden überforderten, sei das Verankern der Prävention in einem Gesetz zentral. Der Staat werde auch gefordert als Regulator wenn es darum gehe, psychischen und degenerativen Krankheiten als Folge von gesteigerten Anforderungen verstärkt vorzubeugen. Ein gesellschaftliches Problem sei ausserdem zu erwarten durch den wachsenden Druck auf «Ungesunde», z.B. Raucher, Übergewichtige. Immer wichtiger würden zudem «Übersetzungssysteme», um die Massnahmen für jedermann verständlich zu kommunizieren.

Prävention sei auch ökonomisch unabdingbar. Dazu müsse aber eine nationale Gesundheitsstrategie entwickelt und es müsse definiert werden, was Gesundheit und was Krankheit im 21. Jahrhundert seien, was der Einzelne tun solle und für was die Öffentlichkeit zuständig sei.

Fazit

Wenn es um die Erhaltung der Gesundheit geht, sind alle betroffen und auch gefordert: Junge, Alte, Männer, Frauen, Fachpersonen, Gesetzgeber. Die Meinungen, welche Massnahmen richtig sind und wer für was zuständig ist, gehen zwar auseinander, vor allem wichtig ist aber, dass überhaupt etwas getan wird. ▮

Korrespondenzadresse
Christa Rüedi, Chefredaktorin pharmaJournal
E-Mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Umfassende, unabhängige Informationen

Hans Binz

Der Schweizerische Impfplan wird jeweils zu Beginn eines Jahres neu publiziert. Er wird von der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Swissmedic überarbeitet. Dabei werden neue Impfstoffe, neue Erkenntnisse über die Wirksamkeit und Sicherheit der Impfstoffe, Veränderungen in der epidemiologischen Lage in der Schweiz sowie die Empfehlungen der WHO berücksichtigt und aufgenommen.

Der Impfplan zielt auf eine umfassende und unabhängige Information der Bevölkerung, insbesondere von Eltern und Medizinalpersonen. Diese betrifft einerseits spezifische Informationen zu den Impfungen und andererseits wichtige allgemeine Hinweise, die dem Impfenden bekannt sein sollten.

Im Impfplan werden verschiedene Impfkategorien unterschieden. Warum? In den letzten Jahren wurden zahlreiche wirksame und sichere Impfstoffe auf dem Schweizermarkt zugelassen, die einen optimalen individuellen Schutz vor seltenen, aber schwerwiegenden oder häufigen aber weniger schwerwiegenden Krankheiten ermöglichen, ohne dass sich diese wesentlich auf die öffentliche Gesundheit auswirken. Diese stehen im Gegensatz zu Impfungen, die für die öffentliche Gesundheit von grossem Nutzen sind. Aus diesem Grund hat die EKIF beschlossen, vier Empfehlungskategorien zu unterscheiden:

Kategorie 1: Empfohlene Basisimpfungen

Die Basisimpfungen werden empfohlen, weil sie für die Gesundheit und das Wohlbefinden jedes Einzelnen unerlässlich sind. Sie bewirken zudem einen optimalen Schutz der Bevölkerung. Für Säuglinge und Kinder werden gemäss Schweizerischem Impfplan Basisimpfungen gegen Diphtherie, Starrkrampf, Keuchhusten, invasive Infektionen durch Haemophilus influenzae Typ b, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln empfohlen. Zudem werden im Plan die Impfungen gegen Hepatitis B und Windpocken für 11- bis 15-Jährige, humane Papillomaviren für Mädchen zwischen 11 und 14 Jahren, Grippe- und Pneumokokkenerkrankungen für Personen über 65 Jahren empfohlen.

Kategorie 2: Empfohlene ergänzende Impfungen

Ergänzende Impfungen bieten einen individuellen Schutz für Personen, die sich gegen bestimmte Krankheiten optimal schützen möchten. In dieser Kategorie werden die Impfungen gegen Pneumokokken- und Meningokokkenerkrankungen der Gruppe C (in beiden Fällen konjugierte Impfstoffe) allen Eltern empfohlen, die ihre Kinder gegen seltene, aber potenziell tödliche Krankheiten schützen möchten. Frauen bis zum 20. Geburtstag können sich gegen Humane Papillomaviren impfen lassen.

Kategorie 3: Empfohlene Impfungen für Risikogruppen

Sie bieten Personen mit speziellen Risiken einen zusätzlichen Schutz. Nicht alle Kinder zum Beispiel sind gleich resistent gegen Krankheiten. Einige haben höhere Komplikationsraten oder sind Infektionskrankheiten eher ausgesetzt. Verschiedene Ursachen sind dafür verantwortlich wie Frühgeburt oder chronische Krankheiten. Den Kindern und Erwachsenen dieser Impfkategorie empfiehlt der Impfplan, sich auch gegen folgende Krankheiten zu schützen: Hepatitis A, Hepatitis B, Grippe, Pneumokokken (Polysaccharidimpfstoff), Meningokokken, Windpocken, Tollwut, Tuberkulose oder Zeckenenzephalitis (FSME).

Im Impfplan 2009 wurden erstmals die *Impfempfehlungen für Frühgeborene* aufgenommen. Frühgeborene sind eine Risikogruppe, weil sie besonders anfällig für Infektionen sind, von denen einige durch Impfungen vermieden werden können. Die Neugeborenen haben bei Geburt nur geringe Antikörpertiter, die rasch abnehmen. In der Schweiz sind rund 750 Kinder betroffen. Diese Kinder sind besonders anfällig für Keuchhusten, Haemophilus influenzae Typ b sowie Grippe. Masern und Windpocken können wegen des raschen Verschwindens der mütterlichen Antikörper früh auftreten. Aus diesen Gründen wird ein beschleunigtes Impfschema für die Basisimpfungen angewandt. Je nach Situation werden zusätzliche Impfungen (gegen Meningokokken der Gruppe C, Hepatitis B und evtl. Tuberkulose) verabreicht. Die Säuglinge müssen nach den Impfungen kardiorespiratorisch überwacht werden.

Kategorie 4: Impfungen ohne Empfehlungen

Bei diesen Impfungen wurde zum Beispiel noch keine formelle Evaluation durchgeführt oder die Evaluation hat gezeigt, dass der Nutzen nicht für eine Empfehlung ausreicht. Beispiel sind die Impfungen gegen Zoster und Rotaviren.

Einzelne Impfungen können in zwei Kategorien fallen. Die Impfungen gegen Hepatitis B und Windpocken zum Beispiel gehören einerseits der Kategorie 1 an, aber auch der Kategorie 3, die Impfung gegen HPV der Kategorie 1 und 2.

Die Kosten für die empfohlenen Basisimpfungen und für die empfohlenen ergänzenden Impfungen sowie für Impfungen für die Risikogruppen werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen.

Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF)

Die EKIF wird vom EDI für eine Amtsperiode von vier Jahren gewählt und setzt sich gegenwärtig aus 16 Mitgliedern zusammen. Die Wahl der Mitglieder ist ad personam. Die EKIF setzt sich aus Pädiatern, Allgemeinmedizinern, Internisten, Infektiologen, Epidemiologen und Prä-

ventivmedizinern zusammen. Die Mitglieder müssen von der Industrie unabhängig sein. Allfällige potenzielle Interessenskonflikte müssen jeweils deklariert werden.

Die EKIF nimmt eine Vermittlerrolle zwischen Behörden, Fachkreisen und Bevölkerung wahr. Sie ist verantwortlich für die wissenschaftliche Beratung der Behörden, insbesondere des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

Kriterien für die Evaluation neuer Impfstoffe zur Erarbeitung gesamtschweizerischer Empfehlungen

Neue Impfstoffe werden in der Schweiz auf Antrag der Pharmaindustrie zugelassen und vertrieben. Swissmedic ist zuständig für die Zulassung, welche unabhängig von nationalen Impfempfehlungen von EKIF und BAG erteilt wird. Die EKIF gibt zu den neu zugelassenen Impfungen Empfehlungen ab. Danach entscheidet das Departement des Innern nach Beratung durch die Eidgenössische Leistungskommission über die Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenversicherung.

Die Empfehlungen der EKIF basieren auf wissenschaftlichen Kriterien. Die EKIF muss bei einem neuen Impfstoff folgende Fragen beantworten:

→ Rechtfertigt die Krankheitslast die Abgabe einer Impfempfehlung?
→ Erlauben die Eigenschaften des Impffstoffes die Abgabe einer wirksamen Impfempfehlung?
→ Lässt sich mit der/den vorgeschlagenen Strategien das mit der Impfempfehlung verfolgte Ziel erreichen?
→ Ist das Kosten-Wirkungs-Verhältnis der Strategie akzeptabel und vergleichbar mit anderen Interventionen im Gesundheitsbereich?
→ Besteht eine erhöhte Nachfrage nach einer Impfempfehlung?
→ Würde eine solche Impfempfehlung auf hohe Akzeptanz stossen?
→ Lässt sich die Impfempfehlung umsetzen?
→ Sind die verschiedenen Aspekte der Impfempfehlung evaluierbar?
→ Gibt es wichtige offene Fragen, die einen Einfluss auf die Umsetzung der Empfehlung haben?
→ Ist mit der Empfehlung ein gleichberechtigter Zugang zur Impfung für alle Zielgruppen gewährleistet?
→ Gibt es rechtliche Probleme, die einen Einfluss auf die Umsetzung der Empfehlungen haben?
→ Ist die Empfehlung mit bestehenden oder geplanten Empfehlungen der Schweiz und internationalen Empfehlungen vereinbar?

Jede Frage wird durch eine Reihe von zusätzlichen Fragen ergänzt, die ebenfalls beantwortet werden müssen.

Die Beantwortung der oben aufgeführten Fragen erfordert ein erhebliches Mass an Vorarbeiten in Arbeitsgruppen. Es geht darum, publizierte wissenschaftliche Studien und andere verfügbare Daten zu analysieren. Die Ergebnisse dieser Analyse werden von der Arbeitsgruppe zusammengestellt. Sie dienen als Grundlage für die Arbeit der EKIF. Diese ist bestrebt, die Empfehlungen nach Zulassung eines neuen Impfstoffes so rasch als möglich zu erarbeiten. Je nach Datenlage dauert dies drei Monate oder mehr.

Nachholimpfungen

Kinder und Erwachsene, die nicht oder unvollständig geimpft sind, müssen unbedingt geimpft bzw. nachgeimpft werden, damit sie vor Krankheiten mit potenziell schwerwiegenden Komplikationen geschützt sind. Je nach Alter der ungeimpften Person sind für eine Grundimmunisierung verschiedene Anzahl Dosen notwendig. Es würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, um näher auf die komplizierten Schemen der Nachholimpfungen einzugehen. Sie sind detailliert und übersichtlich im Impfplan dargestellt (www.gesundheitsamt.tg.ch/documents/BAG_Impfplan_CH_d.pdf).

Übersicht über die empfohlenen Basisimpfungen und empfohlene ergänzende Impfungen 2009

Empfohlene Basisimpfungen										Empfohlene ergänzende Impfungen		
Alter	**DTP**	**Polio**	**Hib**	**MMR**	**HBV**	**HPV**	**Varizellen**	**Grippe**	**Pneumokokken**	**Pneumokokken**	**Meningokokken**	**HPV**
2 Monate	DTP_a	IPV	Hib							PCV		
4 Monate	DTP_a	IPV	Hib							PCV		
6 Monate	DTP_a	IPV	Hib									
12 Monate				MMR						PCV		
12–15 Monate											MCV-C	
15 Monate	DTP_a	IPV	Hib									
15–24 Monate				MMR								
4–7 Jahre	DTP_a	IPV		✓								
11–15 Jahre	$dT_{(pa)}$	✓		✓	HBV	HPV	VZV				MCV-C	
Erwachsene	dT	✓		✓	✓	✓	✓					HPV
≥ 65 Jahre	✓							Grippe	PPV			

✓ Impfstatus kontrollieren: Falls Impflücken bestehen Nachholimpfungen durchführen.

Allgemeine Hinweise zu Impfungen, Definitionen

Primovakzination

Durch die Primovakzination wird beim Individuum ein Sofortschutz erreicht. Gleichzeitig ist sie für die Ausbildung eines immunologischen Gedächtnisses verantwortlich. Je nach Impfung variiert die Anzahl der Impfdosen, die dazu notwendig sind.

Auffrischimpfung (Booster, Rappel)

Mit der Auffrischimpfung wird durch die Reaktivierung des immunologischen Gedächtnisses eine Verlängerung des Impfschutzes erreicht.

Zeitlicher Abstand zwischen den Impfungen

Verschiedene Impfstoffe können gleichzeitig verabreicht werden, ohne dass dabei die Nebenwirkungen erhöht werden. Liegen die Impfungen nicht in kombinierten Produkten vor, müssen die verschiedenen Impfungen an verschiedenen Stellen verabreicht werden. Sie dürfen keinesfalls gemischt werden. Das Intervall zwischen zwei Impfungen mit Lebendimpfstoffen beträgt mindestens vier Wochen. Bei inaktivierten Impfstoffen ist ein solcher Abstand nicht erforderlich, aber oft wünschenswert.

Kontraindikationen von Impfungen

Eine *anaphylaktische Reaktion* auf eine frühere Impfung oder einen Impfstoffbestandteil ist eine Kontraindikation. Bei einer schweren akuten Erkrankung sollte die Impfung verschoben werden. Personen mit einer Immunschwäche sollten keine Lebendimpfstoffe verabreicht werden. Ebenso sind Lebendimpfstoffe während der Schwangerschaft kontraindiziert. Inaktivierte Impfstoffe sollten während der Schwangerschaft nur bei klarer Indikation verabreicht werden.

Insbesondere bei der Keuchhustenimpfung, welche als DTPa-Impfung verabreicht wird, sind *Enzephalopathien* wie z.B. Koma, Verminderung des Bewusstseins, länger dauernde Krämpfe innerhalb sieben Tagen nach einer früheren Impfung eine Kontraindikation. Sobald der neurologische Status besser definiert und stabilisiert ist, wird die DT-Impfung empfohlen.

MMR- und Varizellenimpfungen sollten bei zellulärer Immunschwäche, fortgeschrittenen HIV-Infektionen und Aids (Details siehe Impfplan), lang dauernden, hoch dosierten Steroidbehandlungen (Details siehe Impfplan) und Schwangerschaft nicht verabreicht werden. Nach einer solchen Impfung sollte eine Schwangerschaft bis einen Monat nach der zweiten Impfung vermieden werden. Gewisse Impfungen sollen gegenwärtig nicht gleichzeitig mit der HPV-Impfung verabreicht werden.

Unerwünschte Impferscheinungen (UIE)

Impfungen sind das sicherste, wirksamste und billigste Mittel, um Infektionskrankheiten vorzubeugen. Die durch Impfungen verhinderten Krankheiten und deren schwere Komplikationen übertreffen die Risiken, die mit einer Impfung verbunden sind, um ein Vielfaches. Mit der Impfung wird eine Immunreaktion im Körper ausgelöst. Es ist deshalb auch verständlich, dass entzündliche Lokalreaktionen häufig beobachtet werden. Schwere Komplikationen sind dagegen ausserordentlich selten. UIE sind Symptome, klinische Zeichen, abnorme Laborbefunde oder andere Manifestationen, die in einem zeitlichen Zusammenhang mit einer Impfung aufgetreten sind, unabhängig, ob ein kausaler Zusammenhang besteht oder nicht. Die UIE sind seit 1988 meldepflichtige Krankheiten. Seit 2002 ist Swissmedic für die Überwachung der Nebenwirkung von Medikamenten, Impfungen und Blutprodukten zuständig. Alle schwerwiegenden UIE (lebensbedrohliche Erkrankungen, Todesfälle, bisher unbekannte, systemische Reaktionen und Organreaktionen) sind umgehend zu melden. Nicht zu melden sind leichtere Reaktionen (Fieber <39 °C, begrenzte Lokalreaktionen, Exanthem nach MMR, leichte Kopfschmerzen oder Schwindelgefühle), ausser sie treten unüblich gehäuft auf.

Diskrepanz zwischen der Fachinformation und den Empfehlungen im Schweizerischen Impfplan

Die Fachinformationen geben wichtige Hinweise bezüglich Kontraindikationen, Applikationsart und Aufbewahrung. Sollten unterschiedliche Informationen in der Fachinformation und dem Schweizerischen Impfplan festgestellt werden, dann soll auf die Empfehlungen des Impfplanes Bezug genommen werden. ▮

Korrespondenzadresse
Dr. med. Hans Binz
Vizepräsident der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF)
Leiter Medizincontrolling und Projekte
Solothurner Spitäler AG
Schöngrünstrasse 36a
4500 Solothurn
E-Mail: hbinz_ag@spital.ktso.ch

Solutions de financement

Didier Ray, Stephanie Sahli

Une pharmacie bien fréquentée est mise en vente: il s'agit d'une formidable opportunité pour un jeune pharmacien. Mais comment peut-il financer un tel achat s'il n'a pas suffisamment de fonds propres? Va-t-il devoir renoncer à son rêve de disposer de sa propre petite entreprise? En aucune façon. Nous présentons ici trois solutions de financement.

Notre pharmacien fictif n'a pas suffisamment de fonds propres. Il ne peut pas non plus offrir en sécurité de gage immobilier ou de portefeuille de valeurs mobilières pour garantir un prêt à la banque. Par contre, il a entre autres la possibilité de recourir à un cautionnement. Une distinction doit être faite entre le cautionnement figurant dans le Code des obligations (CO) et le cautionnement des arts et métiers.

Qu'est-ce qu'un cautionnement?

Un cautionnement est contrat permettant au créancier de garantir sa créance. Le pharmacien obtient pour l'achat de la pharmacie qui l'intéresse un prêt bancaire qu'il devra rembourser, par exemple, sur dix ans. Dans le droit du cautionnement, ce prêt est appelé dette principale. Pour accorder ce prêt, la banque exigera une sûreté pour le cas où le pharmacien ne pourrait pas rembourser son prêt. Cette garantie peut être fournie sous la forme d'un cautionnement. Un contrat de cautionnement sera conclu entre la banque et la caution. Le cautionnement est dès lors dépendant (accessoire dans le jargon professionnel) de l'existence de la dette principale.

La caution s'engage vis-à-vis de la banque (en tant que créancière) à garantir le paiement de la dette contractée par le pharmacien (en tant que débiteur) s'il ne peut pas rembourser son prêt. C'est-à-dire que si le pharmacien faillit à ses engagements, la banque s'adressera à la caution pour exiger le remboursement de la dette restante jusqu'au montant maximum garanti. Il est conseillé de limiter explicitement le cautionnement au montant du prêt, p.ex. le crédit d'investissement, et non de l'étendre jusqu'à la limite de crédit d'exploitation accordée.

Le cautionnement selon l'art. 492 ss CO

Le cautionnement est un contrat conclu entre la caution et le prêteur. Le débiteur (le pharmacien) n'est pas une partie contractante. Pour qu'un contrat de cautionnement puisse être conclu, il faut une déclaration par écrit de la caution et l'indication numérique, dans l'acte même, du montant total à concurrence duquel la caution est tenue. Si le cautionnement dépasse la somme de CHF 2000.–, la déclaration de cautionnement d'une personne physique doit en outre revêtir la forme authentique. Une personne mariée ne peut cautionner valablement qu'avec le consentement écrit de son conjoint.

Le cautionnement prend fin dès que la dette principale est éteinte en raison de son caractère accessoire, c'est-à-dire, entre autres, quand la dette principale (le prêt octroyé) a été remboursée. Les cautionnements à durée indéterminée s'éteignent, à certaines exceptions près, au plus tard 20 ans après leur conclusion. Sauf réglementation spéciale, un cautionnement à durée déterminée ne s'éteint pas à l'expiration du délai, mais quatre semaines plus tard.

Le cautionnement des arts et métiers

La loi fédérale et l'ordonnance qui en découle sur les aides financières aux organisations de cautionnement en faveur des petites et moyennes entreprises de 2007 a créé une base légale actualisée pour le cautionnement. Le but de cette loi est de faciliter l'accès à un prêt bancaire aux petites et moyennes entreprises rentables et susceptibles de se développer. La création de telles entreprises est ainsi encouragée.

Il existe en Suisse plusieurs coopératives de cautionnement des arts et métiers organisées selon la loi. La Confédération soutient leur activité en prenant en charge les risques de pertes à hauteur de 65 pour cent ainsi qu'en contribuant aux frais administratifs. La contribution annuelle aux frais administratifs de la Confédération de CHF 3 millions est utilisée, entre autres, pour réduire les frais d'examen et de surveillance, ce qui permet d'offrir des conditions avantageuses. Les trois organisations régionales – coopérative de cautionnement de Suisse romande, de Suisse centrale et de Suisse orientale – et la coopérative pour les femmes SAFFA garantissent un traitement identique de tous les cautionnements directement avec l'organisation de cautionnement compétente au niveau régional.

Ici aussi, il ne s'agit pas de l'octroi de crédits mais de la conclusion de cautionnements solidaires. Par PME, le montant maximal du cautionnement s'élève à CHF 500 000.– pour une durée de deux à dix ans au maximum. En plus des frais d'inscription et d'examen, une prime de risque annuelle de 1,25 pour cent de la somme garantie est perçue.

Selon qu'il s'agisse d'une création d'entreprise ou d'une reprise, la demande doit comprendre en plus d'un businessplan, du budget du compte de résultat et d'une estimation des besoins de capitaux ou de financement pour un plan de financement concret, le bilan et le compte de résultat ainsi que le rapport de l'organe de révision. Le cas échéant, un extrait du registre du commerce et de l'Office des poursuites peut aussi être exigé.

En dépit de la situation économique difficile actuelle, la coopérative de cautionnement de la Suisse centrale a connu un bilan positif l'an passé. Près de 48 pour cent des demandes de cautionnement (soit 108 dossiers) ont été satisfaites. Grâce à sa politique d'allocation prudente, cette coopérative a essuyé un minimum de pertes sur cautionnement. Les membres de pharmaSuisse trouveront des informations complémentaires sur cette forme de financement sur le domaine protégé du site www.pharmasuisse.org.

Les sociétés de financement

Apofin, une société du groupe Ofac, est un solide partenaire financier des pharmacies. Contrairement aux cautionnements à titre de sûreté pour des prêts bancaires mentionnés ci-dessus, Apofin accorde des financements sous forme de crédits pour les créations d'entreprise, les reprises, les rénovations et les transformations, les restructurations et la reprise de prêts existants. La société se caractérise par une structure organisationnelle légère et un octroi de crédits au cas par cas. En contrepartie, le preneur de crédit s'engage à recourir au paquet de services de base d'Ofac. Les membres de pharmaSuisse trouveront des informations complémentaires sur cette forme de financement sur le domaine protégé du site www.pharmasuisse.org.

Groupements et grossistes

Certains groupements de pharmacies disposent également d'outils de financement pour les reprises et ouvertures d'officines. En fonction du projet, ils proposent aussi des financements partiels ou complets avec la possibilité pour le propriétaire de développer par étapes prédéfinies sa part dans l'entreprise jusqu'à sa possession complète.

Il peut aussi être judicieux de s'adresser à des grossistes. Avec de possibles conflits d'intérêts, en particulier s'ils participent directement ou indirectement à des chaînes de pharmacies.

Conclusion

Chaque solution de financement a ses avantages et ses inconvénients. La meilleure solution dépend des préférences personnelles ainsi que de la situation financière. Pour les pharmaciens qui ont peu ou pas de fonds propres, Apofin assure après un examen préalable le financement pour une reprise ou une création d'entreprise de manière non bureaucratique. Dans ce cas, il faut s'attendre à une certaine limitation de la liberté entrepreneuriale.

Lorsque les pharmaciens disposent de fonds propres, en général 20 pour cent au moins de l'investissement prévu, ils ont le choix entre différentes possibilités de financement. En règle générale, le créancier évalue chaque financement pour une reprise ou une création d'entreprise selon une analyse des risques correspondante. Lors d'une reprise, la valeur de capitalisation de l'investissement se calcule sur la base des bilans et comptes de résultat de l'exercice précédent et d'une budgétisation plausible du développement ultérieur. Tous ces éléments sont toutefois difficiles à prédire lors d'une création d'entreprise. Pour financer un projet, les banques et autres instituts de crédit définissent individuellement les besoins de fonds propres et autres sûretés, par exemple sous forme de cautionnement. Pour le montant des coûts du crédit, l'octroi de sûretés correspondantes joue un rôle-clé. Plus le risque est faible pour le créancier, plus les intérêts pour le crédit d'investissement et/ou les crédits en compte courant seront faibles. Cette différence de taux peut facilement dépasser la prime de risque annuelle qui est payable pour un cautionnement des arts et métiers, et donc justifier pleinement d'y avoir recours.

Lorsque c'est possible, la prime de risque peut être évitée par l'octroi d'un cautionnement privé. A condition toutefois de bien soupeser si l'on veut assumer soi-même le risque résiduel de l'obligation de cautionnement ou le faire assumer par un parent ou un ami.

Un examen approfondi de la question est tout à fait justifié et fait partie des premiers défis à relever par tout entrepreneur qui souhaite devenir indépendant. ▮

Adresse de correspondance

Didier Ray, responsable du département «Politique & Économie»

E-mail: didier.ray@pharmasuisse.org

Stephanie Sahli, juriste de pharmaSuisse

E-mail: stephanie.sahli@pharmasuisse.org

15 | 7.2009

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 30.7.2009, 147. Jahrgang



Nr. | No
15

Adrenalin-Autoinjektoren

Cave: Substitution S. 4

Auto-injecteurs d'adrénaline

Attention: substitution p. 7

→ Pharmazie und Medizin · Pharmacie et médecine

Selbstbehandlung von anaphylaktischen Reaktionen

Auto-traitement des réactions anaphylactiques

Utilisation du paracétamol

Medikation: Fehlermanagement

Médication: gestion des erreurs

→ Politik · Politique

Changements dans l'approvisionnement en médicaments

→ Markt · Economie

Kostenentwicklung im Gesundheitswesen

Cave: Substitution von Anapen® und EpiPen®

Chantal Schlatter, Marianne Beutler, Kurt Hersberger

Zur raschen Behandlung von anaphylaktischen Reaktionen bekommen Risikopatienten entweder den Anapen® oder den EpiPen® Adrenalin-Autoinjektor verschrieben. Da sich die beiden Autoinjektoren massgeblich in ihrer Handhabung unterscheiden und die Patienten für einen bestimmten Autoinjektor geschult werden, soll beim Ausführen des Rezeptes keine Substitution mit dem jeweils anderen Autoinjektor vorgenommen werden (siehe Mitteilung Swissmedic auf Seite 5).

Eine anaphylaktische Reaktion kann nach 15 (Insektengift) bis 30 Minuten (Lebensmittel) zum Atem- oder Kreislaufstillstand führen. Bis intramuskulär verabreichtes Adrenalin seine maximale Wirkung erreicht, vergehen ca. acht Minuten. Im Notfall ist es daher überlebensnotwendig zu wissen, wann Adrenalin verabreicht werden muss und wie es korrekt verabreicht wird.

Schlüsselsymptome einer beginnenden Anaphylaxie:

→ Kribbeln und Schwellungen an Lippen, Augen und Gesicht
→ Juckreiz/Hautausschlag
→ Zuschnüren des Halses, Atemnot, Angst

Die in der Schweiz erhältlichen Adrenalin-Fertigspritzen zur Selbstanwendung bei drohender Anaphylaxie sind Anapen® und EpiPen®. [1,2] Die beiden Autoinjektoren unterscheiden sich in ihrer Anwendung (siehe Tabelle). Wenn Patienten mit

Tabelle: Unterschiedliche Handhabung und Vergleich zwischen Anapen® und Epipen® [1,2]

Anapen®/Anapen® Junior	**EpiPen®/EpiPen® Junior**
Beschreibung:	**Beschreibung:**
Der Anapen® hat ein schwarzes unteres Ende bestehend aus der Nadelkappe (flach, hier kommt die Nadel heraus) und ein rot-schwarzes oberes Ende, bestehend aus dem roten Auslöseknopf und der schwarzen Knopfkappe. Sowohl die Nadelkappe als auch die Knopfkappe müssen zur Aktivierung entfernt werden.	Der EpiPen® hat ein schwarzes unteres Ende (etwas zugespitzt wie bei einem Stift, hier kommt die Nadel heraus) und eine graue Schutzkappe am oberen Ende, die zur Aktivierung entfernt werden muss.
Aktivierung:	**Aktivierung:**
1. Anapen® mit der stärkeren Hand umfassen, so dass der Daumen unter dem oberen, rot-schwarzen Ende zu liegen kommt (Rechtshänder nehmen den Autoinjektor in die rechte, Linkshänder in die linke Hand). Niemals Finger oder Daumen auf das untere schwarze Ende halten.	1. EpiPen® mit der stärkeren Hand umfassen, so dass der Daumen unter der grauen Schutzkappe liegt (Rechtshänder nehmen den Autoinjektor in die rechte, Linkshänder in die linke Hand). Niemals Finger oder Daumen auf das schwarze Ende halten.
2. Mit der anderen Hand die schwarze Nadelkappe am unteren Ende des Autoinjektors herausziehen.	2. Mit der anderen Hand die graue Schutzkappe abziehen.
3. Am oberen Ende die schwarze Knopfkappe vom roten Auslöseknopf entfernen.	
Applikation:	**Applikation:**
1. Schwarzes Ende auf die Aussenseite des Oberschenkels halten und den roten Auslöseknopf drücken zur Auslösung des Injektionsmechanismus (hörbar und spürbar).	1. Schwarzes Ende mit Druck senkrecht auf die Aussenseite des Oberschenkels halten. Autoinjektor so kräftig gegen den Oberschenkel stossen, bis der Injektionsmechanismus ausgelöst wird (hörbar und spürbar).
2. Anapen® 10 Sekunden in dieser Position belassen und Auslöseknopf gedrückt halten.	2. EpiPen® 10 Sekunden in dieser Position belassen.
3. Anapen® wegnehmen und Injektionsstelle während 10 Sekunden massieren.	3. EpiPen® wegnehmen und Injektionsstelle während 10 Sekunden massieren.
4. Schwarze Nadelkappe wieder aufstecken.	4. Graue Schutzkappe wieder aufstecken.
Autoinjektor wenn möglich direkt auf der Haut anwenden, notfalls auch durch leichte Kleidung möglich. [1]	Autoinjektor wenn möglich direkt auf der Haut anwenden, notfalls auch durch Kleidung wie Jeans, Manchester oder Wolle möglich. [2]

einem Rezept in die Apotheke kommen, sind sie in der Regel von ihrem Arzt in der korrekten Anwendung des verschriebenen Autoinjektors geschult worden. Trotz gleicher Indikation und gleichem Wirkstoff sollen die beiden Autoinjektoren deshalb grundsätzlich nicht gegeneinander ausgetauscht werden. In aufwühlenden Notfallsituationen wie derjenigen einer anaphylaktischen Reaktion könnte es sehr leicht zur Verwirrung und Fehlanwendung kommen, die den Patienten das Leben kosten kann.

Nicht nur Patienten werden zur Anwendung einer Adrenalin-Notfallinjektion geschult, sondern auch Familienangehörige, Personal von Kindergärten, Schulen und Betreuungsstätten. Die Person, die das Rezept einlöst, muss sich deshalb nicht unbedingt mit der Person oder dem Personenkreis decken, die für die Anwendung geschult worden sind. Wenn das Rezept stellvertretend für die Betroffenen bzw. für die zur Anwendung instruierten Personen eingelöst wird, nützt es wenig, wenn die abholende Person in der Apotheke über die korrekte Anwendung des substituierten Autoinjektors informiert wird. Das Risiko, dass diese Person die Instruktionen nicht oder nur fehlerhaft weitergibt, ist sehr hoch. Bei Abgabe auf Reserve sollte der verschriebene Autoinjektor gegebenenfalls bestellt werden. Manche Ärzte verschreiben gleich zwei Autoinjektoren in Reserve, weil bis zu 35 Prozent der Allergiker zur Kupierung eines Anfalls eine zweite Dosis benötigen. [3]

Es gehört zur guten Praxis, beim Patienten nachzufragen, ob er mit dem Umgang des Autoinjektors vertraut sei. Falls nicht, sollte ihm selbstverständlich die korrekte Anwendung erklärt werden. Für beide Autoinjektoren sind Trainer-Autoinjektoren erhältlich, anhand derer die Patienten und andere verantwortliche Personen die Handhabung einüben können.

Aus Sicherheitsgründen sollen also die beiden Autoinjektoren grundsätzlich nicht gegenseitig substituiert werden. Sollte in speziellen Fällen ein Wechsel vorgenommen werden (z.B. wenn der Patient schlecht mit der Handhabung zurechtkommt), muss sich die Apotheke mit dem verschreibenden Arzt über den Wechsel absprechen. Es muss zudem gewährleistet sein, dass alle für die Notfallinjektion vorgesehenen Personen über den Wechsel informiert und mit dem entsprechenden Trainer-Autoinjektor geschult sind.

Wichtige Hinweise bei der Abgabe:

- → Autoinjektor bei Raumtemperatur in der Originalverpackung aufbewahren, so ist er optimal vor Licht und mechanischer Beschädigung geschützt.
- → Verfalldatum regelmässig kontrollieren. Im Notfall lieber abgelaufenes oder mangelhaftes Adrenalin anwenden, als die Injektion auf später zu verschieben.
- → Autoinjektor nur einmal verwenden, nach Gebrauch (mit aufgesetzter Nadelkappe) entsorgen und einen neuen Autoinjektor beziehen.

Ablauf einer Anaphylaxie-Notfallversorgung:

- → Korrekte Anwendung des Anapen®/EpiPen®
- → Nach der Injektion sofortige Arztkonsultation
- → Falls keine Besserung/Wiederauftreten der Symptome: Verabreichung einer zweiten Injektion nach 10 bis 15 Minuten ▮

Dieser Artikel wurde im Auftrag der AKA verfasst von
Dr. pharm. Chantal Schlatter, Apothekerin, Basel
Dr. pharm. Marianne Beutler, Geschäftsführerin AKA, Egg
PD Dr. sc.nat. Kurt Hersberger, Präsident AKA, Institut für klinische Pharmakologie, Universität Basel

Korrespondenzadresse
Arzneimittelkommission der Schweizer Apotheker AKA
Postfach 5247, 3001 Bern
Tel. 044 994 75 63, Fax 044 994 75 64
E-Mail: mail@aka.ch

Literatur

[1] Fachinformation zu Anapen®/Anapen® Junior, www.kompendium.ch, zuletzt aufgerufen am 22. Juni 2009
[2] Fachinformation zu EpiPen®/EpiPen® Junior, www.kompendium.ch, zuletzt aufgerufen am 22. Juni 2009
[3] Korenblat P, Lundic MJ, Danker RE et al. A retrospective study of epinephrine administration for anaphylaxis: how many doses are needed? Allergy Asthma Proc 1999; 20: 383–386

Wichtige Mitteilung zu EpiPen® (53 836) und Anapen® (57 570)

Risiko von Fehlmanipulationen

Swissmedic, das Schweizerische Heilmittelinstitut, macht auf ein Risiko von Fehlmanipulationen bei der Anwendung der Präparate EpiPen® und Anapen® aufmerksam.

Seit Mai 2007 sind auf dem Schweizer Markt zwei verschiedene Adrenalin-Autoinjektoren erhältlich, die Präparate EpiPen® (Zulassungsinhaberin ALK Abelló AG) und Anapen® (Zulassungsinhaberin AllergyCare Pharmaceutical GmbH).

Die beiden Präparate werden eingesetzt zur notfallmässigen Selbstbehandlung bei allergischen Reaktionen vom Soforttyp (Anaphylaxien) auf Insektenstiche, Nahrungsmittel und bei idiopathischer oder durch Anstrengung ausgelöster Anaphylaxie.

Die Präparate werden durch die Patienten mit Hilfe eines Autoinjektors appliziert.

Die Autoinjektoren von EpiPen® und Anapen® unterscheiden sich in der Anwendung.

Die Präparate unterstehen der Rezeptpflicht, die Patienten werden durch die verschreibenden Ärzte resp. die abgebende Fachperson in der Handhabung von EpiPen® oder Anapen® instruiert.

Patienten, die in der Anwendung von EpiPen® instruiert worden sind, darf nicht ohne Rücksprache mit dem verschreibenden Arzt Anapen® abgegeben werden.

Patienten, die in der Anwendung von Anapen® instruiert worden sind, darf nicht ohne Rücksprache mit dem verschreibenden Arzt EpiPen® abgegeben werden.

Diese Health Professional Communication richtet sich hauptsächlich an Apotheker, die Patienten aufgrund von ärztlichen Rezepten EpiPen® oder Anapen® abgeben. ▮

Swissmedic, Abteilung Marktüberwachung Arzneimittel MKA

Bern, Juli 2009

Attention: substitution de l'Anapen® et de l'EpiPen®

Chantal Schlatter, Marianne Beutler, Kurt Hersberger

Pour un traitement rapide des réactions anaphylactiques, les patients à risque se voient prescrire soit l'auto-injecteur d'adrénaline Anapen®, soit l'EpiPen®. Étant donné que les deux auto-injecteurs sont très différents dans leur manipulation et que les patients sont formés pour un auto-injecteur bien précis, aucun des deux auto-injecteurs ne peut se substituer à l'autre lors de l'exécution de la prescription (cf. communiqué de Swissmedic en page 8).

Une réaction anaphylactique peut entraîner un arrêt respiratoire ou cardio-circulatoire après une période comprise entre 15 minutes (venin d'insecte) et 30 minutes (aliment). L'effet de l'adrénaline administrée par voie intramusculaire est maximal au bout de huit minutes environ. En cas d'urgence, il est donc vital de savoir quand administrer l'adrénaline et comment l'administrer correctement.

Symptômes clés d'un début d'anaphylaxie:

→ Picotements et gonflement des lèvres, des yeux et du visage
→ Démangeaisons/éruption cutanée
→ Gorge serrée, détresse respiratoire, angoisse

Les seringues d'adrénaline prêtes à l'emploi disponibles en Suisse, à utiliser soi-même en cas de menace d'anaphylaxie, sont l'Anapen® et l'EpiPen®. [1,2] Ces deux auto-injecteurs sont différents de par leur utilisation (cf. tableau). Lorsque des patients viennent à la pharmacie avec une prescription, leur médecin leur a en général déjà expliqué comment utiliser correctement l'auto-injecteur prescrit. Malgré une indication et un principe actif identiques, les deux auto-injecteurs ne

Tableau: Différences de manipulation et comparaison entre Anapen® et EpiPen® [1,2]

Anapen®/Anapen® Junior	EpiPen®/EpiPen® Junior
Description:	**Description:**
L'Anapen® possède une extrémité inférieure noire composée du capuchon protecteur de l'aiguille (plat; c'est ici que sort l'aiguille) et d'une extrémité supérieure rouge et noire comprenant le bouton déclencheur rouge et le capuchon noir protecteur du bouchon. Le capuchon protecteur de l'aiguille ainsi que le capuchon protecteur du bouchon doivent être retirés pour activer l'Anapen®.	L'EpiPen® possède une extrémité inférieure noire (un peu pointue comme un stylo; c'est ici que sort l'aiguille) et un capuchon protecteur gris à l'extrémité supérieure, qui doit être retiré pour l'activation de l'EpiPen®.
Activation:	**Activation:**
1. Saisir l'Anapen® avec la main la plus forte de façon à ce que le pouce soit contre l'extrémité supérieure rouge et noire (les droitiers prendront l'auto-injecteur dans leur main droite, et les gauchers dans leur main gauche). Ne jamais poser ses doigts ou son pouce sur l'extrémité inférieure noire.	1. Saisir l'EpiPen® avec la main la plus forte de façon à ce que le pouce se trouve sous le capuchon protecteur gris (les droitiers prendront l'auto-injecteur dans leur main droite, et les gauchers dans leur main gauche). Ne jamais poser ses doigts ou son pouce sur l'extrémité noire.
2. Avec l'autre main, retirer le capuchon noir protecteur de l'aiguille à l'extrémité inférieure de l'auto-injecteur.	2. Avec l'autre main, retirer le capuchon protecteur gris.
3. Retirer ensuite le capuchon protecteur noir du bouchon déclencheur rouge à l'extrémité supérieure.	
Utilisation:	**Utilisation:**
1. Maintenir l'extrémité noire contre la face externe de la cuisse et appuyer sur le bouton déclencheur rouge pour déclencher le mécanisme d'injection (audible et perceptible).	1. Maintenir l'extrémité noire par une pression ferme sur la face externe de la cuisse. Pousser l'auto-injecteur avec force contre la cuisse jusqu'au déclenchement du mécanisme d'injection (audible et perceptible).
2. Maintenir l'Anapen® dans cette position pendant 10 secondes tout en gardant le bouton déclencheur enfoncé.	2. Maintenir l'EpiPen® dans cette position pendant 10 secondes.
3. Retirer l'Anapen® et masser la zone d'injection pendant 10 secondes.	3. Retirer l'EpiPen® et masser la zone d'injection pendant 10 secondes.
4. Remettre le capuchon noir protecteur de l'aiguille.	4. Remettre le capuchon protecteur gris.
Utiliser l'auto-injecteur si possible directement sur la peau; en cas de nécessité, l'injection peut aussi se faire au travers d'un vêtement de tissu léger. [1]	Utiliser l'auto-injecteur si possible directement sur la peau; en cas de nécessité, l'injection peut aussi se faire au travers d'un vêtement en tissu tel que du jeans, du velours côtelé ou de la laine. [2]

sont donc fondamentalement pas interchangeables. Une situation d'urgence grave comme celle d'une réaction anaphylactique pourrait très facilement être à l'origine d'une certaine confusion et d'erreurs d'utilisation susceptibles de coûter la vie au patient.

Les membres de la famille, le personnel de jardins d'enfants, d'écoles et de structures d'accueil sont formés, tout comme les patients, à l'injection d'urgence d'adrénaline. La personne qui présente la prescription à la pharmacie ne doit donc pas impérativement être la même que celle qui a été formée à l'utilisation. Si la prescription est présentée pour le compte des personnes concernées et/ou pour le compte des personnes formées à l'utilisation, il est pratiquement inutile d'expliquer l'utilisation correcte de l'auto-injecteur ayant fait l'objet d'une substitution. Le risque que la personne ne transmette pas les instructions, ou bien d'une manière erronée, est très élevé. L'auto-injecteur prescrit doit éventuellement être commandé en cas de remise «en réserve». Certains médecins prescrivent deux auto-injecteurs. Jusqu'à 35% des personnes allergiques ont en effet besoin d'une seconde dose pour juguler une crise. [3]

Une bonne méthode consiste à demander au patient s'il sait comment manipuler l'auto-injecteur. S'il répond par la négative, il faut bien entendu le lui expliquer. Il existe des auto-injecteurs d'entraînement à l'aide desquels patients et autres personnes responsables peuvent s'exercer à la manipulation.

Pour des raisons de sécurité, les deux auto-injecteurs ne doivent donc pas être substitués. Si, dans certains cas particuliers, un changement s'impose (par exemple si le patient ne parvient pas à manipuler correctement un auto-injecteur), le pharmacien doit discuter du changement avec le médecin prescripteur. Il faut par ailleurs veiller à ce que toutes les personnes prévues pour l'injection d'urgence soient informées du changement et formées à l'aide de l'auto-injecteur d'entraînement correspondant.

Indications importantes pour la remise:

→ Conserver l'auto-injecteur à température ambiante et dans son emballage d'origine de manière à le protéger au maximum de la lumière et de tout dommage mécanique.
→ Contrôler régulièrement la date de péremption. En cas d'urgence, il est préférable d'utiliser une adrénaline périmée ou de mauvaise qualité que de différer l'injection.
→ Utiliser l'auto-injecteur une seule fois, le jeter après usage (avec le capuchon protecteur de l'aiguille en place) et utiliser un auto-injecteur neuf.

Déroulement d'une administration d'urgence en cas d'anaphylaxie:

→ Utilisation correcte de l'Anapen®/EpiPen®
→ Consultation médicale immédiatement après l'injection
→ En l'absence d'amélioration/si les symptômes réapparaissent: administration d'une seconde injection après 10 à 15 minutes ∎

Cet article a été rédigé sur mandat de la CMPS par
Dr pharm. Chantal Schlatter, pharmacienne, Bâle
Dr pharm. Marianne Beutler, directrice de la CMPS, Egg
PD Dr sc.nat. Kurt Hersberger, président de la CMPS, Institut de pharmacologie clinique, Université de Bâle

Adresse de correspondance
Commission des médicaments des pharmaciens suisses (CMPS)
Case postale 5247, 3001 Berne
Tél. 044 994 75 63, fax 044 994 75 64
E-mail: mail@aka.ch

Littérature:

[1] Information professionnelle sur Anapen®/Anapen® Junior, www.kompendium.ch, dernière consultation le 22 juin 2009
[2] Information professionnelle sur EpiPen®/EpiPen® Junior, www.kompendium.ch, dernière consultation le 22 juin 2009
[3] Korenblat P, Lundic MJ, Danker RE et al. A retrospective study of epinephrine administration for anaphylaxis: how many doses are needed? Allergy Asthma Proc 1999; 20: 383–386

Information importante concernant EpiPen® (53 836) et Anapen® (57 570)

Risque d'erreur d'utilisation

Swissmedic, Institut suisse des produits thérapeutiques, met en garde contre le risque d'erreur d'utilisation des préparations EpiPen® et Anapen®.

Deux auto-injecteurs d'adrénaline sont disponibles sur le marché suisse depuis mai 2007: EpiPen® (titulaire de l'autorisation: ALK Abelló SA) et Anapen® (titulaire de l'autorisation: AllergyCare Pharmaceutical GmbH).

Ces deux médicaments sont utilisés en traitement d'urgence en cas de réactions allergiques aiguës (anaphylaxies) dues à des piqûres d'insectes, des aliments et déclenchées par un effort ou lors d'anaphylaxie idiopathique.

Ils sont administrés par les patients eux-mêmes à l'aide d'un auto-injecteur.

Les auto-injecteurs d'EpiPen® et d'Anapen® ne s'utilisent pas de la même façon.

Les préparations étant soumises à ordonnance, les patients sont informés par le médecin prescripteur ou le professionnel qui leur remet le médicament de la manière dont ils doivent utiliser EpiPen® ou Anapen®.

Les patients ayant été formés au maniement d'EpiPen® ne doivent pas se voir remettre le médicament Anapen® sans l'accord préalable du médecin prescripteur.

Les patients ayant été formés au maniement d'Anapen® ne doivent pas se voir remettre le médicament EpiPen® sans l'accord préalable du médecin prescripteur.

La présente «Health Professional Communication» s'adresse principalement aux pharmaciens qui remettent la préparation EpiPen® ou Anapen® à des patients sur présentation d'une ordonnance médicale. ∎

Swissmedic, division Contrôle du marché des médicaments

Berne, juillet 2009

Schémas thérapeutiques: les suivez-vous à la lettre?

Monika Lutters, Peter Wiedemeier

Les patients qui suivent un traitement à l'hôpital reçoivent des médicaments de divers professionnels. Des médicaments sont prescrits par le médecin de famille et le médecin d'hôpital, puis remis par la pharmacie d'officine et d'hôpital ou administrés par le personnel soignant. Ceci entraîne donc de nombreuses interfaces à l'origine de multiples erreurs.

Le cas

Une patiente enceinte est admise à la maternité depuis un autre hôpital. La tocolyse entamée est poursuivie durant le week-end. Lorsque la maternité veut appliquer sa propre tocolyse, elle constate néanmoins que la posologie était dix fois trop élevée. D'après le médecin traitant précédent, l'hôpital utilise la tocolyse en question depuis de nombreuses années déjà. Apparemment, le schéma posologique a été repris d'un autre service. Aucun effet indésirable grave n'a été observé jusque-là.

Commentaire

A l'hôpital, de nombreux services utilisent des schémas thérapeutiques et posologiques. Ils sont ensuite transmis d'un service et d'un hôpital à l'autre.

Leur «valeur» augmente au fur et à mesure de leur transmission. Mais qu'en est-il de la qualité?

Depuis les années 90, des recommandations toujours plus nombreuses sont établies dans de nombreux domaines de la médecine. Il s'agit d'un moyen important pour standardiser les traitements et améliorer leur qualité. Dans la profusion de recommandations thérapeutiques, il devient cependant de plus en plus difficile de différencier les bonnes des moins bonnes directives. Certaines d'entre elles sont élaborées par une large équipe d'experts scientifiques à la suite de recherches et d'évaluations minutieuses de la littérature. D'autres se basent simplement sur des recommandations de quelques professeurs renommés («conférences de consensus»).

Les bonnes recommandations indiquent toujours, pour chaque recommandation, le niveau d'évidence («level of evidence»). Dans le quotidien de l'hôpital, il faudrait tout du moins citer les auteurs ainsi que les sources. De plus, toutes les recommandations devraient mentionner la date d'élaboration resp. d'expiration. De nos jours, les traitements ne sont pas les mêmes que dix ans en arrière dans de nombreux secteurs.

En principe, chaque hôpital devrait disposer d'un concept homogène pour l'élaboration puis la diffusion des recommandations de traitement et des schémas posologiques. Toutes les directives, toutes les descriptions de processus et tous les schémas relatifs aux médicaments devraient être contrôlés par un pharmacien. A l'inverse, les schémas thérapeutiques établis par une pharmacie devraient être vérifiés par les représentants des médecins et du personnel soignant. Ces derniers peuvent aussi indiquer si les instructions sont facilement compréhensibles et applicables dans la pratique.

En effet, les meilleures directives ne servent à rien si elles ne sont pas mises en application. ▮

Adresse de correspondance
Dr Monika Lutters
Kantonsspital Baden
Spitalapotheke
5404 Baden

Therapieschemata: Vertrauen Sie ihnen blind?

Monika Lutters, Peter Wiedemeier

Patienten, die eine Behandlung im Spital benötigen, werden von verschiedenen Fachpersonen medikamentös betreut. Arzneimittel werden sowohl vom Hausarzt als auch vom Spitalarzt verordnet, abgegeben werden sie von der Offizin und der Spitalapotheke, verabreicht von Pflegepersonen. Dabei ergeben sich zahlreiche Schnittstellen, die Ursache vielfältiger Fehler sein können.

Der Fall

Eine schwangere Patientin wird aus einem anderen Spital in die Frauenklinik eingeliefert. Das bestehende Tokolyse-Schema wird über das Wochenende fortgesetzt. Als die Therapie der Patientin auf das hausinterne Tokolyse-Schema umgestellt werden soll, wird festgestellt, dass die Dosierung 10-fach zu hoch ist. Laut Auskunft der vorbehandelnden Ärztin wird das Tokolyse-Schema bereits seit Jahren in dem Spital angewandt. Anscheinend wurde das Dosierungs-Schema von einer anderen Abteilung übernommen. Schwere Nebenwirkungen wurden bisher nicht beobachtet.

Kommentar

Im Spital werden auf vielen Stationen Therapie- und Dosierungsschemata angewendet. Oft werden sie von Station zu Station und von Spital zu Spital weiter gereicht.
Je weiter sie gereicht werden, desto höher steigt der «Wert». Steigt damit aber auch die Qualität?

Seit den 1990er Jahren werden zunehmend Therapierichtlinien in vielen Bereichen der Medizin erstellt. Sie sind ein wichtiges Mittel, um Therapien zu standardisieren und qualitativ zu verbessern. In der Flut von Therapierichtlinien wird es zunehmend schwierig, gute von weniger guten Richtlinien zu unterscheiden. Während manche Richtlinien mittels rigoroser Literatursuche und -beurteilung von einem vielköpfigen wissenschaftlichen Expertenteam erstellt werden, entstehen andere Richtlinien aufgrund von Empfehlungen einiger weniger berühmter Professoren («Konsens-Konferenzen»).

Gute Richtlinien zeichnen sich dadurch aus, dass zu jeder Empfehlung der Evidenzgrad («level of evidence») angegeben ist. Im Spitalalltag sollten zumindest die Autoren und die zugrunde liegenden Quellen zitiert werden. Zudem sollten alle Richtlinien das Erstellungs- bzw. ein Verfalldatum aufweisen. Heute wird in vielen Bereichen anders therapiert als vor zehn Jahren.

Grundsätzlich sollte es in jedem Spital ein einheitliches Konzept für Therapierichtlinien und Dosierungsschemata geben, das die Erstellung und Freigabe solcher Schemata vorschreibt. Alle medikamentenbezogenen Richtlinien, Schemata und Prozessbeschreibungen sollten von einem Apotheker gegengelesen werden. Umgekehrt sollten von der Apotheke erstellte Therapieschemata von Vertretern der Ärzteschaft und der Pflege überprüft werden. Diese können auch Auskunft darüber geben, ob die Anweisungen anwenderfreundlich und praxistauglich sind.

Denn die besten Richtlinien taugen nichts, wenn sie nicht angewendet werden. ▮

Korrespondenzadresse
Dr. Monika Lutters
Kantonsspital Baden
Spitalapotheke
5404 Baden

Gratwanderung zwischen Nutzen und Schaden

Didier Ray, Paul Wiederkehr

Sparmassnahmen im Gesundheitswesen nehmen heute im Parlament wie auch in der Presse einen hohen Stellenwert ein. Interessenkonflikte und ungleiche Interessenvertretungen in Entscheidungsgremien, Streik und Angstmacherei begleiten diesen Prozess unentwegt. In einer solchen Konstellation ist eine sachliche, zweckorientierte Strategiefindung zur langfristigen Stabilisierung der Kostenentwicklung unseres Gesundheitswesens unter Erhalt der gewohnten Qualität und Versorgung ein wahrlich diffiziler Akt.

Erste Anzeichen bestätigen einmal mehr, dass simple, einseitige Massnahmen Vorrang gegenüber komplexeren, aber nachhaltigeren Strategieansätzen geniessen. Unser System ist gespickt von Fehlanreizen mit kostentreibenden Effekten. Noch gibt es keine Bonussysteme, welche Patienten und Leistungserbringer für ein kostenorientiertes Verhalten belohnen und sich in der Praxis bewährt haben.

Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens

Die von verschiedenen Organisationen und Persönlichkeiten georteten Einsparungsmöglichkeiten, wie diese in der Presse veröffentlicht werden, basieren vielfach auf simplifizierten Hochrechnungen. Es kann schnell passieren, dass man eine Prozentzahl auf ein unpassendes Total anwendet und damit eindrückliche aber leider falsche Ergebnisse erhält. Der Markt ist komplex, die derzeit veröffentlichten Statistiken zumeist von guter Qualität. Wie immer steckt der Teufel im Detail. So vereinen die verschiedenen Datenbanken zum Teil erhebliche Unterschiede im Datenquellenmuster. Ohne deren genauen Kenntnisse kann die Übertragung von klar ersichtlichen Relationen einer Datenquelle auf die nächste zu arg verzerrten Resultaten und Fehlinterpretationen führen. Die folgende Darstellung der Gesundheitskosten soll für ein besseres Verständnis der Zusammenhänge sorgen.

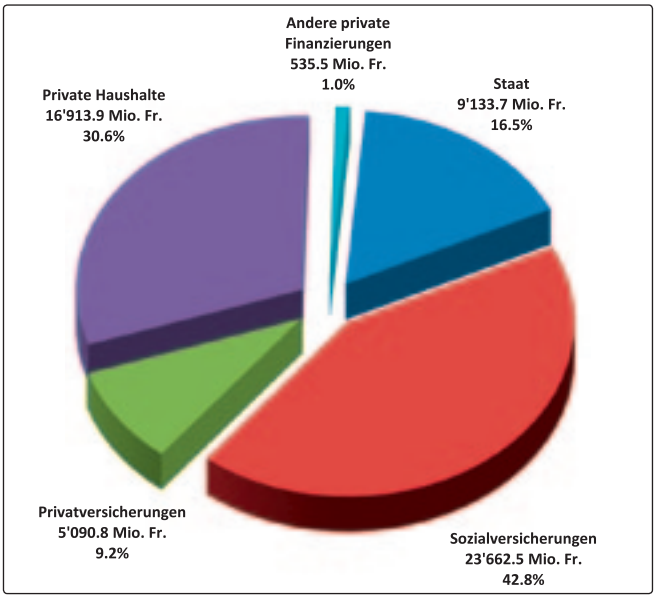
Nach den neuesten Zahlen des Bundesamtes für Statistik (BfS) betrugen die Kosten des Gesundheitswesens im Jahr 2007 insgesamt 55,3 Milliarden Franken. Nachdem sich das Wachstum in den vorangegangenen drei Jahren merklich abgeschwächt hat, ist nun erstmals wieder ein erhöhter Anstieg von 4,9% gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Im Vergleich zur gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung entsprechen die Gesundheitskosten auch 2007 10,8%.

Dieser Wert entspricht mit geringen Abweichungen jenem der Nachbarländer Frankreich (11%), Deutschland (10,6%) und Österreich (10,1%).

Aus dem Blickwinkel der Finanzierung nach Direktzahlenden verteilten sich die Kosten des Gesundheitswesens 2007 wie folgt: Auf den Staat entfielen 16,5%, auf die Sozialversicherungen 42,8%, auf die Privatversicherungen 9,2% und auf die privaten Haushalte 31,5% (inkl. andere private Finanzierung). Zwischen 2002 und 2007 sind die Gesamtkosten und damit die notwendige Finan-

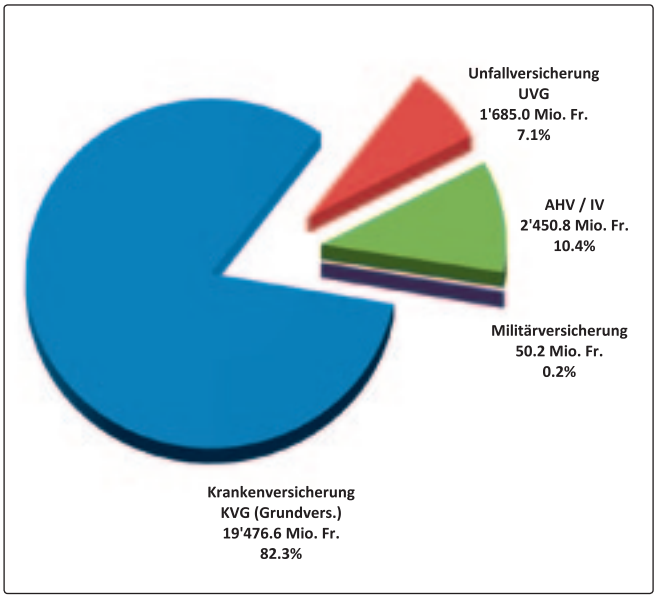
Finanzierung des Gesundheitswesens nach Direktzahlenden im Jahr 2007 55,34 Milliarden Fr.

Direktzahlende = Wirtschaftseinheit, die den Leistungserbringern die Leistungen direkt bezahlt.



Quelle: Bundesamt für Statistik, 2007 provisorische Zahlen

Finanzierung Kosten der Sozialversicherungen nach Direktzahlenden im Jahr 2007 23,66 Milliarden Fr.



Quelle: Bundesamt für Statistik, 2007 provisorische Zahlen

zierung des Gesundheitswesens jährlich um durchschnittlich 3,1% gestiegen.

Die Finanzierung durch die Privatversicherungen (5,6%) und den Staat (7,0%) sind 2007 überdurchschnittlich gestiegen.

Die Sozialversicherungen

Sie sind mit einem Anteil von 42,8% der grösste Direktfinanzierer des Gesundheitswesens. Mit einer jährlichen Steigerung von 4,6% in den letzten fünf Jahren verursachen sie den Hauptanteil der Kostensteigerungen. Die Ausgaben der Sozialversicherungen sind im Jahr 2007 gegenüber dem Vorjahr mit 4,4% etwas geringer gestiegen als im Fünf-Jahres-Durchschnitt.

Die Krankenversicherungen KVG (Grundversicherung)

Sie finanziert über 82% der Kosten aller Sozialversicherungen. Die Aufteilung der Bruttoleistungen der Krankenversicherung nach Leistungserbringern verschafft uns einen genauen Überblick der Kostenblöcke.

Spitalbehandlungen, ambulant und stationär zusammen, machen 38% der Kosten aus, gefolgt von der ambulanten Behandlung beim Arzt mit 22,9% und den Medikamenten Apotheke mit 13,1%. Die Medikamentenkosten Arzt und Apotheke zusammen ergeben 4,3 Milliarden Franken was 19,9% der Kosten zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) entspricht.

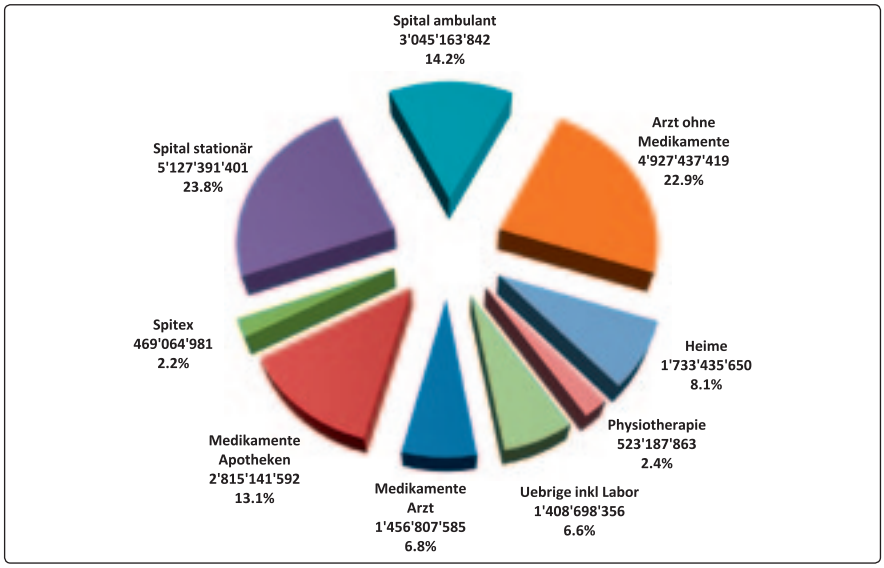
Die Kostenbeteiligung der Versicherten betrug im Jahr 2007 3,15 Milliarden Franken das entspricht 14,7% der Bruttoleistungen. Die Krankenversicherer bezahlen netto nach Abzug der Kostenbeteiligung 18,35 Milliarden Franken.

Kostenentwicklung im Jahr 2008 im Vergleich zum Vorjahr

Die Bruttokosten zulasten OKP inklusive Kostenbeteiligung der Versicherten sind 2008 im Durchschnitt um 4,3% gestiegen.

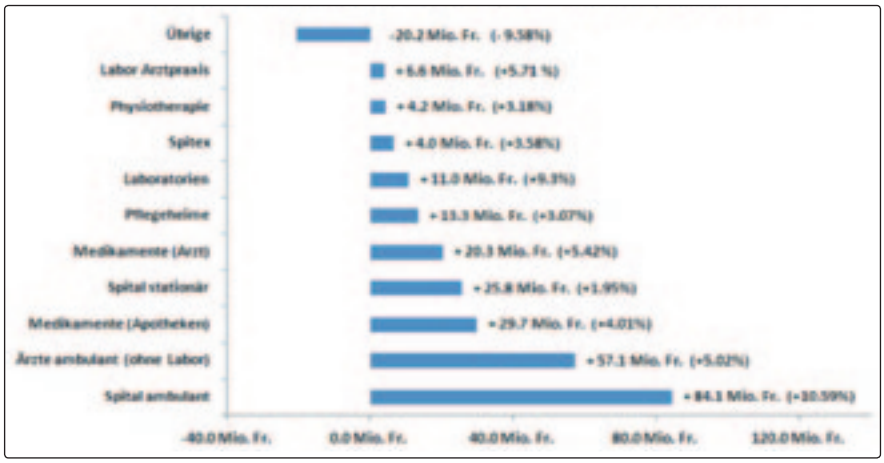
Die Kosten für Medikamente haben um 4,48% zugenommen. Im Rahmen der Selbstdispensation weist die Kostensteigerung von 5,42% der von Ärzten direkt abgegebenen Medikamente einen um 35% höheren Wert auf, als die über die Apotheken erfasste Steigerung von plus 4,01%. In diesem Wert sind zudem die

Bruttoleistungen nach Leistungserbringern zulasten OKP inklusive Kostenbeteiligung der Versicherten 21,5 Milliarden Fr. im Jahr 2007



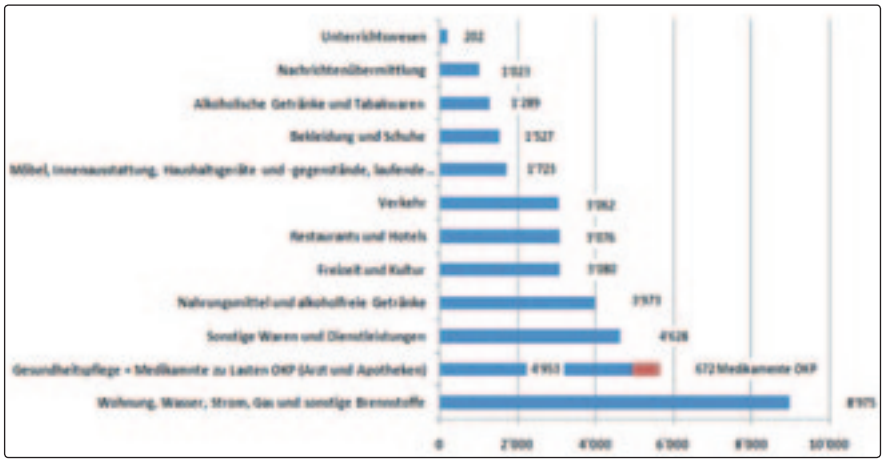
Quelle: BAG, Kostenmonitoring

Entwicklung der Bruttokosten nach Kostengruppen 2008 im Vergleich zum Vorjahr die durchschnittliche Kostensteigerung +4,3% entspricht 235,7 Mio. Fr.



Quelle: BAG, Kostenmonitoring

Gesamtwirtschaftliche Ausgaben der Haushalte für den Endkonsum 38 138 Fr. pro Kopf 2007



Quelle: Bundesamt für Statistik, BfS und Kostenmonitoring BAG

über die SD-Praxen verschriebenen Medikamente in der Höhe von 15% der Gesamtmedikamentenkosten nicht enthalten. Der Fehlanreiz der Selbstdispensationsregelung einer Vielzahl von Kantonen schlägt sich klar in diesen Zahlen nieder.

Die Krankenhauskosten, einschliesslich der ambulanten Behandlung, sind im Jahre 2007 um 5,8% gestiegen und liegen damit deutlich über ihrem Fünf-Jahres-Durchschnitt (2,9%). Seit 2002 sind bei den Krankenhauskosten die ambulanten Dienstleistungen mit durchschnittlich 7,1% pro Jahr deutlich stärker gestiegen als die stationären (2% p.a.). Dieser Trend setzte sich auch 2007 fort.

Auch die Aufwendungen für Institutionen für Betagte und Chronischkranke (Pflegeheime) sind 2007 mit einem Wachstum in der Höhe von 5,4% stärker gesteigen als die Gesamtkosten des Gesundheitswesens und liegen damit über dem Fünf-Jahres-Trend (3,8%).

Die gesamtwirtschaftlichen Ausgaben der Haushalte für den Endkonsum betrugen im Jahr 2007 287 Milliarden Franken. Pro Kopf ergibt das Ausgaben von 38 183 Franken.

Hinter den Ausgaben für Wohnung und Energie belegen die Aufwendungen für die Gesundheitspflege mit 5625 Franken pro Kopf den zweiten Platz. Die Ausgaben für Medikamente (Arzt und Apotheke) zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP betragen 672 Franken pro Kopf oder 12% der Ausgaben für Gesundheitspflege.

Sparmassnahmen im Gespräch

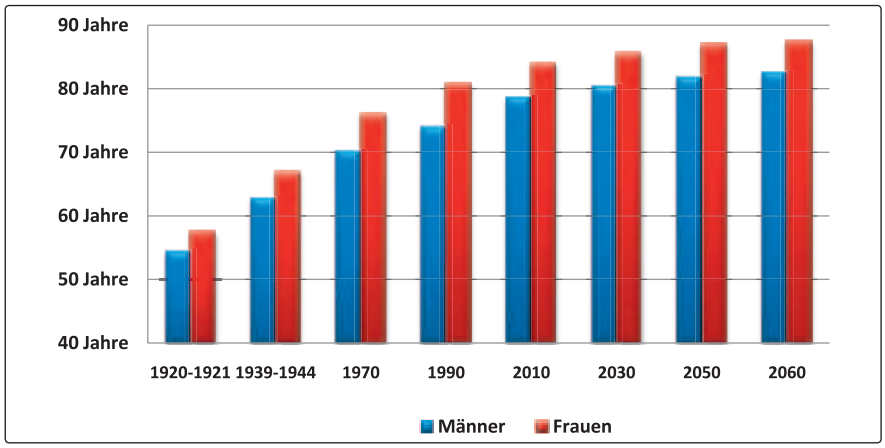
Massnahmen zur Kostenstabilisierung im Gesundheitswesen haben heute höchste Priorität. Verschiedene Institutionen, Gruppen und Politiker haben mehr oder weniger brauchbare Vorschläge zur Kostendämpfung ausgearbeitet.

Die Vorschläge des Preisüberwachers

Der Preisüberwacher schlägt für eine Senkung der Fabrikabgabepreise zu Lasten der Industrie die Ausweitung des Länderkorbs für den Auslandpreisvergleich vor. Neu würden auch die Nachbarländer Frankreich, Italien und Österreich als Vergleichsländer hinzugezogen. Als weitere Sparmassnahme auf Kosten der Leistungserbringer schlägt er eine kanalspezifische Senkung der Vertriebsmargen vor. Für Ärzte und Spitalambulatorien soll der preisbezogene Zuschlag von 15% auf 6% gesenkt werden. Der packungsbezogene Zuschlag, welcher die Infrastruktur- und die Administrationskosten einer öffentlichen Apotheke abdeckt, soll für diese beiden Kanäle halbiert werden. Mit diesen Massnahmen hofft der Preisüberwacher, 460 Millionen Franken zu sparen. Diese Schätzung scheint uns etwas zu optimistisch. Nach unseren Berechnungen beträgt das Einsparpotenzial hier maximal 230 Millionen Franken auf Basis der effektiven Zahlen aus dem Jahre 2008.

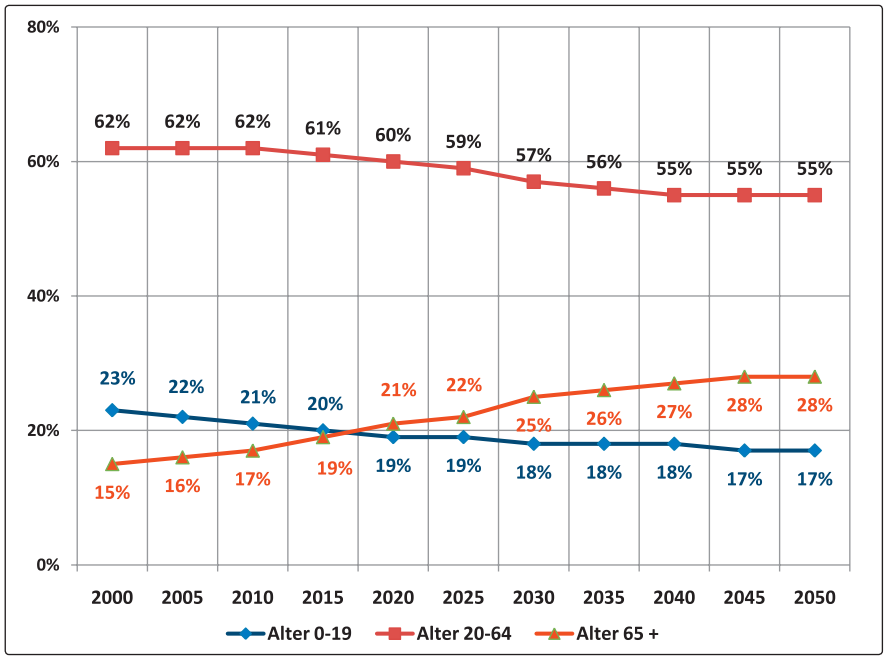
Die Vertriebsmarge der Apotheken soll ebenfalls gesenkt werden. Der preisbezogene Zuschlag soll von 15% auf 9% gesenkt werden, Einsparungen von 130 Millionen Franken werden erwartet. Unsere Berechnungen ergeben hier ein Einsparpotenzial von 90 Millionen Franken. Insgesamt sollten mit diesen Massnahmen aus der Sicht des Preisüberwachers 590 Millionen gespart werden. Das Einsparpotenzial aus unserer Sicht fällt mit 320 Millionen etwas bescheidener aus. Zudem dürfte jede weitere, die bereits angekündigte Senkung der Vertriebsmarge von 3% übersteigende Mass-

Zu erwartendes Lebensalter bei Geburt in den Jahren 1920 bis 2060



Quelle: BfS, Bundesamt für Statistik

Aktuelle und künftige Verteilung der Altersklassen gemäss dem Referenzszenario (A-00-2005) des BFS



Quelle: BfS, Bundesamt für Statistik

nahme weitaus mehr Apotheken in Bedrängnis führen als gesundheitspolitisch erwünscht.

Die mit der Medikamentenversorgung erwirtschafteten Erlöse werden derzeit zu zwei Dritteln über den Preis und zu einem Drittel aus den pharmazeutischen Dienstleistungen gedeckt und sind zumindest für den Kanal Apotheke kein Neben- sondern Haupterwerb. Mit Sicherheit wird jede getroffene Massnahme die zukünftige Medikamentenversorgung ausserhalb der Ballungszentren beeinträchtigen. Korrigierend dürfte in diesem Zusammenhang die vom Preisüberwacher geforderte Ausweitung der Leistungsabgeltung der Apotheker sein: «Dies kann einerseits dadurch geschehen, dass in der zukünftigen leistungsorientierten Abgeltung der Apotheker ebendiese Beratungsleistung zugunsten der preis- und packungsbezogenen Abgeltung deutlich verstärkt würde. Die Apotheker sind mithin als Erstanlaufstelle zu stärken und entsprechend zu honorieren.» (Zitat Newsletter Nr. 3/09 vom 18.6.2009). Hier ist die Politik gefordert, Fehlanreize konsequent durch ein Bonussystem für kosteneffizientes Handeln von Patient und Leistungserbringer zu ersetzen.

Das Sofortpaket 2009

Eine überparteiliche Gruppe hat auf Initiative von Nationalrat Otto Ineichen ein Paket geschnürt, das die Grundversicherung um 1,5 Milliarden Franken entlasten soll.

Hier die Kurzfassung der Vorschläge:

- → Direkter Gang zum Spezialarzt: 20 statt 10% Prozent Selbstbehalt.
- → Missbräuchliche Prämienrabattoptimierung: Der kurzfristige Wechsel von prämienverbilligten Modellen mit Wahlfranchisen nur noch alle zwei Jahre (derzeit ein Jahr).
- → Keine Verbilligung der Prämien der Grundversicherung für Versicherungsnehmer mit einer Zusatzversicherung.
- → Erhöhung der Beteiligung an den Spitalkosten auf 15 Franken pro Tag, statt wie bisher 10 Franken.
- → Keine Kostenübernahme für die Ausstellung von Arbeitszeugnissen bei Akuterkrankungen.
- → Verbot von Telefonwerbung und Provisionen bei der Jagd auf Versicherte mit niedrigem Risiko.
- → Bessere Tarife für Grundversorger, ambulante Behandlungen im Spital nicht mehr höher abgelten, Grundversorger in Mangelgebieten besser stellen.
- → Gleiche Tarife für gleiche Leistungen, die Taxpunktwerte sollen in der ganzen Schweiz maximal 10% variieren.
- → Bei gleichwertigen Medikamenten: nur noch Übernahme der Kosten für das günstigste Medikament.
- → Margen der Medikamente und der Hilfsmittel senken.

Alle diese Sparmassnahmen dienen im besten Fall nur einer kurzfristigen Dämpfung der Kostenentwicklung. Der unausweichliche weitere Anstieg hat eine natürliche Kausalität. Die Lebenserwartung steigt in den nächsten Jahren weiter an. Somit müssen alle getroffenen Massnahmen sorgfältig auf ihre mittel- und langfristige Tauglichkeit analysiert werden, wenn auch inskünftig ein flächendeckendes und effizientes Versorgungsnetz aufrecht erhalten werden soll.

Das Bundesamt für Statistik hat ein Szenario über die künftige Verteilung der Altersklassen erstellt, das alle Faktoren der Entwicklung berücksichtigt:

Heute sind 16% der Bevölkerung 65 Jahre alt oder älter. Im Jahr 2035 werden laut dem Szenario 26% der Bevölkerung 65 Jahre alt oder älter sein, im Jahre 2050 sogar 28%.

Unter diesen Voraussetzungen wird es nicht mehr genügen, das bestehende Gesundheitssystem zu optimieren und die Leistungserbringer auszupressen.

Ist einmal der Punkt erreicht, an dem Leistungen nicht mehr kostendeckend abgegolten werden, ist mit einer drastischen Unterversorgung zu rechnen.

Neue Wege müssen gefunden werden, um Herr der Lage zu bleiben und eine kostengünstige Versorgung zu gewährleisten.

Sofortmassnahmen

Der Bundesrat und das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) haben verschiedene Sofortmassnahmen beschlossen, um die Kosten der Medikamente zu senken. Dadurch sollten ab nächstem Jahr Einsparungen zugunsten der Krankenversicherung von über 400 Millionen Franken erzielt werden. Die Senkung des Vertriebsanteils für Medikamente um 3%, die Erweiterung des Länderkorbs für den Auslandpreisvergleich und ein neues System zur Preisbildung für Generika sind Massnahmen, die den Ertrag mit der Abgabe von Medikamenten direkt beeinflussen. ▮

Korrespondenzadresse
Didier Ray, Leiter Abteilung Politik und Wirtschaft
pharmaSuisse
E-Mail: didier.ray@pharmasuisse.org

Detailliertere Informationen zu diesem Artikel finden Sie im Mitgliederbereich unserer Webseite www.pharmaSuisse.org.

Das BAG betreibt eine Internetseite, die einen sehr guten Überblick über die Kostenentwicklung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bietet: www.bag.admin.ch/kmt/

La traduction française paraîtra dans un prochain numéro du pharmaJournal.

Nouveaux défis dans l'approvisionnement en médicaments

Christina Haas

Les primes devraient augmenter de 15% l'année prochaine. Lors du congrès annuel Euroforum, les représentants de la santé et de la politique ont discuté de différentes solutions pour enrayer l'explosion des coûts sans réduire la qualité dans les prestations et dans la remise de médicaments.

La hausse des coûts de la santé est devenue incontrôlable. Les politiciens et les représentants d'intérêts cherchent donc des solutions pour enrayer l'explosion menaçante des primes maladie. Des pistes comme la baisse du prix des médicaments, l'augmentation de la quote-part et la prescription du médicament le meilleur marché ont été explorées. Toutefois, pour diminuer à long terme les coûts tout en maintenant le même niveau de qualité, tous les spécialistes s'accordent à dire que les freins à court terme aux dépenses ne suffiront pas. Les mesures à longue échéance prévoient toutes une collaboration



Dominique Jordan

Interview de Dominique Jordan, président de pharmaSuisse

Le système de santé suisse traverse une crise. Quels en sont à votre avis les principales raisons?
Le principal problème réside dans la mauvaise utilisation de l'infrastructure et le manque d'intégration des acteurs. Si tous les acteurs se concentraient sur leurs compétences de base, les soins de premier recours pourraient être organisés plus rigoureusement. Les réseaux de soins intégrés dans lesquels chaque acteur assumerait les tâches pour lesquelles il est le plus qualifié et efficace ne sont pas encore assez développés, et beaucoup d'argent est encore investi dans des prestations qu'un autre fournisseur de soins pourrait offrir de façon plus avantageuse et mieux accessible pour le patient.

Pour travailler dans ces réseaux de soins intégrés, les différents fournisseurs de soins doivent se faire un minimum de confiance. Ceci est-il vraiment le cas entre médecins et pharmaciens?
De nombreux exemples prouvent que les médecins et les pharmaciens peuvent bien collaborer. Je pense notamment aux cercles de qualité et aux réseaux régionaux de soins. Malheureusement, il n'est pas possible de trouver une stratégie globale au niveau national. L'ancrage des réseaux de soins connus est encore trop fort. A l'avenir, il faudra cependant mieux utiliser les ressources pour éviter que les coûts continuent à prendre l'ascenseur. En d'autres termes, le médecin doit établir le diagnostic et entourer médicalement le patient, mais laisser le traitement médicamenteux au pharmacien. Les médecins et les pharmaciens doivent se compléter, chacun dans son propre domaine de compétences. Pour y parvenir, les médecins devraient renoncer à la dispensation médicale pour s'assurer un revenu supplémentaire.

Rien ne changera à l'avenir en Suisse. Il sera toujours possible de recevoir ses médicaments directement du médecin. A quel point la dispensation médicale est-elle un frein à la recherche de solutions novatrices dans le système de santé?
C'est un obstacle très important. Il existe deux cursus universitaires bien distincts, celui de la pharmacie et celui de la médecine. Les études de pharmacie mettent l'accent sur l'analyse et l'activité de laboratoire. Les pharmaciens sont des spécialistes de la pharmacie clinique et des experts dans le domaine des médicaments. Par contre, les études de médecine transmettent les fondements permettant de poser un diagnostic. Les médecins ne sont toutefois pas des experts ayant été formés dans le domaine des médicaments. Aujourd'hui, la hausse des coûts est plus élevée d'un tiers sur les médicaments qui sont directement remis par le médecin. Dans le canal des pharmacies, la hausse des coûts est par contre inférieure à la moyenne – grâce à la RBP. Aussi longtemps que les médecins pourront générer un revenu supplémentaire à travers la vente de médicaments, il ne sera pas possible d'imposer des modèles novateurs au sein desquels chaque acteur fait ce pourquoi il a été formé.

Depuis l'introduction de la RBP en 2001, les pharmaciens sont déjà parvenus à économiser 1 milliard de francs suisses. Mis à part la RBP, à quel niveau les pharmaciens décèlent-ils encore un potentiel d'économies, aujourd'hui et à l'avenir?
Depuis des années, le succès des cercles de qualité médecins-pharmaciens se confirme. Ils ont indéniablement contribué à baisser les coûts des médicaments – tout en maintenant la qualité du traitement. Après leurs études, les pharmaciens suivent continuellement des formations de base et continue qui leur permet d'assumer un rôle important, y compris dans les réseaux de soins du futur. La RBP IV propose de nouvelles prestations permettant de diminuer le gaspillage de médicaments. Nous recherchons une collaboration étroite avec d'autres acteurs afin de proposer un suivi encore plus efficace aux patients.

Interview: Christina Haas

entre les différents acteurs du système de santé et nécessitent la volonté d'étudier de nouveaux modèles de soins de premier recours.

Diminuer les coûts tout en maintenant la qualité

Pour baisser notablement les coûts, les politiciens doivent cependant aussi entamer des réformes qui endiguent la concurrence entre les différents fournisseurs de soins. Aujourd'hui, de trop nombreuses caisses recherchent le même profil de patients – à savoir les bons risques. Ceci les conduit à proposer les mêmes prestations à des prix différents. Étant donné que de nombreuses décisions de santé sont prises par les cantons, les politiciens éprouvent des difficultés à user de leur influence. D'après Christine Egerszegi-Obrist, conseillère aux États PRD du canton d'Argovie, il serait plus efficace de confier la régulation des coûts à la Confédération. Les cantons n'ont aucun intérêt à réduire les coûts dans la mesure où ils ne gagnent rien si les traitements sont offerts à un prix avantageux. Si les flux financiers étaient décentralisés, Christine Egerszegi pense que les cantons seraient incités à faire des économies dans le domaine ambulatoire également et de favoriser les réseaux de soins.

Réseaux de soins intégrés

Il ne faut pas seulement économiser sur le prix des médicaments. A l'avenir, les modèles de soins intégrés gagneront encore en importance. Les modèles du médecin de premier recours (HMO), les réseaux de médecins de premiers recours ou les centres régionaux de soins doivent être facilement accessibles. Grâce à l'encouragement de la compliance et au suivi intensif des patients, ils doivent en outre permettre d'augmenter la qualité du traitement tout en diminuant les coûts. Le pré-triage par des opérateurs de télémédecine représente un nouveau et important service qui permettrait de soulager le système de santé. Une mesure proposée par le Conseil fédéral prévoit de contraindre chaque assureur maladie d'offrir un service de télémédecine par téléphone. Ce premier triage doit permettre d'éviter que les patients se rendent à l'hôpital pour des pseudo-urgences et des maladies bénignes.

Prestations élargies en faveur du système de santé

Pour parvenir à une stabilisation des coûts à long terme, tous les acteurs doivent travailler main dans la main. Dominique Jordan, président de pharmaSuisse, en est persuadé. Chaque acteur devrait se voir attribuer les tâches qu'il peut accomplir le plus efficacement et professionnellement. Ces dernières années, la pharmacie en tant que centre de compétences du secteur de la santé a développé quelques prestations novatrices qui ont contribué à baisser les coûts et promu les génériques. En introduisant la rémunération basée sur les prestations (RBP), les pharmaciens ont proposé aux caisses-maladie une solution qui a permis depuis 2001 d'économiser les coûts avec succès. La RBP IV, qui entrera en vigueur en même temps que la baisse des prix annoncée par les autorités, introduit une nouvelle prestation sous la forme de l'entretien polymédication. Ce dernier est proposé aux patients qui prennent simultanément plus de quatre médicaments et a pour but d'améliorer la compliance. La remise de médicaments constitue l'activité principale de la pharmacie. Cependant, le pharmacien est reconnu aujourd'hui déjà comme un gatekeeper à part entière du système de santé. ▮

Adresse de correspondance

Christina Haas, collaboratrice à la rédaction du pharmaJournal

E-mail: christina.haas@pharmasuisse.org

Flash



Apotheken kennen keine Sommerpause …

… im Gegenteil. Gerade in der Ferienzeit, wenn auch zahlreiche Ärzte abwesend sind, spielen sie mit ihren langen Öffnungszeiten und ihrer leichten Zugänglichkeit eine wichtige Rolle in der Grundversorgung der Zuhausegebliebenen; bei zahlreichen saisonalen Unpässlichkeiten können die Apothekenteams wirkungsvoll helfen.
Sommerzeit, Ferienzeit: bei gutem Wetter findet das Leben vorwiegend in der freien Natur, auf Balkonen, in Gärten, an See- und Flussufern statt. Nicht nur Sonnenschutz-Produkte, kühle Getränke und Glacen haben Hochsaison, auch die Insekten. Insektenstiche können unangenehm sein, Insektengifte können aber auch gefährliche anaphylaktische Reaktionen auslösen. Für Allergiker, die ihr Risiko kennen, kann es überlebensnotwendig sein, die Anzeichen richtig zu deuten und die gefährliche Reaktion gegebenenfalls mit einem Adrenalin-Autoinjektor sofort zu unterbinden. In der Schweiz sind dazu zwei Produkte auf dem Markt, die sich in der Handhabung grundlegend unterscheiden und deshalb in der Apotheke nicht substituiert werden sollen. Wir publizieren dazu in der vorliegenden Ausgabe zu diesem Thema eine aktuelle Warnung von AKA und Swissmedic.
Wie die Apotheken macht auch das pharmaJournal keine Sommerpause: in dieser Nummer finden Sie nicht nur die Informationen zu den Adrenalin-Autoinjektoren, sondern auch ein Interview mit Präsident Dominique Jordan zur Arzneimittelversorgung und einen Hintergrundbericht zu den dringlichen Sparmassnahmen im Gesundheitswesen (einige Übersetzungen folgen in der nächsten Ausgabe).

Christa Rüedi

Les pharmacies ne connaissent pas de pause d'été …

… bien au contraire. Pendant la période des vacances, lorsque de nombreux médecins sont également absents, les pharmacies assurent les soins de premier recours de tous ceux qui sont restés à la maison. Grâce à leurs longues heures d'ouverture et à leur facilité d'accès, ils peuvent être d'un précieux secours pour traiter de nombreuses indisponibilités saisonnières.
La période d'été et de vacances est favorable aux activités à l'extérieur, dans la nature, sur les balcons, dans les jardins, aux abords des lacs et des rivières. Les vendeurs de crèmes solaires, de boissons fraîches et de glaces sont pris d'assaut. Les insectes ne chôment pas non plus. Leurs piqûres peuvent être désagréables et leurs venins déclenchent parfois de graves réactions anaphylactiques. Pour les allergiques, conscients de leurs risques, il est essentiel de reconnaître les signes avant-coureurs et d'enrayer le cas échéant la réaction au moyen d'un auto-injecteur d'adrénaline. En Suisse, deux produits sont disponibles sur le marché. Leur utilisation est toutefois fondamentalement différente. Ils ne peuvent donc pas être substitués dans la pharmacie. Dans ce numéro, nous publions un avertissement de la CMPS et de Swissmedic sur le sujet.
Tout comme les pharmacies, le pharmaJournal ne connaît pas non plus de pause d'été: dans ce numéro, vous trouverez non seulement des informations sur les auto-injecteurs d'adrénaline, mais aussi une interview du président Dominique Jordan sur l'approvisionnement en médicaments, ainsi qu'un article sur les mesures d'économies urgentes dans le système de santé (quelques traductions seront publiées dans le prochain numéro).

Christa Rüedi

**pharmActuel Symposium 2008:
Erlebnisbericht einer Gewinnerin des Wettbewerbes**

Meet the expert

Annemarie Koller

Die Gewinner des letztjährigen pharmActuel-Wettbewerbes durften Dr. Peter Gnehm am 13. Mai 2009 in der Kardiologischen Gemeinschaftspraxis im Herzzentrum Bern besuchen.

Als erstes erläuterte Peter Gnehm die wichtigsten Funktionen des Herzens sowie dessen morphologische Gliederung. Die gezeigten Skizzen wurden mit Filmausschnitten von Dopplerultraschallaufnahmen ergänzt.

Als Herzspezialist präsentierte uns Peter Gnehm einen Fall aus seiner Praxis. Nachdem er uns mit der Krankengeschichte der Patientin vertraut gemacht hatte, durften wir live mittels transtorekaler Farbdopplerechokardiographie in das Herz seiner Patientin sehen. Erstaunlich, wie schon kleinste Shunts, kleine muskuläre Dysfunktionen, Narben und Stenosen mit dieser Technik sichtbar sind.



Um den Verlauf von Herz-Lungenerkrankungen zu beurteilen, gezielte Therapiemassnahmen festzulegen und um die erfolgten Massnahmen auf ihre Wirksamkeit überprüfen zu können, wird bei Patienten die Ergometrie (Erstellen eines Belastungs-EKGs) eingesetzt. Nachdem zuerst die Ruhedaten (Puls, Blutdruck, EKG) erhoben worden waren, ging es aufs Fahrrad. Angefeuert von allen Anwesenden radelte ich über fünf Belastungsstufen während knapp zehn Minuten, wobei gegen Ende die Umdrehungen pro Minute noch gesteigert wurden, um das Ziel der maximalen individuellen körperlichen Belastung zu erreichen. Auf einer Befindlichkeitsskala wurde meine jeweilige persönlich empfundene Belastung erfragt. Resultat: den Erwartungen entsprechendes normales Belastungs-EKG. Bei der Interpretation der Resultate gehe es immer um den Menschen als Individuum und nicht um Maschinen, meinte Peter Gnehm. Er zeigte uns verschiedene Belastungs-EKGs, die als pathologisch eingestuft worden wären, hätte man nicht den Menschen dahinter gesehen.

Nach dem sehr interessanten und lehrreichen Abend und einem herzhaften Abendessen radelte ich körperlich, geistig und sozial gestärkt nach Hause. ▮

Korrespondenzadresse
Annemarie Koller, Apothekerin
E-Mail: annemarie@koller.be

**Symposium pharmActuel 2008:
compte rendu d'une gagnante du concours**

Meet the expert

Annemarie Koller

Les gagnants du dernier concours pharmActuel ont rendu visite, le 13 mai 2009, au Dr Peter Gnehm dans son cabinet cardiologique au centre cardiaque de Berne.

Peter Gnehm a commencé par expliquer les principales fonctions du cœur ainsi que sa structure morphologique. Les esquisses présentées ont été complétées par des images d'ultrasons.

En tant que spécialiste du cœur, Peter Gnehm a évoqué un cas de son propre cabinet. Après nous avoir présenté l'historique médical de la patiente, nous avons pu regarder à l'intérieur de son cœur au moyen d'une échocardiographie. Il est impressionnant de voir comment cette technique permet de voir déjà de petits shunts, de petites dysfonctions musculaires, des cicatrices et des sténoses.

Pour évaluer l'évolution de maladies cardio-respiratoires, fixer des mesures thérapeutiques ciblées et vérifier l'efficacité des mesures prises, une ergométrie est pratiquée sur les patients (établissement d'un électrocardiogramme d'effort). Après prélèvement de mes données au repos (pouls, tension artérielle, ECG), je suis donc montée sur le vélo. Encouragée par tous les autres participants, j'ai dû pendant dix minutes passer par cinq niveaux d'effort. Vers la fin, les rotations par minute ont encore été augmentées pour atteindre mes limites corporelles maximales. Sur une échelle d'appréciation, il m'a été demandé d'évaluer ce que j'avais ressenti pendant l'effort. Résultat: mon ECG est normal, conformément aux attentes. Peter Gnehm a précisé que lors de l'interprétation des résultats, il fallait toujours se fier à l'individu plutôt qu'aux machines. Pour illustrer ses propos, il nous a montré divers ECG d'effort qui auraient été qualifiés de pathologiques si l'individu derrière n'avait pas été pris en considération.

Après une soirée très intéressante et instructive, ainsi qu'un repas copieux, je suis rentrée chez moi physiquement, mentalement et socialement fortifiée. ▮

Adresse de correspondance
Annemarie Koller, pharmacienne
E-mail: annemarie@koller.be

Agenda 2009

Den Veranstaltungskalender finden Sie auch auf www.pharmaSuisse.org unter Pharmazie&Fachpublikum → Beruf Apotheker → Fortbildung FPH/Weiterbildung FPH → Veranstaltungskalender
Le calendrier des manifestations se trouve également sur www.pharmasuisse.org, sous Pharmaciens&Politique → Profession pharmacien → Formation postgraduée/Formation continue → Calendrier des manifestations.

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH**

Manifestations reconnues par la FPH officine (O), hôpital (H) et homéopathique (HOM)

Date	O/H/ Hom	titre	organisateur	lieu	heure	informations	PC/ Module	numéro d'identification	prix
Septembre									
17.09.	O	Système nerveux-ostéoporose 2e partie	Phylak Sachsen (Schweiz) GmbH	Yverdon	09.15–16.45	Tél. 034 461 62 88 barbara.gopalsamy@phylak.ch	50	**1**-74-11-09-P50	120.–
17.09.	O	Système nerveux-ostéoporose 3e partie	Phylak Sachsen (Schweiz) GmbH	Yverdon	09.15–16.45	Tél. 034 461 62 88 barbara.gopalsamy@phylak.ch	50	**1**-74-12-09-P50	120.–
17.+18.09.	O	L'audit qualité	Résoplus SA	Ovronnaz	sur demande	Tél. 021 351 41 51 www.resoplus.ch	75	**3**-66-56-09-P75	950.–
22.09.	O	Mieux comprendre les médicaments: le système gastro-intestinal	Université de Genève et Lausanne	Genève	20.00–22.00	Tél. 022 379 78 33 www.unige.ch/formcont	16.5	**1**-91-206-09-P16.5	50.–
22.09.	Hom	Supervisions. Soirée études de cas	Homéo Institut	Lausanne	19.45–22.00	imfeld@homeoconseil.org	20.75	KH-05-05-09-P20.75	35.–
24.09.	O	Nouvelles acquisitions thérapeutiques en matière d'anticoagulation	Université de Genève et Lausanne	Lausanne	20.00–22.00	Tél. 022 379 78 33 www.unige.ch/formcont	16.5	**1**-91-211-09-P16.5	50.–
24.09.	O	Système nerveux-ostéoporose 2e partie	Phylak Sachsen (Schweiz) GmbH	Romanel	09.15–16.45	Tél. 034 461 62 88 barbara.gopalsamy@phylak.ch	50	**1**-74-11-09-P50	120.–
24.09.	O	Système nerveux-ostéoporose 3e partie	Phylak Sachsen (Schweiz) GmbH	Romanel	09.15–16.45	Tél. 034 461 62 88 barbara.gopalsamy@phylak.ch	50	**1**-74-12-09-P50	120.–
24.09.	O/H	Pharmacie clinique: Atelier avec analyse de cas	GSASA	Lausanne	sur demande	Carole.Bornand@hjbe.ch	25	**1**-103-393-09-P25	gratuit

Nous vous demandons de conserver le calendrier des manifestations FPH car les dates de ces manifestations ne seront mentionnées qu'une seule fois dans le pharmaJournal.
Domaines de compétences (correspond au 1er chiffre du numéro d'identification)
1: Compétences pharmaceutiques 2: Compétences en santé communautaire 3: Compétences en gestion 4: Compétences personnelles

FPH-anerkannte Veranstaltungen im Bereich Offizin (O)- und Spitalpharmazie (S) sowie klassischer Homöopathie (H)

Datum	O/S/ H	Titel	Ver-anstalter	Ort	Zeit	Informationen	KP/ Modul	ID-Nummer	Preis
August									
11.08.	O	Reanimations Training	Hirslanden Bern	Bern	19.00–21.00	Tel. 031 335 30 80 gabriela.troesch@hirslanden.ch	16.5	**1**-263-1-09-P16.5	gratis
12.08.	O	Arthritis – entzündliches Rheuma	pharmActuel	Bern	19.30	Fax: 031 302 23 22 laenggass.apotheke@bluewin.ch	15	**1**-3-251-09-P15	gratis
19.08.	O	Erleben Sie einen stressfreien Apotheken-Alltag	Seminaris Ausbildung + Kommunikation	Basel	14.00–19.00	Tel. 041 210 19 20 info@seminaris.ch	41.75	**4**-260-2-09-P41.75	30.–
20.08.	O	ADHS – Krankheitsbild und Behandlung	pharmActuel	Zürich	20.00	pharmzh@gmx.net	15	**1**-3-242-09-P15	Abonnenten: 20.– Nicht-Abonnenten: 30.– Studenten: 5.–
26.08.	O	Rezeptvalidierung Beispiele	pharmActuel	Bern	19.30	Fax: 031 302 23 22 laenggass.apotheke@bluewin.ch	15	**1**-3-230-09-P15	Abonnenten: 20.– Nicht-Abonnenten: 30.– Studenten: 5.–
31.08.	O	Wie führe ich erfolgreich ein Gespräch mit Partnern im Gesundheitswesen	medinform GmbH	Zürich	19.30–21.45	Tel. 044 910 43 62 info@medinform.ch	16.5	**3**-226-110-09-P16.5	250.–
September									
03.+04.09.	O	Präsentieren als Infotainment	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	100	**4**-48-36-09-P100	3000.–
04.–06.09.	H	Krisenmanagement	Samuel Hahnemann Schule	Rapperswil	08.30–19.00	info@hahnemann.ch	150	KH-06-05-09-P150	490.–
05.09.	O	Schlagfertig & erfolgreicher	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**4**-48-37-09-P50	1450.–

→

08.09.	O/S	2. GS1 Forum Effizienz im Gesundheitswesen	GS1	Bern	auf Anfrage	Evelyne.Boesiger@gs1.ch	50	**1**-103-394-09-P50	350.–
08.09.	O	Erleben Sie einen stressfreien Apotheken-Alltag	Seminaris Ausbildung + Kommunikation	Bern	14.00–19.00	Tel. 041 210 19 20 info@seminaris.ch	41.75	**4**-260-2-09-P41.75	30.–
09.09.	O	Erleben Sie einen stressfreien Apotheken-Alltag	Seminaris Ausbildung + Kommunikation	Zürich	14.00–19.00	Tel. 041 210 19 20 info@seminaris.ch	41.75	**4**-260-2-09-P41.75	30.–
09.09.	O	Notfalltraining für ApothekerInnen	Mepha Pharma AG	Nottwil	09.15–16.30	Tel. 061 705 43 29 cornelia.lind@mepha.ch	35	**2**-96-18-09-P35	100.–
09.09.+ 10.09.+ 21.10.	O	Komplementär-Seminar	Torre Schweiz AG	Kappel am Albis	09.00–18.00	Tel. 041 756 09 30 info@torre-schweiz.ch	150	**1**-63-950-09-P150	1590.– bis 2650.–
09.–12.09.	H	Arzneimittelforschung: Lupulus humulus	IGEH	Ittingen	auf Anfrage	www.igeh.ch	200	KH-16-02-09-P200	300.–
10.09.	O	Inhalationsgeräte	medinform GmbH	Zürich	auf Anfrage	Tel. 044 391 76 45 info@medinform.ch	25	**1**-226-103-09-P25	200.–
10.09.	H	Homöopathie in der Schwangerschaft + Geburtshilfe	SAHP	Luzern	09.15–17.15	www.sahp.ch	50	KH-01-14-09-P50	200.– bis 220.–
13.+14.09.	O	Dipl. Spagyriker Heidak – Modul 2c	Heidak AG	Emmenbrücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	750	**1**-302-03-09-P750	2925.–
14.09.	O	Säure-Basen-Haushalt	Biomed AG	Olten	09.00–17.30	Tel. 044 802 16 16 allsan@biomed.ch	54.25	**1**-38-3-09-P54.25	150.–
14.09.	O	Gemmo Ergänzungs-Kurs	Spagyros AG	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 959 55 88 kurse@spagyros.ch	50	**1**-142-40-09-P50	172.15
14.+15.09.	O	Mitarbeiterführung – von Beginn an sicher (Modul I)	SPA AG	Schwarzsee	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-7-09-P100	1240.–
14.09.+ 19.10.	O	Arbeitsmethoden für die Praxis	hiltbrand-consulting GmbH	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 312 60 45 www.hiltbrand-consulting.ch	100	**3**-47-4-09-P100	780.–
15.09.	O	Zeitmanagement	Monika Lauby Ausbildungsberaterin	Basel	09.00–17.00	Tel. 061 691 00 00 info@lauby.ch	50	**4**-102-6-09-P50	460.–
15.09.	O	Basic 2	Heidak AG	Emmenbrücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-01-09-P50	195.–
15.09.	O	Betrachtung ausgewählter Arzneipflanzen	SMGP	Zürich	19.00–21.15	Tel. 044 262 65 69 bfalch@gmx.ch	18.5	**1**-20-33-09-P18.5	gratis bis 30.–
15.09.	O	Pädiatrie – ein Entwicklungszyklus Teil 1: Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder	Agfam	Zürich	08.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	50	**1**-1-17-09-P50	380.– im 6er-Abonnement, 420.– als Einzelkurs
15.09.	O	Kopfschmerz	TopPharm AG	Basel	09.00–18.00	Tel. 061 416 90 90 info@toppharm.ch	62.5	**4**-25-72-09-P16.5 **1**-25-71-09-P46	490.–
16.09.	O	Arzneimittel-Information auf pharmavista	e-mediat AG	Basel	13.00–17.30	Tel. 058 851 26 06 training@e-mediat.net	30	**1**-11-1-09-P30	220.–
16.09.	O	Akut-Situationen im Personalbereich	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**4**-48-38-09-P50	590.–
16.+17.09.	O	Führen mit Wirkung	Monika Lauby Ausbildungsberaterin	Olten	9.30	Tel. 061 691 00 00 info@lauby.ch	100	**3**-102-4-09-P100	950.–
17.09.	O	Kopfschmerz	TopPharm AG	Bern	09.00–18.00	Tel. 061 416 90 90 info@toppharm.ch	62.5	**4**-25-72-09-P16.5 **1**-25-71-09-P46	490.–
17.09.	O	Lebensmitteleinkauf: Die Qual der Wahl	Schweiz. Ges. für Ernährung	Bern	09.15–17.00	Tel. 031 385 00 00 info@sge-ssn.ch	46	**2**-305-1-09-P46	100.– bis 200.–
17.09.	O	Inhalationsgeräte	medinform GmbH	Zürich	auf Anfrage	Tel. 044 391 76 45 info@medinform.ch	25	**1**-226-103-09-P25	200.–
17.09.	O	Phytotherapie in der Dermatologie	SMGP	Wädenswil	09.15–17.00	Tel. 058 934 59 80 kurse-smgp.isfm@zhaw.ch	46	**1**-20-9-09-P46	60.– bis 400.–
17.09.	O/S	6. Amgen Gesundheits- und Pharmaökonomie-Forum	Amgen	Bern	auf Anfrage	priskag@amgen.com	20	**1**-103-392-09-P20	gratis
17.+18.09.	O	Projektmanagement – Grundlagen	SPA AG	Winterthur	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-74-09-P100	1240.–
17.09.– 17.12.	H	Grundausbildung in klassischer Homöopathie, 1. Semester	ZAKH	Zürich	18.15–20.45	www.zakh.ch	350	KH-02-01-09-P350	900.–

Haben Sie Anregungen, Bemerkungen, Vorschläge zu Kursprogrammen oder einzelnen Kursen?
Wir freuen uns auf Ihr Feedback! Fax 031 978 58 59; kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Veuillez adresser vos remarques, suggestions et propositions concernant les programmes ou les divers cours à Madame Kathrin Zybach (fax 031 978 58 59; e-mail: kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Mitteilungen Communications

Deutschland: Shell nervös wegen Apotank

Das Pick up-Modell in vier Shell-Tankstellen im Raum Minden bei Hannover läuft offenbar nicht so, wie es sich die Initiatoren vorgestellt haben. Die geplante Ausweitung von «Apotank» auf 20 Standorte verzögert sich. Weitergehen soll es aber auf jeden Fall. Beim nächsten Mal soll es in grossstädtischen Regionen versucht werden. Vor September wird es mit neuen «Apotankstellen» aber vermutlich nichts.

Beim Mineralölkonzern hat man sich über die ersten Reaktionen auf das Modell offenbar erschreckt. «Shell war ein bisschen nervös, weil auch Nachfragen von Politikern kamen. Wenn damit eine politische Diskussion in Gang gesetzt wird, die negativ auf den Konzern zurückfällt, machen die sofort einen Rückzieher», so die Initianten.

www.apotheke-adhoc.de

Deutschland: Apotheken beschwerdefrei

Die Patientenbeauftragte der Bundesregierung hat mit Apotheken nicht viel Ärger: Begründete Beschwerden über die Leistung der Pharmazeuten werden selten an sie gerichtet, die Beratung wird nur in Ausnahmefällen bemängelt. Das ergab die Auswertung von rund 20 000 Anfragen an die Patientenbeauftragte.

Ein Berliner Institut hat alle Beschwerden und Anfragen von Anfang 2004 bis Ende 2007 systematisch ausgewertet. Die Apotheken werden gemeinsam in einer Kategorie mit Heil- und Hilfsmittelherstellern gezählt. Auf diesen Bereich entfielen im Untersuchungszeitraum lediglich 8 Prozent der Anfragen.

Häufiger als die Apotheken wurden die Kommunikation mit den Ärzten bemängelt oder vermutete Behandlungsfehler an die Patientenbeauftragte gemeldet. Den Apothekern rät der Mitarbeiter des Instituts trotzdem, sich auf den Zahlen bis zum detaillierten Bericht im Dezember nicht auszuruhen. Schliesslich gebe es auch mehr Ärzte als Apotheker.

www.apotheke-adhoc.de

Spezialitätenliste
Liste des spécialités

Die nachfolgenden Erwähnungen sind als Hinweis zu verstehen und betreffen nur einzelne Dosierungen der genannten Präparate. Für die vollständige Liste konsultieren Sie bitte jeweils das zitierte BAG-Bulletin. pharmaSuisse übernimmt keine Gewähr für die Vollständigkeit der folgenden Auflistung und der Auflistungen in vorangehenden Ausgaben des pharmaJournal.

Les indications ci-après doivent être considérées comme des remarques et concernent uniquement les posologies individuelles des préparations citées. La liste complète peut être consultée dans le bulletin de l'OFSP mentionné. pharmaSuisse n'assume aucune responsabilité quant à l'intégralité de la liste ci-après et des listes publiées dans des éditions précédentes du pharmaJournal.

Im BAG-Bulletin 29 vom 13. Juli 2009 sind publiziert:

Publié dans le bulletin de l'OFSP nº 29 du 13 juillet 2009:

Gültig ab 1. Januar 2009/
Valable à partir du 1er janvier 2009:

→ Wurde irrtümlich gestrichen / à été radié par erreur: Kapanol

Gültig ab 1. Juli 2009/
Valable à partir du 1er juillet 2009:

→ Neuzugang Präparate / Nouvelles admissions des préparations: Fluoxetin Actavis, Fluoxetin Axapharm, Venlafaxin ER Sandoz eco, Venlafaxin ret Helvepharm, Inovelon, Sumatriptan Actavis, Amlodipin Axapharm, Amlodipin Besilat Teva, Bramitob, Diclofenac 1A Pharma, Tredaptive, Gemcitabin Actavis, Hycamtin, Irinotecan Sandoz, Irinotecan Teva, Amoxicillin Axapharm, Amoxicillin Axapharm 5%, Doxycyclin Axapharm, Teicoplanin Teva, Sebivo, Duac Akne, Cosopt S

→ Andere Packungen und Dosierungen / Autres emballages et dosages: Bilol, Inhibace, Fosavance Wochentabletten

→ Neu gestrichene Präparate/ Packungen / Préparations/emballages radiés: Triatec 1.25, Triatec 2.5, Triatec 5, Farlutal Depot1000, Farlutal Depot500, Phenocillin, Clamoxyl RC, Augmentin, Augmentin Trio, Flutinase

→ Preissenkungen / Réductions de prix: Amoxi Mepha 1000, Amoxi Mepha 750, Scanlux, Timoptic XE

→ Preiserhöhung / Augmentation de prix: Prednisolon P Streuli

†

Todesanzeige

Wir haben die traurige Pflicht, unsere Mitglieder vom Hinschied von

Frau

Heidy Baumberger-Buchmann

9. 2. 1950–30. 6. 2009

Apothekerin, Appenzell
Mitglied des Verbands seit 1971

in Kenntnis zu setzen.

Wir sprechen ihren Angehörigen unser herzliches Beileid aus und werden der Verstorbenen ein ehrendes Andenken bewahren.

Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse
Der Vorstand

pharmaSuisse: Neue Mitglieder
pharmaSuisse: Nouveaux membres

Um die Mitgliedschaft beim Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse bewerben sich:

Ont posé leur candidature à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse:

Apotheker/Pharmaciens
Held Grazyna, Spreitenbach, AG
Marks-Tatara Anna, Niederuzwil, SG
Thalmann Barbara, Uster, ZH
Tietze Dr. Nicole, Rheinfelden, AG

Stud. pharm./Etudiants pharm.
Hasenmaile Miriam, Rotkreuz, ZG
Johannsen Sinja, Wettswil, ZH
Menzi Corinne, Wittenbach, SG
Prohaska Annette, Winterthur, ZH
Rufer Sandra, Wetzikon, ZH
Sägesser Eva, Zürich, ZH
Stucki Andrea, Zürich, ZH
Terrier Lara, Chambésy, GE
Weber Andrea, Spreitenbach, AG
Winkler Miriam, Tenniken, BL

Einsprachen gemäss Reglement Art. 3 Ziff. 3.2 sind innert 10 Tagen schriftlich mit Begründung an den Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld zu richten.

Selon l'art. 3 chiffres 3.2 du règlement, les oppositions éventuelles doivent être motivées et adressées par écrit, dans les 10 jours, à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld.

pharmActuel
bietet aktuelle Fortbildung

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH** Fortbildungsprogramme

pharmActuel-Regionalkonferenzen

Bern

Datum:	Mittwoch, 12. August 2009
Thema:	**Arthritis – entzündliches Rheuma**
Referent:	Frau Dr. med. Clarissa Bachmeier, FMH Rheumatologie und FMH Innere Medizin
ID-NR:	1-3-251-09-P15
Sponsor:	Mepha Pharma AG
Zeit:	19.30 Uhr
Ort:	Unitobler, Hörsaal F021, Lerchenweg 36, 3012 Bern
Preis:	gratis
Anmeldung:	Länggass-Apotheke, Christine Waldner, Fax: 031 302 23 22, E-Mail: laenggass.apotheke@bluewin.ch

Zürich

Datum:	Donnerstag, 20. August 2009
Thema:	**ADHS – Krankheitsbild und Behandlung**
Referent:	Dr. med. Martin Aegerter
ID-NR:	1-3-242-09-P15
Sponsor:	Novartis
Zeit:	20.00 Uhr
Ort:	ETH-Zentrum, Hauptgebäude, Hörsaal HG E1.1, Zürich
Preis:	Fr. 20.– für pharmActuel-Abonnenten Fr. 30.– für Nichtabonnenten Fr. 5.– für Studenten
Anmeldung:	nicht erforderlich
Information:	pharmzh@gmx.net

Bern

Datum:	Mittwoch, 26. August 2009
Thema:	**Rezeptvalidierung Beispiele**
Referent:	Martine Ruggli, Apothekerin
ID-NR:	1-3-230-09-P15
Sponsor:	Mepha Pharma AG
Zeit:	19.30 Uhr
Ort:	Unitobler, Hörsaal F021, Lerchenweg 36, 3012 Bern
Preis:	Fr. 20.– für pharmActuel-Abonnenten Fr. 30.– für Nichtabonnenten Fr. 5.– für Studenten
Anmeldung:	Länggass-Apotheke, Christine Waldner, Fax: 031 302 23 22, E-Mail: laenggass.apotheke@bluewin.ch

News-Service

Colorants alimentaires: augmentation de l'hyperactivité des enfants

Certains colorants alimentaires semblent augmenter l'activité des enfants ayant une hyperactivité diagnostiquée, mais aussi l'activité des enfants bien portants. Mieux vaut éviter d'exposer les enfants aux colorants alimentaires.

La définition du syndrome dit d'«hyperactivité avec déficit de l'attention» des enfants est floue et les diverses classifications sont discordantes. Il associe une agitation motrice, un déficit de l'attention et une impulsivité. Ses causes sont inconnues. Un rôle des colorants alimentaires dans l'exacerbation de l'hyperactivité chez les enfants a été évoqué.

La revue Prescrire commente une étude clinique rigoureuse aux résultats troublants. Elle a été conduite chez près de 300 enfants bien portants, non atteints de syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention, âgés de 3 ans pour un groupe, et de 8 ans à 9 ans pour le second groupe.

Quel que soit l'âge des enfants, ceux qui ont reçu la boisson avec colorants ont eu un score d'hyperactivité supérieur à celui des enfants ayant reçu le placebo.

Une autre synthèse regroupant 15 essais chez des enfants ayant un diagnostic d'hyperactivité déjà établi a montré une augmentation des symptômes d'hyperactivité associée aux colorants alimentaires. Même si le mécanisme de ce phénomène n'est pas élucidé, toutes ces données convergentes incitent à éviter les colorants alimentaires, tant chez les enfants ayant une hyperactivité diagnostiquée que chez les enfants bien portants.

Dépistage systématique des cancers de la prostate: non justifié

En 2009, l'intérêt du dépistage systématique des cancers de la prostate n'est pas clairement démontré mais ses effets indésirables sont avérés.

La revue Prescrire présente une synthèse de 4 essais comparatifs évaluant la balance bénéfices-risques à long terme du dépistage des cancers de la prostate par le dosage du taux de PSA, associé ou non au toucher rectal.

Quand le taux de l'antigène prostatique (PSA), dépasse 4 ng/ml, le risque de cancer prostatique est multiplié par environ 1,5 à 3 pour chaque augmentation de 1 ng/ml. Cependant, le PSA augmente aussi avec l'âge, le volume de la prostate et en cas d'inflammation de la prostate. En pratique, dans environ 70% des cas où le PSA est supérieur à 4 ng/ml, il n'y a pas de cancer détecté. Or, les cas de faux positifs sont sources d'inquiétude et de répétition de dosages de PSA et de biopsies prostatiques, pouvant être à l'origine d'écoulement de sang dans l'urine et le sperme, de fièvre, de douleurs, d'infections et d'inflammations.

Environ 70% des diagnostics sont portés par excès, car détectant des cancers qui n'auraient pas eu de conséquence clinique au cours de la vie des patients. Ces patients sont alors inutilement exposés aux effets indésirables des traitements (chirurgie ou radiothérapie): incontinence urinaire, troubles de l'érection, inflammation rectale due aux rayons, etc.

L'ajout du toucher rectal au dosage du PSA augmente le nombre de cancers détectés d'un quart à un tiers, mais augmente aussi de deux tiers environ le nombre de biopsies inutiles.

Dans l'attente des résultats finaux de deux grands essais dont les résultats intermédiaires publiés début 2009 ne sont pas probants, le dépistage systématique des cancers de la prostate à l'aide du PSA et/ou du toucher rectal n'est pas justifié en mai 2009.

Orlistat sans ordonnance (Alli®): risques non négligeables, pour un amaigrissement modeste

Lorsqu'une perte de poids est recherchée, mieux vaut avoir d'abord recours à des mesures non médicamenteuses. La revue Prescrire rappelle que lorsqu'un amaigrissement est recherché, la prise en charge du surpoids et de l'obésité repose d'abord sur des mesures non médicamenteuses tels un soutien personnalisé, une diététique réfléchie et une activité physique adaptée, et sur la prise en compte des facteurs de complications associés.

Depuis plusieurs années, l'orlistat dosé à 120 mg (Xenical®) est autorisé sur prescription médicale pour le traitement de l'obésité. Depuis mai 2009, il l'est aussi à 60 mg dans certains pays, sous le nom de Alli®, sans prescription médicale. Pour les patients obèses ou en surpoids, l'orlistat associé à une alimentation hypocalorique ne constitue, au mieux, qu'une aide modeste et souvent transitoire en termes de perte de poids. Aucun bénéfice en termes de complications graves de l'obésité n'est démontré.

Les effets indésirables sont fréquents, parfois très gênants, voire préoccupants dans certaines situations: troubles digestifs de type pertes anales graisseuses, diarrhées parfois sévères, douleurs abdominales, troubles de l'absorption de vitamines, interactions avec des médicaments dont l'efficacité peut être diminuée (contraceptifs, etc.) etc.

L'orlistat n'est un médicament miracle ni pour les personnes obèses ou en surpoids, ni pour les jeunes femmes «angoissées» par leur ligne. ▮

Source: www.prescrire.org

Celecoxib: un chercher reconnaît avoir fabriqué des données

Un médecin-chercheur renommé, chef d'un important service antidouleur aux Etats-Unis, a reconnu avoir fabriqué les données de 21 articles sur 72 indexés dans la base de données médicale PubMed sur le celecoxib (Célébrex® de la firme Pfizer). Pour les 51 autres articles, on n'a pas de preuves, mais le doute persiste car on ne sait pas comment les données ont été collectées.

Ce leader d'opinion recevait des bourses de Pfizer et était conférencier pour cette firme. Pour le traitement de la douleur, il avait promu l'«analgésie mulitimodale» qui associait Célébrex® de Pfizer et Lyrica® (prégabaline) toujours de Pfizer, association dont il prétendait qu'elle était supérieure aux opiacés. ▮

Source: British Medical Journal du 10 mars 2009

Le conseil aux patients à l'exemple du paracétamol

Claudia Reinke

La 39e Semaine internationale de formation continue de la «Deutsche Bundesapothekerkammer» à Davos était consacrée aux maladies neurologiques et psychiatriques ainsi qu'à leurs traitements. Du 8 au 13 février 2009, plus de 1000 pharmaciens ont reçu des informations actuelles sur les tableaux cliniques importants tels que les troubles dépressifs, la démence, les maladies de l'anxiété, la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques; ils ont aussi bénéficié de mises à jour sur la pharmacothérapie des troubles du sommeil et des états douloureux. Les informations les plus importantes ont été résumées pour vous dans différents comptes rendus.

Pour la plupart des gens, l'auto-traitement des douleurs de tout genre est aujourd'hui une évidence. Des risques peuvent cependant y être associés si l'autodiagnostic médical est erroné, si les interactions ou contre-indications avec d'autres médicaments sont ignorées ou encore si le dosage est excessif. Eric Martin, de la Pharmacie Hubertus à Marktheidenfeld, souligne donc l'importance, dans de tels cas, de faire appel aux compétences des pharmaciens en matière de conseils. Il faut en effet vérifier l'autodiagnostic, sélectionner un analgésique conforme à l'indication et aux instructions, et ajuster l'auto-médication à toute thérapie éventuelle déjà mise en place afin d'éviter, dans la mesure du possible, toute interaction et contre-indication. Pour ce faire, il est donc indispensable de connaître les plus récentes découvertes en matière d'action et d'effets secondaires des médicaments et de leurs combinaisons, ainsi que les conséquences susceptibles d'en résulter. Dans ce contexte, Eric Martin a abordé, entre autres, les récentes découvertes réalisées à propos du paracétamol, et qui ont entraîné la mise en place, en Allemagne, d'une obligation de prescription pour les grands emballages de ce médicament.

Le paracétamol – un analgésique trivial?

En raison notamment de sa tolérance, le paracétamol fait partie, depuis des années, des substances les plus couramment utilisées chez les nourrissons, les femmes enceintes, les enfants et les adultes pour les douleurs d'intensité légère à modérée et la fièvre. Cependant, cette substance n'est pas aussi inoffensive qu'il y paraît. Son utilisation inadéquate peut avoir des effets hépatotoxiques mettant la vie en danger. Cette substance se caractérise par ailleurs par une faible marge thérapeutique. Alors que des doses journalières de 3 à 4 g sont en général considérées comme inoffensives chez les adultes en bonne santé, des doses de 4 à 10 g/jour administrées à des personnes à risque (alcooliques, patients souffrant d'insuffisance hépatique, de cachexie ou d'anorexie) peuvent déjà, dans certaines circonstances, s'avérer toxiques. De manière générale, les doses supérieures à 10 g/jour présentent une toxicité avérée. Suite au nombre croissant, en Allemagne, de surdosages accidentels ou suicidaires (en 2006, 4184 cas ont été recensés, dont 63% de tentatives de suicide), les médicaments contenant du paracétamol et renfermant plus de 10 g de principe actif par unité d'emballage sont soumis, depuis le 1er avril 2009, à l'obligation de prescription. Récemment, Chan LJ et al. [1] ont d'ailleurs rapporté que les cas d'hépatotoxicité aiguë par surdosage accidentel ou suicidaire de paracétamol augmentent également aux États-Unis et en Angleterre (situation en Suisse, cf. encadré).

Lésions hépatiques dues à une déplétion de glutathion

Le paracétamol est transformé pour une large part en métabolites conjugués de phase II. 52% sont éliminés sous forme de sulfate, 42% sous forme de glucuronide, et environ 2% seulement sous forme inchangée, par les voies rénales. Les 4% restants sont transformés en N-acétyl-p-benzoquinone imine (NABQI), par le biais d'une oxydation catalysée par le cytochrome P-450 (CYP2E1). Ce métabolite hépatotoxique hautement réactif est normalement détoxiqué rapidement et efficacement par le glutathion, un antioxydant cellulaire de l'organisme, puis éliminé par voie rénale sous forme de mercapturate. En cas de surdosage aigu ou de prise chronique de doses moyennes à élevées de paracétamol, un épuisement des stocks de glutathion peut se produire. Le NABQI conserve alors son potentiel toxique. La substance réagit alors avec les protéines des cellules hépatiques et enraye ainsi des fonctions métaboliques élémentaires, ce qui peut entraîner des nécroses sévères à potentiellement mortelles des cellules hépatiques. Le déficit en glutathion intensifie par ailleurs le stress oxydatif, ce qui aggrave les lésions des cellules hépatiques.

Symptômes de l'intoxication au paracétamol et antidote

L'intoxication au paracétamol est traître, car elle se déroule insidieusement. Dans la phase de latence, aucun symptôme important n'est perceptible. Au pire, de légères nausées accompagnées de vomissements peuvent survenir. En conséquence, il est fréquent que les patients

Situation en Suisse

→ *Obligation de prescription médicale du paracétamol*

En Suisse, les grands emballages de paracétamol contenant plus de 10 g de substance active figurent depuis longtemps sur la liste B.

→ *Etude ISAAC*

Selon une prise de position publiée sur «Le paracétamol et l'asthme chez les enfants» par la Société suisse de pneumologie pédiatrique (SSPP) dans Paediatrica en 2008, il n'existe, sur la base des études publiées jusqu'alors (étude ISAAC comprise), «aucune indication motivant un changement de la pratique courante en matière de traitement des infections fébriles ou des douleurs par le paracétamol chez les nourrissons et les enfants en bas âge.»

présentant un surdosage de paracétamol ne se retrouvent aux urgences qu'au bout de plusieurs jours – ainsi que l'a montré une étude de Bernal et al. de 2002 [2]. A ce moment-là, les lésions hépatiques sont donc déjà fortement avancées. Cependant, l'augmentation des transaminases et de la bilirubine débute déjà au bout de 12 à 24 heures, atteint son maximum le troisième jour et diminue en l'espace de sept à huit jours lorsque le déroulement est favorable. Les symptômes proprement dits – ictère, hépatomégalie et troubles de la coagulation sanguine par exemple – se manifestent après deux à quatre jours. L'intensité de l'élévation des taux de lactate sanguin permet par ailleurs de tirer des conclusions quant à la gravité des lésions hépatiques induites par le paracétamol et au pronostic.

En cas de suspicion d'intoxication au paracétamol, l'administration immédiate de N-acétylcystéine (dose initiale de 140 mg/kg de poids corporel; ensuite 70 mg/kg de poids corporel toutes les quatre heures) en tant qu'antidote est décisive pour le pronostic. La mortalité baisse à moins de 0,5% en cas d'administration dans les 12 heures, et à 19% au bout de 48 heures.

Le paracétamol et l'asthme chez les enfants – l'étude ISAAC

Publiée en 2008, l'étude ISAAC («International Study on Asthma and Allergies in Childhood»), une étude transversale rétrospective réalisée à l'échelle internationale sur plus de 200 000 enfants âgés de six à sept ans, a été accueillie dans la presse avec la plus grande attention [3]. D'après les conclusions de cette étude, il existe une corrélation significative tant entre l'usage du paracétamol au cours de la première année qu'entre une prise actuelle et la prévalence des symptômes d'asthme constatés sur les enfants ayant participé à l'étude. Les auteurs l'expliquent par une possible réduction, induite par le paracétamol, de la concentration de glutathion dans les muqueuses des voies respiratoires, suivie d'une dégradation des défenses antioxydantes qui pourrait favoriser l'apparition des processus d'inflammation bronchique. Actuellement, cette hypothèse n'est cependant pas fermement prouvée, précise Eric Martin. Par ailleurs, une certaine corrélation a certes été identifiée entre l'usage croissant à l'échelle mondiale du paracétamol et l'augmentation de la prévalence de l'asthme. Toutefois, les infections respiratoires virales survenant chez les nourrissons et les enfants en bas âge, et entraînant de fait une prise fréquente de paracétamol en raison de l'état fébrile, sont de loin les facteurs déclenchants les plus importants en termes d'épisodes asthmatiques. Il est donc envisageable que l'association observée soit «faussement positive». En outre, l'étude ISAAC a présenté certains défauts de méthodologie (entre autres, la conception rétrospective). Néanmoins, des études de cohortes publiées antérieurement ont rapporté une corrélation entre le risque d'asthme et un usage du paracétamol, resp. une exposition prénatale au paracétamol. Eric Martin est donc convaincu que cette question doit être élucidée sans tarder par des études cliniques contrôlées.

Conséquences pour les conseils à dispenser lors de la délivrance de paracétamol

Le paracétamol peut provoquer une augmentation des transaminases, même à doses thérapeutiques. Avant toute délivrance de cet analgésique, il faut donc examiner les risques encourus et conseiller le patient avec précision, en faisant preuve d'un grand sens des responsabilités. Les points suivants doivent être observés:

→ Anamnèse médicamenteuse approfondie avant toute délivrance du paracétamol. Cette substance active entre dans la composition de nombreux médicaments contre les refroidissements. Il existe donc un risque éventuel de surdosage involontaire.

→ Penser aux contre-indications dont font partie l'hépatite aiguë, l'insuffisance hépatique et l'alcoolisme. Chez les alcooliques, le potentiel de lésion hépatique de l'éthanol vient s'ajouter à l'induction du CYP2E1.

→ Le risque d'hépatotoxicité peut être accru dans le cas d'une prise chronique d'inducteurs enzymatiques (formation de NABQI ↑) tels que l'éthanol, la rifampicine ou l'isoniazide, et en présence de stocks réduits de glutathion (anorexie, alimentation carencée). L'existence d'une médication présentant un potentiel hépatotoxique entrave également la tolérance à l'égard du paracétamol.

→ Dosage suffisamment élevé (absorption à jeun, préférer les formes solubles en cas de douleurs aiguës), mais pas plus souvent et plus longtemps que nécessaire. Redosage au plus tôt après six à huit heures si l'indication persiste. La prise doit être limitée à trois jours. Même en cas de douleurs chroniques, le médicament ne doit pas être pris plus de dix jours dans le mois.

→ De récentes publications [4] montrent que le paracétamol fait partie des inhibiteurs sélectifs de la COX-2 (il inhibe la COX-2 à plus de 80%, donc dans des proportions comparables aux NSAID et aux substances actives appartenant aux inhibiteurs sélectifs de la COX-2). Il faut donc – tout au moins pour les dosages élevés – s'attendre à l'apparition des effets indésirables caractéristiques des inhibiteurs de la COX-2 – risque accru d'événements cardiovasculaires et cérébrovasculaires, ulcères et hémorragies gastro-intestinales. ▮

Adresse de correspondance
Dr Claudia Reinke
Schützenmattstrasse 1
4051 Bâle

Source

«Pharmakotherapie neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen»; 39e Semaine internationale de formation continue de la «Deutsche Bundesapothekerkammer»; Davos, du 8 au 13. 2. 1009. Conférence «Analgetika in der Selbstmedikation – Was gibt es Neues?» d'Eric Martin, pharmacie Hubertus à Marktheidenfeld, BRD.

Littérature

[1] Chan LJ, Tong MJ et al; Acetaminophen hepatotoxicity and acute liver failure. J Clin Gastroenterol 2009; 43 (4): 342–9.

[2] Bernal W, Donaldson N et al.; Blood lactate as an early predictor of outcome in paracetamol-induced acute liver failure: a cohort study. Lancet 2002; 359(9306): 558–63.

[3] Beasley R, Clayton T et al; ISAAC Phase Three Study Group. Association between paracetamol use in infancy and childhood, and risk of asthma, rhinoconjunctivitis, and eczema in children aged 6–7 years: analysis from Phase Three of the ISAAC programme. Lancet 2008; 3072: 1039–48.

[4] Hinz B, Cheremina O, Brune K; Acetaminophen (paracetamol) is a selective cyclooxygenase-2-inhibitor in man. FASEB J 2008; 22(2): 383–90

Parés pour l'avenir grâce aux campagnes

Christina Haas

pharmaSuisse propose à ses membres toute une série de prestations que nous présentons dans le pharmaJournal sous le titre «pharmaSuisse inside». L'une d'entre elles concerne les campagnes.

Tous les ans, pharmaSuisse propose à ses quelque 1500 membres une campagne de promotion de la santé d'envergure et plusieurs petites actions. Il s'agit d'une des mesures les plus efficaces pour présenter au grand public les nouvelles prestations des pharmacies.

Campagnes de pharmaSuisse

Des actions ont déjà été proposées cette année sur l'insuffisance rénale et l'hypertension. La campagne de promotion de la santé sur les «Conseils de vaccination» aura lieu du 12 octobre au 7 novembre 2009. Les pharmacies qui y participent proposeront à la population suisse d'ouvrir un dossier de vaccination et d'établir un programme de vaccination personnel au cours de l'entretien-conseil. Les clients des pharmacies pourront bénéficier de recommandations sur tous les types de vaccination.

Les campagnes de pharmaSuisse sont réservées aux membres: contre une petite contribution financière, les pharmacies qui y participent bénéficient d'une formation, de l'appareil ou du logiciel nécessaire, du matériel POS, d'une présence médiatique et d'un soutien pour toute question technique ou scientifique. Les pharmacies qui décident de s'investir ont la possibilité de s'adresser à un large public en peu de temps. La plupart des pharmacies se trouvent dans un endroit avec une nombreuse et régulière clientèle de passage. Elles peuvent donc très bien utiliser les vitrines à des fins publicitaires. Si la publicité pouvait uniquement se dérouler à travers les canaux habituels comme les annonces, les spots télé et radio, ainsi que l'internet, il serait impossible d'être aussi présent avec un budget aussi limité.

Nouvelles prestations pour le grand public

De nos jours, la population se soucie bien davantage de sa santé et veille à l'entretenir beaucoup plus sciemment. De nombreuses personnes s'adressent aux pharmaciens pour obtenir des conseils dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé. Les campagnes de pharmaSuisse veulent préparer les pharmaciens à relever ce défi et présenter les nouvelles prestations à la population. Des formations intensives sont toujours organisées avant les campagnes afin de préparer correctement le personnel. Les pharmaciens peuvent également proposer la prestation après la campagne et profiter ainsi pleinement de la formation et du matériel proposé. La participation aux campagnes permet aux pharmaciens de présenter au grand public des prestations de promotion de la santé, tout d'abord avec le soutien de la société faîtière puis en toute autonomie.

Les pharmaciens engagés préparent l'avenir

Engagement accru des pharmaciens indispensable

Les campagnes de promotion de la santé représentent un outil de communication important. Il n'est cependant efficace que si les membres sont suffisamment nombreux à y participer et à s'investir. Dans la situation difficile dans laquelle se trouve actuellement le système de santé, il est important que les pharmaciens profitent de chaque opportunité pour se positionner comme partenaires compétents et pour afficher leurs connaissances ainsi que leurs compétences. Les pharmacies membres peuvent utiliser les campagnes comme moyen publicitaire et outil de relations publiques. C'est toutefois à elles seules de fournir l'effort nécessaire. pharmaSuisse veille toujours à proposer des campagnes qui répondent aux besoins des pharmaciens d'officine. ▮

Adresse de correspondance
Christina Haas, collaboratrice à la rédaction du pharmaJournal
E-mail: christina.haas@pharmaSuisse.org

Fit für die Zukunft dank Kampagnen

Christina Haas

pharmaSuisse bietet seinen Mitgliedern eine Vielzahl von Dienstleistungen an, die unter dem Titel «pharmaSuisse inside» im pharmaJournal vorgestellt werden. Eine dieser Dienstleistungen sind die Kampagnen.

Jedes Jahr bietet pharmaSuisse als eine der öffentlichkeitswirksamsten Massnahmen seinen fast 1500 Mitgliedapotheken eine grosse Gesundheitsförderungskampagne und mehrere Aktionen an mit dem Ziel, die neuen Angebote der Apotheke im Publikum bekannt zu machen.

Kampagnen pharmaSuisse

In diesem Jahr sind bereits die Aktionen zur Niereninsuffizienz und zu Bluthochdruck durchgeführt worden. Vom 12. Oktober bis 7. November 2009 findet die diesjährige Gesundheitsförderungskampagne «Impfberatung in der Apotheke» statt, während der die teilnehmenden Apothekerinnen und Apotheker die Schweizer Bevölkerung zum Thema Impffragen beraten werden: Es kann ein persönliches Impfdossier erstellt und eine individuelle Impfplanung gemacht werden, Kunden können sich in der Apotheke zu allen Arten von Impfungen beraten lassen.

Die Kampagnen von pharmaSuisse sind eine Dienstleistung für die Mitgliedsapotheken: Die Apotheken, welche sich an den Kampagnen beteiligen, erhalten für einen vergleichsweise kleinen finanziellen Beitrag eine Schulung, das entsprechende Gerät oder die entsprechende Software, POS-Material, Medienpräsenz und Unterstützung bei technischen und wissenschaftlichen Fragen. Wenn eine Apotheke sich in einer Kampagne engagiert, hat sie die Möglichkeit, in kurzer Zeit ein grosses Publikum anzusprechen. Der grösste Teil der Apotheken befindet sich an einem Standort mit regelmässiger und zahlreicher Laufkundschaft und verfügt über die Möglichkeit, die Schaufenster zu Werbezwecken zu nutzen. Müsste die Werbung ausschliesslich über die gewohnten Kanäle, wie Inserate, TV- und Radiospots und Internetwerbung, laufen, wäre es nicht möglich, mit dem bescheidenen bestehenden Budget in der Öffentlichkeit so präsent zu sein.

Neue Dienstleistungen für die Bevölkerung

In der Bevölkerung hat ein Umdenken stattgefunden: Die eigene Gesundheit wird viel höher gewichtet und viel bewusster gepflegt. Ratschläge zu Prävention und Gesundheitsförderung holen sich viele Menschen in der Apotheke. Die Kampagnen von pharmaSuisse zielen darauf ab, die Apothekerinnen und Apotheker für diese Herausforderung fit zu machen und die neuen Apothekendienstleistungen, wie zum Beispiel die Impfberatung, in die Öffentlichkeit zu tragen. Den Kampagnen gehen jeweils intensive Schulungen voraus, die das Apothekenpersonal im für die Kampagne relevanten Bereich ausbilden. Auch nach der Kampagnenzeitdauer haben die Apotheker die Möglichkeit, die in der Kampagne angebotene Dienstleistung weiter anzubieten und so sowohl von der Schulung als auch vom angebotenen Material zu profitieren. Die Teilnahme an Kampagnen ermöglicht es den Apothekern, Dienstleistungen in der Gesundheitsförderung zuerst durch den Verband begleitet und danach selbständig im Publikum bekannt zu machen.

> Engagierte Apotheker sichern sich die Zukunft

Vermehrtes Engagement der Apotheker unabdingbar

Die Gesundheitsförderungskampagnen sind ein wichtiges Kommunikationsmittel, welches aber nur funktioniert, wenn genügend Verbandsmitglieder teilnehmen und sich engagieren. In der heutigen, schwierigen Situation des Gesundheitswesens ist es wichtig, dass die Apotheker jede Gelegenheit nutzen, sich als kompetente Partner im Gesundheitswesen zu präsentieren und ihr Wissen und ihre Kompetenz auch in die Bevölkerung zu tragen. Die Kampagnen stehen den Mitgliedsapotheken von pharmaSuisse als Werbe- und PR-Mittel zur Verfügung – die Gelegenheit nutzen müssen die Apotheker allerdings selber. pharmaSuisse ist in jedem Falle bemüht, die Dienstleistung «Kampagnen» auf die Bedürfnisse der Offizinapotheker auszurichten. ▮

Korrespondenzadresse
Christina Haas, Mitarbeiterin Redaktion pharmaJournal
E-Mail: christina.haas@pharmaSuisse.org

16 | 8.2009

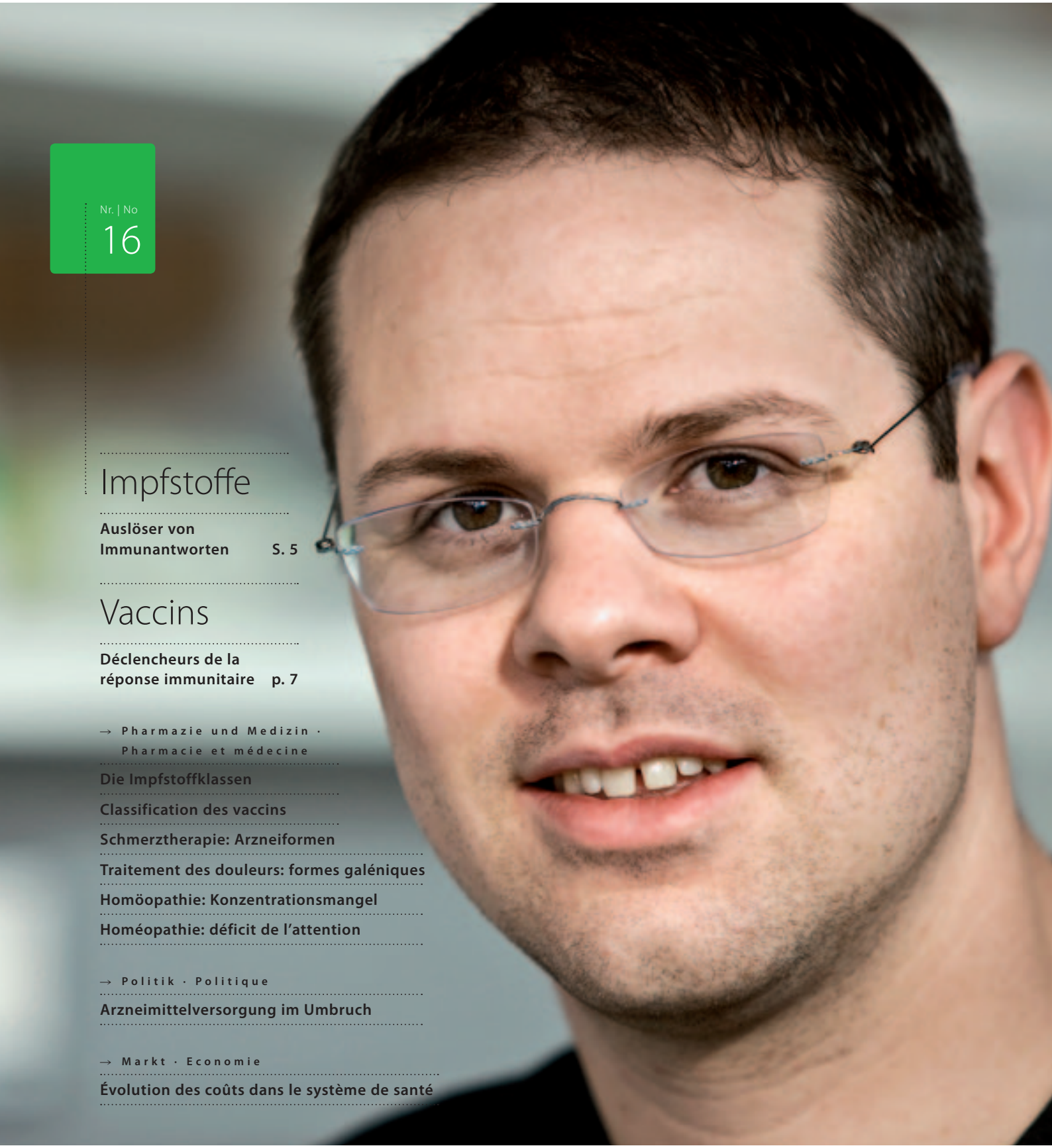
pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 13.8.2009, 147. Jahrgang

Nr. | No
16



Impfstoffe

Auslöser von Immunantworten S. 5

Vaccins

Déclencheurs de la réponse immunitaire p. 7

→ Pharmazie und Medizin · Pharmacie et médecine

Die Impfstoffklassen

Classification des vaccins

Schmerztherapie: Arzneiformen

Traitement des douleurs: formes galéniques

Homöopathie: Konzentrationsmangel

Homéopathie: déficit de l'attention

→ Politik · Politique

Arzneimittelversorgung im Umbruch

→ Markt · Economie

Évolution des coûts dans le système de santé

Neue Herausforderungen in der Arzneimittelversorgung

Christina Haas

Im nächsten Jahr sollen die Krankenkassenprämien um rund 15 Prozent steigen. An der Jahrestagung des Euroforum diskutierten Vertreter aus Gesundheitswesen und Politik über verschiedene Lösungsansätze, um die Kostenexplosion im Gesundheitswesen einzudämmen, ohne Qualitätseinbussen bei Medikamentenabgabe und Gesundheitsdienstleistungen.

Die Kostensteigerung im Gesundheitswesen ist nicht aufzuhalten. Politik und Interessenvertreter sind auf der Suche nach Massnahmen, um die drohende Kostenexplosion bei den Krankenkassenprämien zu verhindern. Als kurzfristige Sparmassnahmen werden die Senkung der Medikamentenpreise, die Erhöhung des Selbstbehaltes und die Verschreibung des jeweils günstigsten Medikamentes diskutiert. Um längerfristig Kosten zu senken und dabei die Qualität der Leistungen auf dem heutigen Niveau halten zu können, darin sind sich alle Fachleute einig, braucht es aber mehr als kurzfristige Kostenbremsen. Längerfristige Massnahmen zielen alle auf eine Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Akteuren des Gesundheitswesens ab und erfordern die Bereitschaft, neue Modelle der Grundversorgung in der Praxis zu prüfen.

Interview mit Dominique Jordan, Präsident von pharmaSuisse

Das Schweizer Gesundheitswesen ist in der Krise. Was sind Ihrer Meinung nach die Hauptgründe für diese Krise?
Grundsätzlich haben wir eine schlechte Nutzung der vorhandenen Infrastruktur und eine fehlende Integration der Akteure. Würden alle Akteure dort mitarbeiten, wo sie ihre Kernkompetenzen haben, könnte man die Grundversorgung straffer organisieren. Integrierte Versorgungsmodelle, in denen jeder Akteur das übernimmt, was er am besten und am effizientesten kann, sind noch nicht so weit entwickelt, viel Geld wird noch in Leistungen investiert, die ein anderer Leistungserbringer kostengünstiger und für den Patienten besser erreichbar erbringen könnte.

Um integriert zusammen arbeiten zu können, braucht es ein gewisses Grundvertrauen zwischen den einzelnen Leistungserbringern. Existiert dieses Vertrauen zwischen Ärzten und Apothekern?
Es gibt viele Beispiele, die zeigen, dass Ärzte und Apotheker gut zusammenarbeiten können, wie zum Beispiel die Qualitätszirkel oder regionale Versorgungsnetzwerke. Es ist aber leider nicht möglich, auf nationaler Ebene eine Gesamtstrategie zu finden. Zu fest wird noch an den bekannten Versorgungsmodellen festgehalten. In Zukunft müssen aber die Ressourcen bestmöglich genutzt werden, um die Kosten nicht weiter in die Höhe zu treiben, das heisst, dass der Arzt eine Diagnose stellt, den Patienten medizinisch betreut, die Medikation aber dem Apotheker überlässt. Arzt und Apotheker müssen als Behandlungsteam zusammenarbeiten, jeder in seinen Kernkompetenzen. Das würde bedeuten, dass die Ärzte auf die SD als Zusatzverdienstquelle verzichten.

Auch in Zukunft wird es in der Schweiz aber möglich sein, seine Medikamente direkt beim Arzt zu beziehen. Wie hinderlich ist die SD für ein innovatives Gesundheitswesen?
Sehr hinderlich. Es gibt zwei verschiedene Studiengänge, den der Pharmazie und den der Medizin. Der Fokus des Pharmaziestudiums liegt auf der Analytik und der Labortätigkeit, Apotheker sind Fachleute der klinischen Pharmazie und Experten im Bereich der Medikation. Das Medizinstudium hingegen vermittelt die Grundlagen, um eine Diagnose stellen zu können, Ärzte sind aber nicht ausgebildete Medikamentenexperten. Heute haben wir einen Drittel mehr Kostenwachstum bei den Medikamenten, die direkt vom Arzt abgegeben werden, beim Apothekenkanal ist das Kostenwachstum unterdurchschnittlich – dank der LOA. So lange Ärzte mit dem Verkauf von Medikamenten zusätzliches Einkommen generieren können, wird es nicht möglich sein, innovative Formen im Gesundheitswesen, in denen jeder Akteur macht, was er am besten kann, durchzusetzen.

Die Apotheker haben seit der Einführung der LOA im Jahr 2001 bereits 1 Mrd. Schweizer Franken einsparen können. Wo bieten die Apotheken heute und in Zukunft – neben der LOA – zusätzliches Sparpotenzial?
Seit Jahren gibt es Qualitätszirkel zwischen Ärzten und Apothekern, welche nach wie vor sehr erfolgreich sind und erwiesenermassen dazu beigetragen haben, die Medikamentenkosten zu senken – bei gleichbleibender Qualität der Behandlung. Die stetige Aus- und Weiterbildung der Apothekerinnen und Apotheker nach dem Studium ermöglicht es unserem Berufsstand auch in zukunftsfähigen integrierten Versorgungsmodellen eine wichtige Rolle zu spielen. LOA IV bietet neu Dienstleistungen zur Senkung der Verschwendung von Medikamenten. Wir wollen eine enge Zusammenarbeit mit anderen Akteuren, um so die Betreuung der Patientinnen und Patienten bestmöglich erfüllen zu können.

Interview: Christina Haas


Dominique Jordan

Kosten senken bei gleichbleibender Qualität

Um Kosten merklich senken zu können, müssen auch von der Politik Reformen angestrebt werden, die den Wettbewerb zwischen den einzelnen Leistungserbringern eindämmen. Heute gibt es zu viele Kassen, die alle dieselben Patienten – so genannte gute Risiken – suchen. Dies führt dazu, dass eine grosse Anzahl von Kassen dieselben Leistungen zu unterschiedlichen Preisen anbietet. Da heute viele Entscheide im Gesundheitswesen von den Kantonen gefällt werden, ist es für die Politik schwierig, Einfluss zu nehmen. Laut Christine Egerszegi-Obrist, FDP-Ständerätin aus dem Kanton Aargau, wäre es besser, die Kompetenzen zur Regulierung der Kosten auf Bundesebene zu verlagern. Für die Kantone ist es heute nicht attraktiv, Kosten zu sparen, weil sie nicht profitieren, wenn Behandlungen günstig angeboten werden. Würden die Finanzströme entflochten, so Egerszegi, wäre dies für die Kantone ein Anreiz, auch im ambulanten Bereich zu sparen und so integrierten Modellen den Vorrang zu geben.

Modelle der integrierten Versorgung

Nicht nur direkt bei den Medikamentenpreisen soll gespart werden. Zukünftig werden auch Modelle der integrierten Versorgung vermehrt ins Zentrum rücken. Hausarztmodelle, Hausarztnetzwerke oder regionale medizinische Versorgungszentren sollen eine gute Erreichbarkeit garantieren, dank Förderung der Compliance und der intensiven Begleitung der Patienten helfen, sowohl die Qualität der Behandlung zu erhöhen als gleichzeitig auch die Kosten zu senken. Ein neuer und wichtiger Dienst, der das Gesundheitswesen entlasten soll, ist eine Ersttriage durch Telemedizin-Anbieter. Eine der vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen sieht vor, jeden Krankenversicherer zu verpflichten, für eine Ersttriage einen Telemedizindienst per Telefon anzubieten. So soll verhindert werden, dass die Patientinnen und Patienten wegen Pseudo-Notfällen und Bagatellerkrankungen die Notaufnahmen von Spitälern aufsuchen.

Erweiterte Dienstleistungen zugunsten des Gesundheitswesens

Um eine langfristige Kostenstabilisierung zu erreichen, müssen alle Akteure zusammenarbeiten, davon ist Dominique Jordan, Präsident von pharmaSuisse, überzeugt. Jedem Akteur sollten diejenigen Aufgaben übertragen werden, die er am effizientesten und am besten erledigt. Die Apotheke als Kompetenzzentrum des Gesundheitswesens hat in den letzten Jahren einige innovative Dienstleistungen entwickelt, die mitgeholfen haben, die Kosten zu senken, so zum Beispiel die Förderung der Generika. Die Apothekerinnen und Apotheker haben mit der leistungsorientierten Abgeltung LOA den Krankenversicherern einen Lösungsvorschlag präsentiert, der seit 2001 erfolgreich die Kosten zu senken vermag. LOA IV, welche mit der durch die Behörden angekündigten Preissenkung in Kraft treten wird, bietet den Polymedikations-Check an: Eine Dienstleistung, die den Patienten bei einer Behandlung mit mehr als vier Medikamenten begleitet und unterstützt und hilft, eine gute Compliance zu garantieren. Kernaufgabe der Apotheke ist die Medikamentenabgabe, der Apotheker ist aber bereits heute durch seine Gatekeeperfunktion als Teil der Grundversorgung anerkannt und aus dieser nicht mehr wegzudenken. ▮

Korrespondenzadresse
Christina Haas, Mitarbeiterin Redaktion pharmaJournal
E-Mail: christina.haas@pharmasuisse.org

Flash



Auch Apothekenteams sind gefordert

Die Schweinegrippewelle rollt, das Influenzavirus A (H1N1) ist wahrscheinlich nicht mehr aufzuhalten. Vermutlich im Herbst werden auch in der Schweiz zahlreiche Personen erkranken. Das ist ein medizinisches Problem. Es kann aber auch zum Versorgungs- und Dienstleistungsproblem werden. Zurzeit werden deshalb vielerorts Pandemiepläne ausgearbeitet, um für den Ernstfall gerüstet zu sein und die wesentlichsten Teile des Betriebs auch mit weniger Mitarbeitern so gut als möglich aufrechterhalten zu können. Nicht alle Bereiche sind im Fall einer Pandemie gleich wichtig. Der Kauf neuer Vorhänge kann gut aufgeschoben werden, Lebensmittel hingegen brauchen wir täglich. Ein echter Versorgungsengpass entsteht, wenn Apotheken vorübergehend schliessen müssen, weil ihre Teams krankheitshalber ausfallen. Hier sind mögliche Massnahmen rechtzeitig zu planen.
Die Versorgung sicherstellen ist das eine, das andere sind die Massnahmen zur Verminderung der Ansteckungsgefahr. Und hier kann jeder Einzelne einen wesentlichen Beitrag leisten. Was immer selbstverständlich sein sollte und auch bei der saisonalen Grippe gilt, ist bei der Grippe A (H1N1) nicht anders: Hygienemassnahmen konsequent umsetzen und zu Hause bleiben, wenn die Krankheit ausbricht.
pharmaSuisse hat bereits mehrmals daran erinnert, was Apothekerinnen und Apotheker und ihre Teams ausserdem vor allem beachten müssen:

→ Tamiflu® darf vorläufig nur an Kranke auf Vorlage eines ärztlichen Rezepts abgegeben werden,
→ Ruhe bewahren und den Kunden und Patienten für alle Fragen jederzeit zur Verfügung stehen,
→ die notwendigen Hygienemassnahmen in der Apotheke treffen.

Die Apothekenteams können wesentlich dazu beitragen, dass die aussergewöhnliche Situation gemeistert werden kann. Unter www.pharmaSuisse.org finden Sie den Link zu den laufend aktualisierten Informationen des BAG.

Christa Rüedi

Personnel des pharmacies mis à contribution

La pandémie de grippe A (H1N1) se répand à grande vitesse et semble maintenant inévitable. Cet automne, de nombreuses personnes tomberont vraisemblablement malades. Il s'agit là d'un problème médical qui peut néanmoins évoluer en un problème d'approvisionnement et de prestations. Actuellement, de nombreuses entreprises élaborent donc des plans de pandémie. Ces derniers doivent permettre d'affronter une situation de crise et de maintenir l'exploitation des services indispensables avec un nombre restreint de collaborateurs. Tous les secteurs ne revêtent pas la même importance en cas de pandémie. L'achat de nouveaux rideaux peut facilement être repoussé à plus tard. Par contre, il est vital de s'alimenter tous les jours. Un autre problème risque aussi de survenir si les pharmacies doivent momentanément fermer leurs portes suite à la défection du personnel pour cause de maladie. A ce niveau, des mesures peuvent être planifiées suffisamment tôt.
Garantir l'approvisionnement est une chose. Les mesures pour éviter la contagion en sont une autre. Chacun est donc mis à contribution. Il faut appliquer à la grippe A (H1N1) exactement les mêmes gestes qui paraissent évidents à tous lors du déclenchement de la grippe saisonnière: respecter minutieusement les mesures d'hygiène et rester à la maison.
pharmaSuisse a rappelé à plusieurs occasions ce que les pharmaciens et leurs équipes devaient observer tout particulièrement:

→ le Tamiflu® doit pour l'instant uniquement être remis à des malades sur ordonnance médicale;
→ garder son calme et répondre à toutes les questions des clients et des patients;
→ prendre les mesures d'hygiène qui s'imposent dans les pharmacies.

Les équipes de pharmacie peuvent faire en sorte que cette situation exceptionnelle soit maîtrisée au mieux. Sur le site www.pharmaSuisse.org, vous trouverez des liens vers les informations constamment actualisées de l'OFSP.

Christa Rüedi

Hilfe beim hyperaktiven Syndrom

Karoly Argay

Der vorliegende Fall zeigt, wie einem unruhigen Kind durch die Gabe einer homöopathischen Dosis geholfen werden kann, so wie es die Methode der Klassischen Homöopathie vorschreibt.

Vorgeschichte

Frau M. erzählt mir im Herbst 2008 in der Apotheke von ihrem 12-jährigen Sohn R., der Schwierigkeiten in der Schule hat. Er hat Probleme mit der Konzentration und kann nicht so richtig an einer Sache dranbleiben. Der Druck aus dem Umfeld von R. (v.a. durch die Schule) wurde immer grösser, so dass das Thema Methylphenidat schon angeschnitten wurde. Die Mutter hat aber Bedenken, ihrem Kind diesen Wirkstoff zu geben.

Auf meine Anregung hin erklärt sie sich einverstanden, der Homöopathie eine Chance zu geben.

Aktuelle Symptome

Frau M. erzählt mir, was ihr an ihrem Sohn speziell auffalle. Einige «Symptome» kann ich in der Apotheke selber beobachten:

R. zwinkert ständig unwillkürlich mit den Augen und wischt sich dauernd über das Gesicht, als ob er imaginäre Spinnweben wegwischen wollte (Tic). Er verhält sich ohne Grund immer unruhig (körperlich) und hat ein ständiges Bedürfnis, sich zu bewegen. Dabei will er seine Kleider anbehalten, obwohl er stark schwitzt. Er hat auch selten Durst und trinkt zu wenig – die Mutter muss ihn tagsüber ständig zum Trinken animieren. Auf die Nachfrage, ob R. auch sonst schwitze, erzählt Frau M., dass er in der Nacht sehr stark am Kopf und am Nacken schwitzt. Er sei «pflotschnass». R. verträgt auch keine engen Kleider, insbesondere nicht am Bauch und um den Hals herum. Er hat es auch nicht gerne, wenn man ihn berührt. Er macht sich auch ständig Sorgen um andere, wobei es ihm schlechter gehe. Er hat Mühe mit dem Sprechen, verdreht Wörter und Buchstaben. Lesen kann er gut. Bei längerem Angestrengt-Sehen (Fernsehen, Lesen) geht es ihm auch schlechter.

Ausserdem erzählt Frau M., dass er sehr schreckhaft sei und beim kleinsten «Geräusch» zusammenzucke. Er lässt sich nicht trösten, wenn etwas geschehen ist.

Repertorisation/Mittelfindung

Die Repertorisation mit Hilfe des Programmes «amokoor» ergibt folgendes: (siehe Tabelle)

Die Symptome werden durch folgende drei Mittel vollständig abgedeckt:
1. Arsenicum album (weisses Arsenik)
2. Nux vomica (Brechnuss)
3. Ignatia amara (Ignatiusbohne)

Nux vomica scheidet als Mittel aufgrund einer sogenannten «Kontraindikation» aus (d.h. das Gegenteil eines Symptoms ist viel stärker gewichtet als das Symptom selber). Es verbleiben also noch Arsenicum album und Ignatia amara.

Das Studium der Materia Medica ergibt eine wesentlich grössere Übereinstimmung des Charakters von R. mit Ignatia amara als mit Arsenicum album.



Ignatia amara

Angewählte Symptome		Arzneimittel-Bewertung				
amo	Sy mptombezeichnung	Arzneimittel	Wert	Anz.	%	Prod.
a	Hitze/Fieber m. Durstlosigk. (z. B. Kinder)	Arsenicum album .p15	29	13	75	9.7
a	Schwitzen einzel. T./Stellen/partiell	Nux vomica .e/Log.	27	13	67	8.7
a	Unruhe körperlich ohne äuss. Anlass, v. nervös	Ignatia amara .d/Log.	26	13	71	9.2
aA	Abneig. z. entblös. b. Hitze/Schweiss/Fieber	Atropa belladonna .d/Sol.	26	12	62	7.5
aB	Bedürf./Drang z. bewegen/herumzugehen	Cinchona officin.e/Rub.	25	12	65	7.7
m<	Berührung leise ver./Ber. nicht zulassen/Abn.	Mercurius sol.H.p12	25	12	67	8.0
m<	Druck Kleider/Kragen ver., v. Gefühl wie enges	Natrium muriaticum .e1	25	12	67	8.0
m<	Kummer/Sorgen (um andere)/«grübeln» ver.	Sepia .d/Moll.	24	12	69	8.2
m<	Sehen angestrengt/intensiv (ermüdet), v. fixier.	Lachesis muta .p/Vert.	24	11	73	8.0
m<	Sprechen ver./erschwert, v. lesen	Pulsatilla pratensis .e/Ran.	23	11	46	5.0
m<	Zureden gütlich/Trost/bemitleidet ver.°	Arnica montana .p/Ast.	22	11	69	7.6
o	Bewegen/-ung am/Kopf unwillk., Spasmen/Tic	Apis mellifica .p/Arthr.	22	10	52	5.2
o	Schreckhaft/zusammenschrecken, (Angst)°	Phosphori acidum .p15	21	12	73	8.7

Deshalb erhält R. das Mittel Ignatia amara in der Potenz Q3, das er einmal täglich vor der Einnahme jeweils durch 10-maliges Schütteln noch potenziert und dann gemäss Anweisung während eines Monats einnimmt.

Weiterer Verlauf

Gemäss Mitteilung der Mutter sind die Tics verschwunden und R. kann sich länger und konzentrierter mit einer (Haus-) Aufgabe beschäftigen. Gemäss Aussage der Lehrer ist R. ruhiger geworden und kann sich in der Schule besser konzentrieren. Entsprechend ist seine Leistung in der Schule besser und seine Noten zeigen eine deutliche Tendenz nach oben.

Da das Mittel gewirkt hat, erhält R. nun jeden Monat das gleiche Mittel, aber jeweils in einer höheren Q-Potenz. Die Wirkung des Mittels hält jetzt über fünf Monate an und wirkt weiter.

Obwohl ich immer wieder erlebe, wie gut Homöopathie wirkt, bin ich doch jedesmal aufs Neue «erstaunt» und dankbar dafür – wie R. und seine Mutter sicherlich auch. ▮

Korrespondenzadresse
Karoly Argay, eidg. dipl. Apotheker
Apotheker SAGH (Schweiz. Apothekergesellschaft für Homöopathie)
Homöopath SAHP (Schweiz. Ärztegesellschaft für Homöopathie)
E-Mail: praxis-krummacker@eblcom.ch

Homéopathie dans la pharmacie

Traitement du syndrome d'hyperactivité

Karoly Argay

Ce cas montre comment on peut aider un petit garçon agité par la prise d'une dose homéopathique selon la méthode de l'homéopathie classique.

Histoire

En septembre 2008, Madame M. me raconte les difficultés scolaires que rencontrait son fils R. de 12 ans: il a des problèmes de concentration et peine à se crocher à un sujet. La pression exercée par son environnement (surtout par l'école) est devenue si forte qu'il a fallu envisager le recours au méthylphénidate. Mais la maman a des scrupules à donner ce principe actif à son fils.
Elle a accepté ma proposition d'un essai homéopathique.

Symptômes actuels

Madame M. rapporte ce qui la frappe particulièrement chez son fils (d'ailleurs, je peux moi-même observer quelques «symptômes» sur place à la pharmacie):

R. cligne continuellement et involontairement des yeux et se passe sans arrêt la main sur le visage comme s'il était dérangé par des toiles d'araignées imagi-

Symptômes choisis		**Médicaments**				
Amo	Désignation des symptômes	Médicaments	valeur	nb	%	prod.
a	chaleur/fièvre, sans soif (p.ex. enfants)	Arsenicum album. p15	29	13	75	9.7
a	transpiration parties isolées/partielle	Nux vomica.e/Log.	27	13	67	8.7
a	agitation physique sans raisons app. nerveux	Ignatia amara.d/Log.	26	13	71	9.2
aA	refus de déshab. par chaleur/transpi./fièvre	Atropa belladonna.d/Sol.	26	12	62	7.5
aB	besoin de mouvement/aller de-ci, de-là	Cinchona officin.e/Rub.	25	12	65	7.7
m<	ne pas se laisser toucher/aversion	Mercuriuas sol.H.p12	25	12	67	8.0
m<	pression habits/trop serré au cou	Natrium muriaticum.e1	25	12	67	8.0
m<	chagrin, souci pour autrui, «ruminer»	Sepia.d/Moll	24	12	69	8.2
m<	fatigue par regard intensif et fixe	Lachesis muta.p/Vert.	24	11	73	8.0
m<	parler difficile/lire facile	Pulsatilla pratensis.e/Ran.	23	11	46	5.0
m<	refus être consolé, pas apitoiement	Arnica montana.p/Ast.	22	11	69	7.6
o	mouvement involontaire tête, spasme/tic	Apis mellifica.p/Arthr.	22	10	52	5.2
o	se laisse bcp. effrayer/sursauter, (peur)	Phosphori acidum.p15	21	12	73	8.7

naires (tic). Il se comporte toujours de façon agitée sans raison apparente et manifeste sans cesse le besoin de bouger. De plus, il veut garder ses vêtements bien qu'il transpire fortement. Il a rarement soif et boit trop peu – la mère doit à maintes reprises pendant la journée le pousser à boire. A la question de savoir si son fils transpire aussi d'habitude, Madame M. explique qu'il transpire la nuit très fortement à la tête et à la nuque: il est mouillé comme une soupe. R. ne supporte pas non plus les habits serrés, surtout sur le ventre et autour du cou. Il n'aime pas non plus qu'on le touche. Il se fait en permanence du souci pour d'autres personnes et cela aggrave son état. Il a de la peine à parler, inverse les mots et les lettres. Par contre, il sait bien lire. Lorsqu'il regarde assez longtemps la télé ou qu'il lit, il se sent plus mal.

En outre, la maman explique qu'un simple bruit l'effraye et qu'il sursaute à tout moment. On ne peut le consoler lorsque quelque chose s'est passé.

Répertorisation/recherche du médicament

La répertorisation à l'aide du programme «amokoor» est présentée dans le tableau de la page précédente.

Les symptômes se laissent recouvrir par les trois remèdes suivants:
1. Arsenicum album
2. Nux vomica (noix vomique)
3. Ignatia amara (fève de St. Ignace)

Nux vomica est à exclure à cause de ce qu'on appelle une «contre-indication» (c.-à-d. que le contraire d'un symptôme a une pondération beaucoup plus forte que le symptôme lui-même). Il reste donc encore Arsenicum album et Ignatia amara.

L'étude de la Matière Médicale propose une relation du caractère de R. nettement plus complète avec Ignatia amara qu'avec Arsenicum album.



Fèves d'Ignatia amara

Pour cette raison, on prescrit à R. le remède Ignatia amara en dilution Q3 qu'il lui faut dynamiser une fois par jour en le secouant dix fois avant la prise et prendre ensuite pendant un mois selon les indications.

Suivi

D'après la mère, les tics ont disparu et son fils parvient à se consacrer plus longtemps et avec plus de concentration à ses devoirs scolaires ou autres. Selon l'enseignant, R. est devenu plus calme et parvient mieux à se concentrer. Parallèlement, ses prestations s'améliorent et ses notes marquent une tendance vers le haut.

Comme ce remède a agi, R. en prend chaque mois une dose, mais dans une dilution plus élevée. L'effet du médicament tient maintenant depuis cinq mois et ne faiblit pas.

Bien que je fasse sans cesse l'expérience des effets bénéfiques de l'homéopathie, je suis chaque fois «étonné» et reconnaissant – comme d'ailleurs R. et sa mère aussi. ▮

Adresse de correspondance
Karoly Argay, pharmacien diplômé
Pharmacien OSPH (Ordre suisse des pharmaciens homéopathes)
Homéopathe SAHP
E-mail: praxis-krummacker@eblcom.ch

Traduction:
Marie-Claude Frey, en collaboration avec Daniel Frey
Pharmacienne diplômée
Membre du comité OSPH

Équilibre délicat entre utilité et dommage

Didier Ray, Paul Wiederkehr

Les économies dans le système de santé prennent une place toujours plus importante au sein du Parlement et dans la presse. Ce processus s'accompagne inébranlablement de conflits d'intérêts, de divergences d'intérêts dans les organes de décision, de grèves et de sentiments de craintes. La recherche d'une stratégie pertinente et ciblée pour stabiliser à long terme l'évolution des coûts de la santé tout en maintenant la même qualité et le même approvisionnement devient donc difficile dans une telle constellation.

Les premières esquisses confirment une fois de plus que les mesures simples et unilatérales ont la priorité sur les stratégies plus complexes et durables. Notre système est empli de fausses incitations qui ont pour effet d'augmenter les coûts. Il n'existe toujours aucun système de bonus éprouvé qui récompense les patients et les fournisseurs de prestations qui se préoccupent des coûts.

Coûts et financement du système de santé

Les possibilités d'économies décelées par diverses organisations et personnalités puis publiées par la presse reposent souvent sur des estimations simplifiées. Un pourcentage peut facilement être appliqué à un total inapproprié et entraîner des résultats impressionnants mais malheureusement faux. Le marché est complexe, et les statistiques publiées de nos jours sont pour la plupart de bonne qualité. Comme toujours, le diable se cache cependant dans les détails. Ainsi, les diverses bases de données recèlent parfois des différences considérables dans les sources. En l'absence de connaissances précises, la transmission de relations d'une source à une autre peut entraîner des résultats fortement déformés et de fausses interprétations. La présentation ci-après des coûts de la santé doit permettre de mieux comprendre les diverses relations.

D'après les derniers chiffres de l'Office fédéral de la statistique (OFS), les coûts du système de santé se sont élevés globalement à 55,3 milliards de francs en 2007. Après une baisse sensible de la hausse ces trois dernières années, une augmentation de 4,9% par rapport à l'année précédente est donc à nouveau enregistrée. Comparés à la valeur ajoutée, les coûts de la santé s'élèvent à 10,8% en 2007 également.

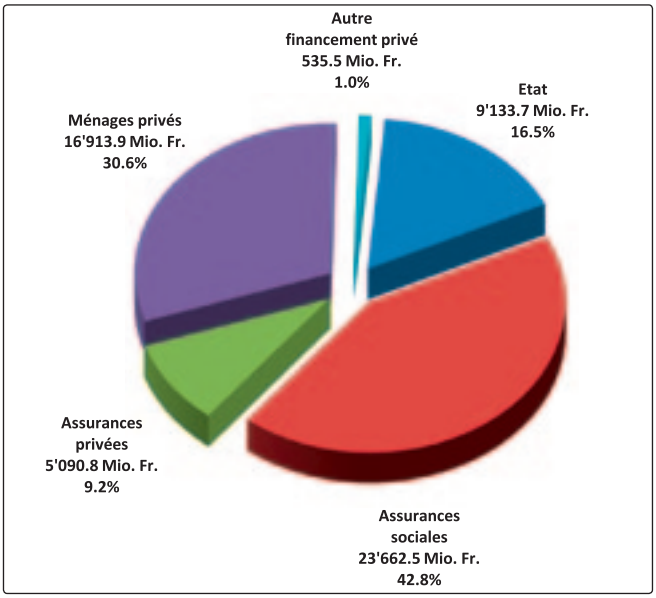
A quelques différences près, cette valeur correspond à celle de la France (11%), de l'Allemagne (10,6%) et de l'Autriche (10,1%).

En 2007, les coûts du système de santé ont été financés comme suit: 16,5% par l'État, 42,8% par les assurances sociales, 9,2% par les assurances privées et 31,5% par les ménages privés (autres financements privés inclus). Entre 2002 et 2007, les coûts totaux du système de santé et, en conséquence, les moyens financiers requis ont augmenté de 3,1% en moyenne annuelle.

En revanche, l'augmentation du financement par les assurances privées

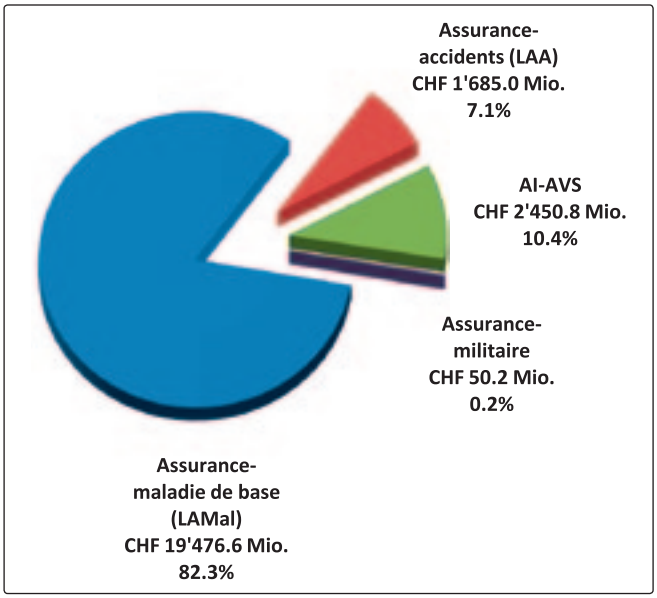
Financement du système de santé selon l'agent payeur année 2007, CHF 55,34 milliards

Agent payeur = Agent qui paie directement les prestations aux fournisseurs de soins.



Source: Office fédéral de la statistique, 2007, chiffres provisoires

Financement des assurances sociales année 2007, CHF 23,66 milliards



Source: Office fédéral de la statistique, 2007, chiffres provisoires

(5,6%) et l'État (7,0%) a été supérieure à la moyenne en 2007.

Assurances sociales

Les assurances sociales financent le système de santé à hauteur de 42,8% et sont donc le plus grand agent payeur. Avec une augmentation annuelle de 4,6% au cours des cinq dernières années, elles ont assuré la plus grande partie des hausses des coûts. Avec une augmentation de 4,4% par rapport à l'année précédente, les dépenses des assurances sociales ont été légèrement inférieures à celles observées en moyenne sur les cinq dernières années.

Caisses-maladie LAMal (assurance de base)

Elles financent plus de 82% des coûts de toutes les assurances sociales. La répartition des prestations des assureurs maladie en fonction des fournisseurs de soins offre un aperçu précis des postes de coûts.

Les traitements ambulatoires et stationnaires à l'hôpital représentent 38% des coûts. Ils sont suivis par les traitements ambulatoires chez le médecin avec 22,9% et les médicaments retirés en pharmacie avec 13,1%. Les coûts des médicaments remis par le médecin et le pharmacien s'élèvent ensemble à 4,3 milliards de francs. Ceci correspond donc à 19,9% des coûts à charge de l'assurance-maladie obligatoire (AOS).

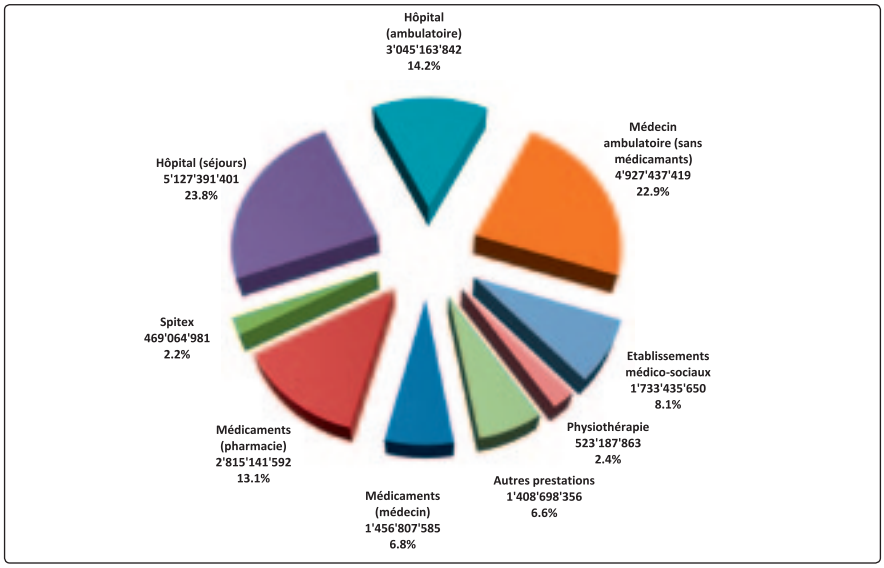
En 2007, les assurés ont participé aux coûts à hauteur de 3,15 milliards de francs, soit 14,7% des prestations brutes. Les assureurs-maladie payent 18,35 milliards de francs net, après déduction de la participation aux coûts.

Évolution des coûts en 2008 par rapport à l'année précédente

Les coûts bruts à charge de l'AOS, participation des assurés aux coûts comprise, ont augmenté de 4,3% en moyenne en 2008.

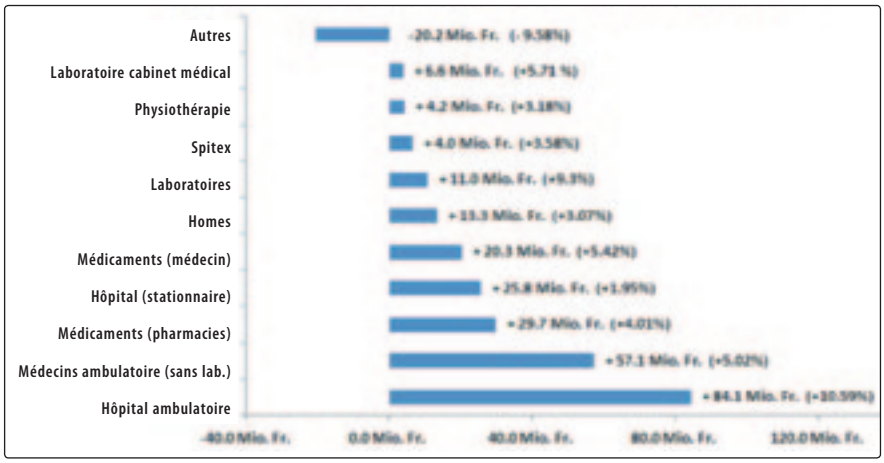
Les coûts des médicaments ont augmenté de près de 4,48%. Au niveau de la dispensation médicale, l'augmentation des coûts de 5,42% sur les médicaments remis directement par les médecins présente une valeur plus élevée de 35% par rapport à la hausse de 4,01% enregistrée dans les pharmacies. Les médicaments

Prestations brutes à charge de l'AOS d'après les fournisseurs de prestatons, y compris participation aux coûts des assurés CHF 21,5 milliards en 2007



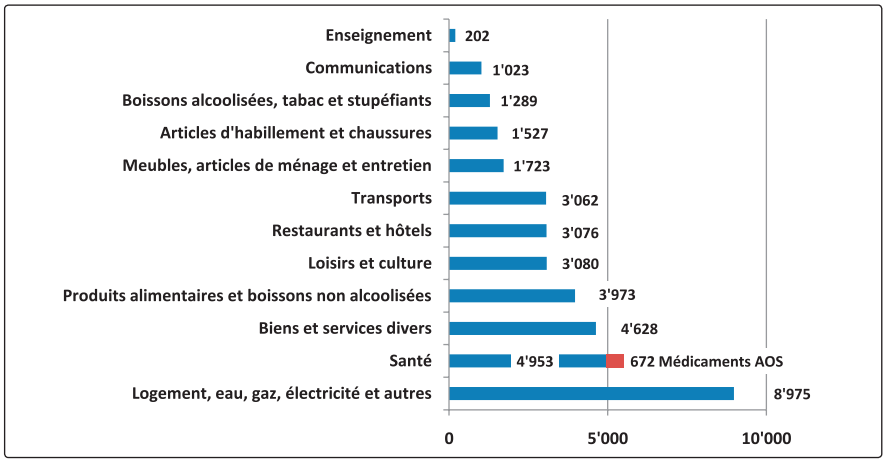
Source: OFSP, Monitoring de l'évolution des coûts

Evolution des coûts bruts selon les groupes de coûts en 2008 par rapport à l'année précédente l'augmentation moyenne des coûts de +4,3% correspond à CHF 235,7 millions



Source: OFSP, Monitoring de l'évolution des coûts

Dépenses de consommation finale nationale des ménages CHF 38 138 par habitant année 2007



Source: Office fédéral de la statistique, BfS et Monitoring de l'évolution des coûts de l'OFSP

prescrits par les cabinets SD, et qui représentent 15% des coûts totaux des médicaments, ne sont pas compris dans cette valeur. Les fausses incitations engendrées par la dispensation médicale dans de nombreux cantons se répercutent donc clairement sur les chiffres.

Les coûts des hôpitaux, traitements ambulatoires inclus, ont augmenté de 5,8% en 2007, soit un niveau nettement supérieur à la moyenne des cinq dernières années (2,9%). Depuis 2002, l'augmentation annuelle des coûts des hôpitaux est nettement plus marquée pour les prestations ambulatoires (+7,1% en moyenne) que pour les prestations intra-muros (+2%). Cette tendance s'est poursuivie en 2007.

Les coûts des établissements pour personnes âgées et malades chroniques (homes médicalisés) ont également connu une progression plus nette (+5,4%) que les coûts totaux du système de santé. Cette augmentation est supérieure à la moyenne des cinq années précédentes (+3,8%).

Les dépenses de consommation finale nationale des ménages se sont élevées à 287 milliards de francs en 2007. Ceci correspond à des dépenses de 38 183 francs par tête.

Avec 5625 francs par tête, les charges de santé occupent la deuxième position, juste derrière les dépenses pour le logement et l'énergie. Les dépenses pour les médicaments (médecins et pharmaciens) à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) s'élèvent à 672 francs par tête, soit 12% des dépenses de soins.

Mesures d'économies étudiées

Les mesures visant à stabiliser les coûts de santé occupent aujourd'hui une priorité absolue. Des institutions, des groupements et des politiciens ont soumis des propositions plus ou moins valables pour maîtriser les coûts.

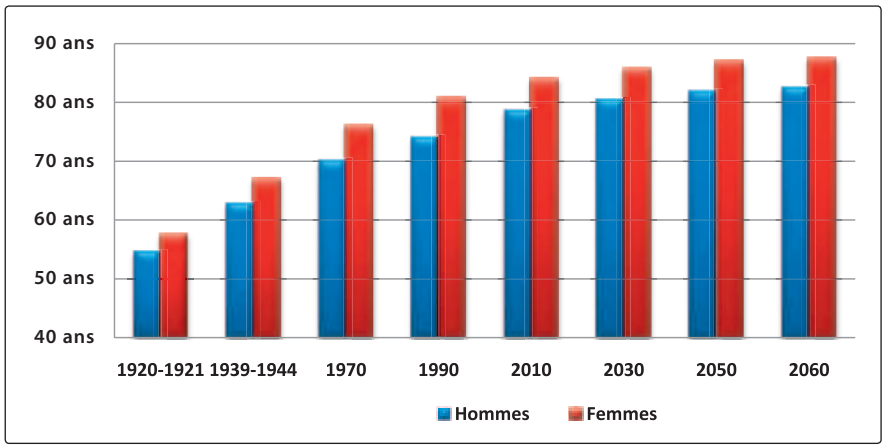
Propositions du surveillant des prix

Le surveillant des prix propose de diminuer le prix de fabrique et d'étendre pour ce faire le panier des pays de comparaison à la France, l'Italie et l'Autriche. Il propose également de diminuer la marge de distribution des fournisseurs de soins. La prime relative au prix devrait ainsi baisser de 15 à 6% pour les médecins et les soins hospitaliers ambulatoires. La prime par emballage, qui couvre les frais d'infrastructure et d'administration d'une pharmacie publique, doit être diminuée de moitié pour ces deux canaux. Monsieur Prix espère économiser de la sorte 460 millions de francs. Cette estimation nous semble un peu trop optimiste. D'après nos calculs, le potentiel d'économies s'élève à 230 millions de francs au maximum, sur la base des prix effectifs de l'année 2008.

Il est également prévu de baisser la marge de distribution des pharmacies. La prime relative au prix doit passer de 15 à 9% pour atteindre des économies de 130 millions de francs. D'après nos calculs, le potentiel d'économies est ici de 90 millions de francs. Globalement, le surveillant des prix espère économiser 590 millions de francs grâce à ces mesures. A notre avis, le potentiel d'économies est légèrement inférieur avec 320 millions. De plus, toute mesure qui dépasse la baisse déjà annoncée de 3% de la marge de distribution mettrait en difficulté bien davantage de pharmacies que ce qui est souhaité en termes de politique de santé.

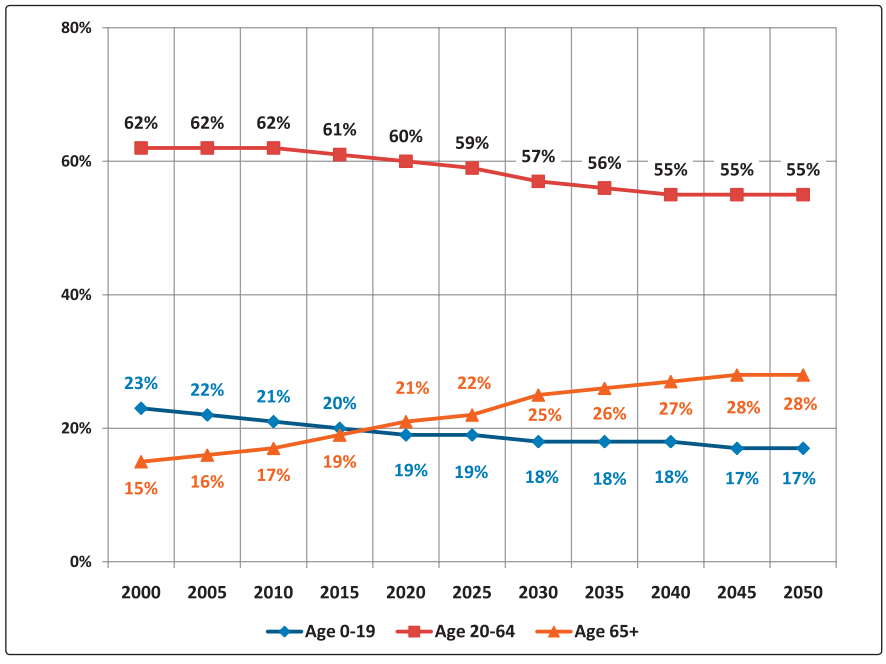
Actuellement, les recettes issues de la vente de médicaments sont engendrées pour deux tiers à travers le prix et pour un tiers à travers les prestations pharmaceutiques. Pour les pharmaciens, il s'agit

Espérance de vie escomptée lors de naissance entre 1920 et 2060



Source: OFS, Office fédéral de la statistique

Répartition actuelle et future des classes d'âge, selon le scénario de référence (A-00-2005) de l'OFS



Source: OFS, Office fédéral de la statistique

donc de leur revenu principal. Chaque mesure qui sera prise aura donc certainement des répercussions sur le futur approvisionnement en médicaments en dehors des agglomérations. L'extension de la rémunération des pharmaciens à travers les prestations telle que souhaitée par le surveillant des prix devrait permettre de corriger cela: «D'une part, il y a lieu de mieux rétribuer les prestations de conseils des pharmaciens par rapport à l'indemnisation basée sur le prix et l'emballage. Le rôle des pharmaciens en tant que premiers interlocuteurs doit être renforcé; ils devront alors être rémunérés en conséquence» (citation de la newsletter 3/09 du 18.6.2009). La politique se doit donc de remplacer les fausses incitations par un système de bonus proposé aux patients et aux fournisseurs de soins qui se préoccupent des coûts.

Paquet urgent 09

A l'initiative du conseiller national Otto Ineichen, un groupe interpartis a ficelé un paquet urgent qui devrait permettre à l'assurance de base d'économiser 1,5 milliard de francs.

Voici un bref aperçu des propositions formulées:

- → Quote-part de 20 au lieu de 10% en cas de consultation directe d'un spécialiste
- → Optimisation abusive des rabais de prime: changement à brève échéance de modèles donnant droit à des réductions de prime avec des franchises à option tous les deux ans uniquement (actuellement tous les ans).
- → Suppression des réductions de primes dans l'assurance de base pour les assurés bénéficiant d'une assurance complémentaire.
- → Augmentation de la participation aux frais hospitaliers à 15 francs par jour au lieu de 10 francs jusqu'à présent.
- → Aucune prise en charge des coûts pour l'établissement de certificats médicaux pour les malades chroniques.
- → Interdiction de la publicité par téléphone et de commissions lors de la chasse aux bons risques.
- → Meilleurs tarifs pour les fournisseurs de premiers recours, plus d'indemnisations plus élevées pour les traitements ambulatoires à l'hôpital, revaloriser les fournisseurs de premier recours dans les régions qui connaissent une pénurie.
- → Application des mêmes tarifs pour les mêmes prestations. La valeur du point tarifaire ne doit pas varier de plus de 10% dans l'ensemble de la Suisse.
- → Remboursement du médicament le plus avantageux en cas de médicaments équivalents.
- → Diminution de la marge des médicaments et des aides.

Dans le meilleur des cas, toutes ces mesures d'économies permettent uniquement de maîtriser l'évolution des coûts à court terme. La hausse qui se poursuivra inévitablement a une causalité naturelle. L'espérance de vie continuera d'augmenter ces prochaines années. L'utilité à moyen et à long terme de toutes les mesures doit donc être soigneusement analysée. Il s'agit du seul moyen de maintenir à l'avenir également un réseau de soins généralisé et efficace.

L'Office fédéral de la statistique a élaboré un scénario sur la répartition future des classes d'âge qui tient compte de tous les facteurs d'évolution:

Aujourd'hui, 16% de la population est âgée de 65 ans ou plus. Le scénario prévoit qu'en 2035, le taux s'élèvera à 26% et même à 28% en 2050.

Dans ces conditions, il ne suffira plus simplement d'optimiser le système de santé existant et d'exploiter les fournisseurs de prestations.

Le jour où les prestations ne seront plus rémunérées de sorte à couvrir les coûts, il faudra s'attendre à un sous-approvisionnement important.

Il faut trouver de nouveaux moyens pour rester maître de la situation et garantir des prestations avantageuses.

Mesures immédiates

Le Conseil fédéral et le Département fédéral de l'intérieur (DFI) ont décidé de prendre diverses mesures urgentes pour baisser les coûts des médicaments. Ces dernières devraient permettre dès l'année prochaine de réaliser des économies de plus de 400 millions de francs en faveur de l'assurance maladie. La diminution de 3% de la part de distribution pour les médicaments, l'extension du panier des pays de comparaison et un nouveau mode de fixation du prix des génériques sont des mesures qui ont une influence directe sur le revenu avec la remise de médicaments. ▮

Adresse de correspondance
Didier Ray, responsable du département «Politique & Économie» de pharmaSuisse
E-mail: didier.ray@pharmasuisse.org

Des informations plus détaillées sur cet article peuvent être téléchargées depuis le domaine protégé de notre site internet www.pharmaSuisse.org.

L'OFSP dispose d'un site internet qui offre un très bon aperçu sur l'évolution des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins: www.bag.admin.ch/kmt/

La diversité des vaccins

Thomas Müller

Les vaccinations sont considérées comme la méthode la plus efficiente et la plus sûre d'éviter des décès, des douleurs, des souffrances et des frais dans le domaine de la santé publique. Le présent article offre un aperçu des différentes catégories de vaccins et jette un regard vers l'avenir.

Ces dernières décennies, les scientifiques ont développé toute une série de vaccins qui peuvent être classés en différentes catégories. Tous présentent des avantages et des inconvénients. L'histoire des vaccins a commencé par un vaccin vivant. En 1796, le médecin britannique Edward Jenner a vacciné un garçon en lui inoculant la vaccine qui entraîne chez l'homme une forme de variole à évolution légère, tout en fournissant une protection contre le virus de la variole humaine.

De nos jours, les vaccins vivants sont toujours utilisés. Il s'agit en l'occurrence de microbes qui ont été tellement atténués en laboratoire qu'ils ne rendent pas malades des personnes saines, mais déclenchent malgré tout une réponse immunitaire. Les virus vivants atténués se reproduisent dans le corps et entraînent une infection analogue à celle due au virus naturel. Ils provoquent en règle générale une forte réaction immunitaire cellulaire (cf. pharmaJournal 11/2009) et transmettent une immunité qui dure des années, voire des décennies. Les vaccins vivants atténués typiques sont ceux contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, la varicelle ou la fièvre jaune.

Ne prendre aucun risque

Il est dans la nature des choses que le vivant change ou mute constamment, et il en va de même des vaccins vivants, tout atténués qu'ils soient. En principe, on ne peut pas exclure qu'un virus atténué redevienne par mutation une variante dangereuse et déclenche tout de même la maladie qu'il devait prévenir. Une telle complication a par exemple été observée dans des cas très rares de vaccinations contre la poliomyélite au moyen d'un vaccin vivant. De plus, les vaccins vivants ne conviennent pas à tout le monde. La prudence est ainsi de mise chez les personnes souffrant d'une faiblesse immunitaire, par exemple parce qu'elles viennent de subir une chimiothérapie ou qu'elles sont positives au VIH.

Le risque d'une mutation inverse en un agent pathogène dangereux peut être contourné en tuant celui-ci avec des produits chimiques ou une irradiation. Généralement, les agents pathogènes perdent alors de leur immunogénéité. En conséquence, la protection vaccinale induite est moins marquée que celle des vaccins vivants. Les vaccins morts contiennent donc ce que l'on appelle des adjuvants, qui renforcent la réponse immunitaire. Les vaccins inactivés sont dirigés par exemple contre la grippe, l'hépatite A, la méningo-encéphalite verno-estivale (MEVE) et la rage.

Une partie vaut mieux que le tout

Les vaccins sous-unitaires constituent une alternative élégante aux vaccins vivants et inactivés. Au lieu du micro-organisme entier, ils ne contiennent que des

Chronique du développement et de l'introduction des vaccins

Maladie infectieuse	Causée par	Introduction
Variole	Virus de la variole	1796
Rage	Virus de la rage	1885
Fièvre typhoïde	Salmonella typhi	1896
Diphtérie	Corynebacterium diphtheriae	1923
Coqueluche	Bordetella pertussis	1926
Tuberculose	Mycobacterium tuberculosis	1927
Tétanos	Clostridium tetani	1927
Fièvre jaune	Virus de la fièvre jaune	1935
Grippe	Virus influenza	1936
Poliomyélite	Poliovirus	1955/1960
Oreillons	Virus des oreillons	1967
Rougeole	Virus de la rougeole	1968
Rubéole	Virus de la rubéole	1969
MEVE	Virus de la MEVE	1973
Varicelle	Virus de la varicelle/de l'herpès zoster	1974
Pneumonie/otite, sinusite	Pneumocoques invasifs	1977/2000
Hépatite B	Virus de l'hépatite B	1981
Méningite, septicémie	Neisseria meningitidis	1982/1999
Infection des voies respiratoires, méningite	Haemophilus influenzae type b	1985
Hépatite A	Virus de l'hépatite A	1992
Diarrhée sévère	Rotavirus	1998/2005
Cancer du col de l'utérus	Virus du papillome humain	2006

«sous-unités» («subunits») sélectionnées qui déclenchent certes une forte réponse immunitaire, sans toutefois pouvoir provoquer une maladie. Les sous-unités sont des antigènes qui sont reconnus par les lymphocytes T et B et entraînent ainsi une immunisation active.

Un exemple d'actualité de cette catégorie de vaccins est celui contre le cancer du col de l'utérus. Des scientifiques ont transféré certains gènes du virus du papillome humain dans des cellules de levure qui reprennent ensuite la production des composants du virus et des antigènes souhaités. Ceux-ci sont purifiés et utilisés pour la production du vaccin. Les vaccins toxoïdes sont idéaux contre les bactéries qui sécrètent des toxines mortelles. Lorsque la toxine de la bactérie de la diphtérie est traitée au formol, elle perd sa toxicité mais continue à déclencher une réponse immunitaire. Le vaccin antitétanique est également basé sur ce principe. Comme pour les vaccins morts, on emploie généralement des adjuvants dans les vaccins toxoïdes.

Duper habilement un agent pathogène

Certaines bactéries portent des polysaccharides sur leur surface. Les vaccins basés sur de tels polysaccharides sont certes efficaces jusqu'à un certain point chez l'adulte, mais pas chez les enfants de moins de deux ans. Les immunologues ont cependant réussi à jouer un tour aux bactéries. Ils attachent les polysaccarides à une protéine porteuse qui déclenche une réaction immunitaire ordinaire. De cette manière, les polysaccharides sont en quelque sorte offerts sur un plateau, permettant au système immunitaire de fabriquer des anticorps aussi bien contre le plateau que contre les molécules sucrées. Des vaccins conjugués de ce genre sont employés contre la bactérie Haemophilus influenzae b, de même que contre les pneumocoques et les méningocoques.

Les vaccins passifs, qui ne sont pas des vaccins au sens strict du terme, ont perdu en importance parce qu'ils ne déclenchent aucune réponse immunitaire active. Ils contiennent des anticorps purifiés contre certains agents pathogènes ou leurs toxines, aidant ainsi le système immunitaire à les éliminer. Ils sont par exemple employés en présence d'une infection aiguë ou d'une suspicion d'infection, lorsque la protection vaccinale n'est pas encore ou n'est plus suffisamment assurée par un vaccin actif. En Suisse, on emploie des vaccins passifs contre le tétanos, l'hépatite B, l'herpès zoster et la cytomégalie.

Perspectives d'avenir

L'ère de la recherche génomique a aussi ouvert un nouvel horizon à la recherche sur les vaccins. Nous osons donc jeter ici un œil sur l'avenir. Un nombre croissant de génomes de micro-organismes est désormais entièrement séquencé. Cela signifie que l'on connaît dès lors le gène appartenant à de nombreuses structures superficielles et donc à des antigènes. Ce potentiel est exploité pour le développement de nouvelles catégories de vaccins. Les scientifiques s'efforcent à présent d'amener le corps à produire lui-même le vaccin contre un agent pathogène. Ils introduisent des gènes codés pour certains antigènes d'agents pathogènes sous forme d'ADN nu dans des animaux de laboratoire qui produisent alors les antigènes pendant un certain temps. Etant donné que le système immunitaire de l'hôte identifie comme étrangères les protéines pathogènes produites, il se constitue une réponse immunitaire spécifique correspondante et «retient» les antigènes dans l'éventualité d'une infection véritable ultérieure.

En théorie, de tels vaccins ADN font d'une pierre deux coups. Ils ne peuvent pas déclencher eux-mêmes une maladie, mais ils stimulent une forte réponse immunitaire avec effet mémoire, tout en étant relativement simples et bon marché à la production. Ils se trouvent actuellement encore en phase expérimentale, mais nous en saurons bientôt davantage. Des vaccins ADN contre la grippe et l'herpès sont déjà testés sur des êtres humains.

Vaccins vecteurs, chevaux de Troie

Une étape supplémentaire est franchie avec les vaccins vecteurs. Ici, les scientifiques n'utilisent pas d'ADN nu, mais des virus inoffensifs pour faire passer l'ADN antigène d'agents pathogènes dans le corps. Ces virus vecteurs injectent leur patrimoine génétique dans les cellules du corps et forcent celles-ci à construire de nouveaux virus qui se propagent ensuite. Les virus vecteurs déclenchent une réaction immunitaire normale contre eux-mêmes, mais à la manière de chevaux de Troie, ils apportent également quelques gènes pour les antigènes d'un agent pathogène. Le système immunitaire reconnaît ces antigènes comme étrangers et se constitue une réponse immunitaire correspondante. Les vaccins vecteurs sont eux aussi encore en phase expérimentale. Ils concernent avant tout les maladies telles que le VIH, la rage et la rougeole. ▮

Adresse de correspondance
Thomas Müller, Bâle
Journaliste scientifique RP
E-mail: thm@datacomm.ch

Die Vielfalt der Impfstoffe

Thomas Müller

Impfungen gelten als die effizienteste und sicherste Methode, Tod, Schmerzen, Leid sowie Kosten für das Gesundheitswesen zu vermeiden. Dieser Artikel bietet eine Übersicht über die verschiedenen Impfstoffklassen und wirft einen Blick in die Zukunft.

Im Lauf der letzten Jahrzehnte haben Wissenschaftler eine Reihe von Impfstoffen entwickelt, die in verschiedene Klassen eingeteilt werden können. Alle weisen ihre Vor- und Nachteile auf. Begonnen hat die Impfstoffgeschichte mit einem Lebendimpfstoff. 1796 impfte der britische Arzt Edward Jenner einen Jungen mit Kuhpocken, die beim Menschen zu einer milde verlaufenden Pockenerkrankung führen, aber auch einen Schutz gegen das humane Pockenvirus vermitteln.

Auch heute noch werden Lebendimpfstoffe eingesetzt. Es handelt sich dabei um Mikroben, die im Labor so abgeschwächt wurden, dass sie gesunde Personen nicht erkranken lassen, aber dennoch eine Immunantwort auslösen. Lebende abgeschwächte Viren vermehren sich im Körper und führen zu einer Infektion, welche derjenigen mit dem natürlichen Virus ähnlich ist. Sie bewirken in der Regel eine starke zelluläre Immunreaktion (vgl. pharmaJournal 11/2009) und vermitteln eine über Jahre und Jahrzehnte andauernde Immunität. Typische abgeschwächte Lebendimpfstoffe sind jene gegen Masern, Mumps und Röteln, Windpocken oder Gelbfieber.

Auf Nummer sicher

Nun liegt es in der Natur der Dinge, dass Lebendes sich stetig wandelt beziehungsweise mutiert, und das ist bei Lebendimpfstoffen, so abgeschwächt sie auch sein mögen, nicht anders. Es ist grundsätzlich nicht auszuschliessen, dass ein abgeschwächtes Virus wieder zu einer gefährlichen Variante zurückmutiert und die Krankheit, die es verhindern sollte, doch auslöst. Eine solche Komplikation wurde zum Beispiel in ganz seltenen Fällen bei Impfungen mit dem Lebendimpfstoff gegen Kinderlähmung beobachtet. Zudem sind Lebendimpfstoffe nicht für jedermann geeignet. Bei Menschen, die an einer Immunschwäche leiden, etwa weil sie gerade eine Chemotherapie durchmachen oder HIV-positiv sind, ist Vorsicht geboten.

Das Risiko einer Rückmutation zu einem gefährlichen Erreger lässt sich umgehen, indem dieser mittels Chemikalien oder Bestrahlung getötet wird. Meistens verlieren die Erreger dabei an Immunogenität. Der induzierte Impfschutz ist entsprechend schwächer ausgeprägt als jener von Lebendimpfstoffen. Tot-Impfstoffe enthalten deshalb sogenannte Adjuvanzien, welche die Immunantwort verstärken. Inaktivierte Impfstoffe richten sich zum Beispiel gegen Grippe, Hepatitis A, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und Tollwut.

Ein Teil bringt mehr als das Ganze

Eine elegante Alternative zu den Lebend- und den inaktivierten Impfstoffen sind die Subunit-Impfstoffe. Anstatt des ganzen Mikroorganismus› enthalten sie nur

Chronik der Entwicklung und Einführung von Impfstoffen

Infektionskrankheit	Auslöser	Einführung
Pocken	Variola-Virus	1796
Tollwut	Tollwut-Virus	1885
Typhus	Salmonella typhi	1896
Diphtherie	Corynebacterium diphtheriae	1923
Keuchhusten	Bordetella pertussis	1926
Tuberkulose	Mycobacterium tuberculosis	1927
Tetanus	Clostridium tetani	1927
Gelbfieber	Gelbfieber-Virus	1935
Grippe	Influenza-Viren	1936
Kinderlähmung	Polio-Viren	1955/1960
Mumps	Mumps-Virus	1967
Masern	Masern-Virus	1968
Röteln	Röteln-Virus	1969
FSME	FSME-Virus	1973
Windpocken	Varizellen-/Zoster-Virus	1974
Lungenentzündung/Mittelohrentzündung, Sinusitis	Invasive Pneumokokken	1977/2000
Hepatitis B	Hepatitis-B-Virus	1981
Meningitis, Sepsis	Neisseria meningititis	1982/1999
Infekt der Atemwege, Meningitis	Haemophilus influenzae b	1985
Hepatitis A	Hepatitis-A-Virus	1992
Schwerer Durchfall	Rotaviren	1998/2005
Gebärmutterhalskrebs	Humane Papillomaviren	2006

ausgewählte «Untereinheiten» (Subunits), die zwar eine starke Immunantwort auslösen, aber keine Erkrankung hervorrufen können. Bei den Subunits handelt es sich um Antigene, welche von T- und B-Lymphozyten erkannt werden und so eine aktive Immunisierung bewirken.

Ein aktuelles Beispiel für diese Impfstoff-Klasse ist der Impfstoff gegen Gebärmutterhals-Krebs. Wissenschaftler transferierten bestimmte Gene des Humanen Papilloma Virus in Hefezellen, die sodann die Produktion der gewünschten Virus-Bestandteile und Antigene übernehmen. Diese werden gereinigt und für die Herstellung des Impfstoffes verwendet. Gegen Bakterien, die tödliche Giftstoffe ausscheiden, sind Toxoid-Impfstoffe die richtige Antwort. Wird das Toxin des Diphtherie-Bakteriums mit Formalin behandelt, verliert es seine Giftigkeit, löst aber nach wie vor eine Immunantwort aus. Auch der Tetanus-Impfstoff basiert auf diesem Prinzip. Wie bei den Tot-Impfstoffen kommen bei den Toxoid-Impfstoffen meist Adjuvanzien zum Einsatz.

Erreger elegant ausgetrickst

Gewissen Bakterien tragen auf ihrer Oberfläche Polysaccharide. Impfstoffe, die auf solchen Polysacchariden basieren, sind zwar bei Erwachsenen bis zu einem gewissen Grad wirksam, nicht jedoch bei Kindern unter zwei Jahren. Doch haben die Immunologen die Bakterien mit einem Trick überlistet. Sie heften die Polysaccharide an ein Trägereiweiss, das eine herkömmliche Immunreaktion auslöst. Auf diese Weise werden die Polysaccharide gewissermassen auf dem Präsentierteller dargeboten, worauf das Immunsystem Antikörper sowohl gegen den Präsentierteller als auch gegen die Zuckermoleküle bilden kann. Solche konjugierten Impfstoffe kommen gegen das Bakterium Haemophilus influenzae b sowie gegen Pneumokokken und Meningokokken zum Einsatz.

An Bedeutung verloren haben die passiven Impfstoffe, welche streng genommen gar keine Impfstoffe sind, weil sie keine aktive Immunantwort auslösen. Sie enthalten gereinigte Antikörper gegen bestimmte Erreger oder deren Toxine und helfen so dem Immunsystem bei deren Beseitigung. Sie kommen zum Beispiel zum Einsatz, wenn eine akute Infektion vorliegt oder Verdacht auf eine Infektion besteht und der Impfschutz durch einen aktiven Impfstoff noch nicht oder nicht mehr genügend aufgebaut ist. Passive Impfstoffe werden in der Schweiz gegen Tetanus, Hepatitis B, Windpocken-Zoster und Zytomegalie eingesetzt.

Ausblick in die Zukunft

Das Zeitalter der Genomforschung hat auch der Impfstoff-Forschung einen neuen Horizont eröffnet. Deshalb sei hier ein Blick in die Zukunft gewagt. Immer mehr Genome von Mikroorganismen sind mittlerweile vollständig durchsequenziert. Das heisst, dass von vielen Oberflächenstrukturen und damit Antigenen das zugehörige Gen mittlerweile bekannt ist. Dieses Potenzial wird für die Entwicklung neuer Impfstoffklassen genutzt. Wissenschaftler versuchen nun, den Körper dazu zu bringen, den Impfstoff gegen einen Erreger selbst herzustellen. Sie bringen Gene, die für bestimmte Antigene von Erregern kodieren, in Form von nackter DNA in Versuchstiere ein, worauf diese die Antigene eine Weile lang herstellen. Da das Immunsystem des Wirtes die produzierten Erregerproteine als fremd erkennt, baut es eine entsprechende spezifische Immunantwort auf und «merkt sich» die Antigene für den Fall einer späteren, echten Infektion.

Theoretisch schlagen solche DNA-Vakzine mehrere Fliegen mit einer Klappe. Sie können selbst keine Krankheit auslösen, stimulieren aber eine starke Immunantwort mit Gedächtniswirkung und sind erst noch relativ einfach und billig in der Herstellung. Zurzeit befinden sie sich noch in der Experimentalphase, bald jedoch werden wir mehr wissen. DNA-Impfstoffe gegen Grippe und Herpes werden bereits an Menschen getestet.

Trojanische Vektor-Impfstoffe

Noch einen Schritt weiter geht man bei den Vektor-Impfstoffen. Hier verwenden Wissenschaftler nicht nackte DNA, sondern harmlose Viren, um Antigen-DNA von Erregern in den Körper zu schleusen. Diese Vektor-Viren injizieren ihr Erbgut in Körperzellen und zwingen diese so, neue Viren zu bauen, die sich dann weiter ausbreiten. Die Vektor-Viren lösen eine normale Immunreaktion gegen sich selbst aus, bringen als trojanische Pferde aber zusätzlich einige Gene für Antigene eines Erregers mit. Das Immunsystem erkennt diese Antigene als fremd und baut eine entsprechende Immunantwort auf. Auch Vektor-Impfstoffe sind derzeit noch in der Experimentalphase. Im Vordergrund stehen Krankheiten wie HIV, Tollwut und Masern. ▮

Korrespondenzadresse
Thomas Müller, Basel
Wissenschaftsjournalist BR
E-Mail: thm@datacomm.ch

Was die Galenik leisten kann

Claudia Reinke

Den neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen und ihren Behandlungsmöglichkeiten war die 39. Internationale Pharmazeutische Fortbildungswoche der Deutschen Bundesapothekerkammer in Davos gewidmet. Vom 8. bis 13. Februar 2009 konnten sich wieder mehr als 1000 Apothekerinnen und Apotheker über den aktuellen Wissensstand wichtiger Krankheitsbilder wie Depressive Störungen, Demenz- und Angsterkrankungen sowie Morbus Parkinson und Multiple Sklerose informieren, erhielten aber auch beratungsrelevante Updates zur Pharmakotherapie von Schlafstörungen und Schmerzzuständen. In verschiedenen Berichten werden die wichtigsten Informationen für Sie zusammengefasst.

Durch geschickte Nutzung der verschiedenen Möglichkeiten, die die Kunst der Arzneiformulierung bietet, lassen sich Arzneistoffe in ihren Wirkungen (z.B. hinsichtlich Wirkeintritt und -dauer) und Nebenwirkungen (z.B. Besserung der Verträglichkeit) zusätzlich optimieren. Ein weiterer positiver Effekt zeigt sich dann häufig auch in der besseren Compliance des Patienten. Auch und gerade im Bereich der Analgesie hat die Optimierung der Arzneiform und ihrer biopharmazeutischen Eigenschaften einen hohen Stellenwert, damit auch bei chronischen Schmerzen eine möglichst zuverlässige, anhaltende Schmerzlinderung bei patientenfreundlicher Anwendung gewährleistet werden kann, erklärte Dr. Stephan Reichl vom Institut für Pharmazeutische Technologie der TU Braunschweig. Demnach werden aufgrund der verschiedenen Indikationsbereiche sowie der physikalisch-chemischen und pharmakokinetischen Eigenschaften der Arzneistoffe für Opioid-Analgetika und nicht-opioide Analgetika verschiedenste Darreichungsformen eingesetzt.

Opioid-Analgetika

Opoid-Analgetika werden insbesondere zur Behandlung traumatischer, postoperativer Schmerzen und Tumorschmerzen eingesetzt. Das gewählte Therapiekonzept sollte hinsichtlich des zum Einsatz kommenden Analgetikums, der Applikationsform und der Dosierung jeweils den individuellen Bedürfnissen entsprechend angepasst sein. So sollten Patienten mit chronischen Schmerzen eine ausreichend hoch dosierte, konstante Basisanalgesie erhalten, die zur Kupierung von dennoch erfolgenden Durchbruchschmerzen oder Schmerzspitzen mit rasch anflutenden Präparaten oder Injektionslösungen ergänzt werden kann. Zum Einsatz kamen hier lange Zeit vorwiegend orale Retardpräparate, die gelegentlich aufgrund einer verzögerten, schlecht kalkulierbaren Freisetzung zu kurzzeitigen, aber riskant hohen Arzneistoffspitzen führen konnten. Erfolgt nämlich die Einnahme des Analgetikums beispielsweise mit oder kurz nach einer Mahlzeit, was ausgesprochen häufig der Fall ist, lassen sich kurzzeitig extrem variable Wirkstoffspiegel beobachten. Kritisch ist hierbei vor allem die nach Mahlzeiten physiologisch bedingte, deutlich verlängerte Magenverweilzeit, da der Wirkstoff bereits im Magen freigesetzt, dort aber praktisch nicht resorbiert wird, denn die Resorption erfolgt vorwiegend im Darmtrakt. Gelangt der Mageninhalt dann Stunden später zusammen mit dem freigesetzten Wirkstoff in den Darm, kommt es zu einer raschen Resorption des bis dahin gelösten Wirkstoffs, so dass unvermittelt viel zu hohe Wirkstoffkonzentrationen auftreten.

Heute sind neue retardierte Arzneiformen der Opioid-Analgetika als Alternative zu den peroral applizierten Präparaten im Handel. Dazu zählen die transdermalen therapeutischen Systeme (TTS), beispielsweise von Fentanyl und Buprenorphin, die oralen osmotischen Systeme (OROS®), sowie sublinguale oder transmukosale Arzneiformen, die als schnellfreisetzende Darreichungsformen eine gute Alternative zur Kupierung von Durchbruchschmerzen darstellen. Für alle neuen Opioid-Arzneiformen gilt, dass sie – durch schnelleren Wirkungseintritt, die Verringerung der Einnahmefrequenz, eine einfachere Anwendung sowie insbesondere auch durch Umgehung der peroralen Applikation (bei Übelkeit oder Schluckbeschwerden) – eine bessere Patienten-Compliance und so eine zuverlässigere Analgesie bewirken sollen. Aufgrund ihres komplexeren Aufbaus sind Kenntnisse über die Zusammensetzung, die Funktionsweise und die richtige Anwendung der modernen Arzneiformen für die Beratung und letztlich den Therapieerfolg unerlässlich.

Transdermale Systeme

Transdermale Systeme wurden konzipiert, um über eine kontinuierliche Resorption des Wirkstoffs aus der Arzneiform durch die Haut ausreichend hohe und konstante Plasmaspiegel zu erzielen. Geeignet sind hierzu vorwiegend lipophile Wirkstoffe mit möglichst kleinem Molekulargewicht. Unterschieden werden membrangesteuerte Systeme (setzen den gelösten oder dispergierten Wirkstoff aus einem flüssigen oder halbfesten Reservoir durch membrankontrollierte Diffusion frei) und matrixgesteuerte Systeme (durch Polymermatrix kontrollierte Freisetzung), die sicherer als Membranpflaster sind, da hiermit offenbar unkontrollierte Wirkstoffspitzen vermieden werden. Zu den Nachteilen der Pflastersysteme gehören Sensibilisierungen oder Irritationen der Haut, das langsame Anfluten des Arzneistoffs (was gelegentlich die Beibehaltung einer analgetischen Zusatztherapie erfordert) und die unvollständige Wirkstoffabgabe an die Haut.

Was die erhofften konstanten Wirkstoffspiegel betrifft, so wird dieses Ziel offenbar nicht immer zuverlässig erreicht. Wie die Arbeitsgruppe von Sathyan et al. 2005 berichtete, kann es bei den Patienten nachts doch gelegentlich zu erhöhten Wirkstoffspiegeln kommen – möglicherweise weil die Haut im warmen Bett besser durchblutet wird und sich so die Resorptionsgeschwindigkeit des Wirkstoffs aus dem Hautdepot erhöhen kann

[1]. Was zunächst nachteilig erscheint, kann im Einzelfall jedoch auch Vorteile haben: schmerzbedingte Schlafunterbrechungen werden damit vermieden. Ein Problem kann allerdings das so genannte «End-of-dose-Versagen» sein, das bei einem Viertel der Patienten am Ende des üblichen dreitägigen Dosierungsintervalls beobachtet wird. Aufgrund der verminderten analgetischen Wirkung kommt es dann zu einem verstärkten Auftreten von Durchbruchschmerzen, so dass diese Patienten das Pflaster häufig bereits nach 48 Stunden statt nach 72 Stunden erneuern müssen [2].

Das OROS®-System

Das orale osmotische System (OROS®) ist ein mit einer semipermeablen, wasserunlöslichen Membran überzogenes Zweikammersystem, das eine Wirkstoffschicht und eine osmotisch aktive Schicht enthält. Durch die semipermeable Kapselhülle dringt Wasser in die osmotisch aktive Schicht, die sich ausdehnt und dabei den Wirkstoff durch eine kleine, genau definierte lasergebrannte Öffnung nach aussen drückt. Dieses push-pull-System (das in der Schweiz inzwischen mit dem Opioid-Analgetikum Hydromorphon auf dem Markt ist) sorgt für eine gleichmässige Wirkstofffreisetzung im Magen-Darm-Trakt mit über 24 Stunden anhaltend konstanten, plateauähnlich verlaufenden Wirkstofffspiegeln. Solche Systeme lassen sich auch problemlos mit beziehungsweise nach der Mahlzeit einnehmen, da sie – im Gegensatz zu den üblichen Retardformulierungen – zunächst eine gewisse Zeit brauchen (ca. 2 bis 3 Stunden), bis die Freisetzung des Wirkstoffs beginnt. Nach der Entleerung des Mageninhalts in den Darm ist also erst relativ wenig Wirkstoff diffundiert, so dass ein steiler Anstieg des Plasmaspiegels weitgehend ausbleibt [2].

Nicht-opioide Analgetika

Zur Behandlung verschiedener Schmerzzustände wie Kopf- oder Zahnschmerzen werden schnellfreisetzende perorale Arzneiformen (nicht überzogene Tabletten oder Kapseln sowie Trink- oder Brausetabletten) bevorzugt, während zur Langzeitbehandlung rheumatischer Schmerzen eher Retardpräparate (Tabletten oder Kapseln mit retardierenden Überzügen oder magensaftresistente Arzneiformen) zum Einsatz kommen. Gewisse Retardformen können zudem – neben dem verzögert freigebenden Anteil der Dosis – oft noch eine Initialdosis enthalten um rasch wirksame Plasmaspiegel aufzubauen, die durch den retardierten Anteil länger im therapeutisch wirksamen Bereich gehalten werden können. Vor allem bei den nicht-steroidalen Antiphlogistika (NSAIDS) finden sich magensaftresistente Darreichungformen, die zur Verringerung der gastrointestinalen Nebenwirkungen beitragen sollen, worauf man sich allerdings nicht verlassen sollte, da diese unerwünschten Effekte durch den Wirkmechanismus dieser Arzneistoffe und somit systemisch bedingt sind. Gerade bei magensaftresistent überzogenen monolithischen (also nicht zerfallenden) Arzneiformen ist jedoch Vorsicht geboten, wenn sie vor oder zusammen mit Mahlzeiten eingenommen werden. Auch hier drohen die oben bereits beschriebenen Überdosierungen durch plötzlich auftretende zu hohe Wirkstoffkonzentrationen nach einer durch die Nahrungsaufnahme verzögerten Magenpassage. Gemäss Reichl sollte den Patienten geraten werden, solche Analgetika möglichst nüchtern, also ein bis zwei Stunden vor dem Essen, einzunehmen oder auf polydisperse magensaftresistente Formen (Produkte mit der Bezeichnung dispers oder Tabs) auszuweichen. NSAIDS wie Diclofenac werden auch zur topischen Behandlung als Pflasterformulierung angeboten. Während sich mit TTS-Opioiden jedoch eine systemische Wirkung erzielen lässt, ergeben sich bei NSAIDS durch die TTS-Applikation keine systemisch wirksamen Plasmakonzentrationen – ihre Wirkung ist daher auf oberflächennahe Schmerzen beschränkt.

Im Bereich der Opioide arbeiten Forschung und Entwicklung weiter an neuen Arzneiformen mit innovativen Retardierungsprinzipien, neueren Applikationsformen mit schnellerem Wirkeintritt zur systemischen (Nasenspray, Aerosol) oder lokalen Therapie (Augentropfen) sowie solchen, die den Opiatabusus verhindern sollen. ∎

Korrespondenzadresse
Dr. Claudia Reinke
Schützenmattstrasse 1
4051 Basel

Quelle

«Pharmakotherapie neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen»; 39. Int. Fortbildungswoche der Bundesapothekerkammer, Davos, 8.–13. Februar 2009. Nach dem Vortrag von Dr. Stefan Reichl, Institut für Pharmazeutische Technologie der technischen Universität Braunschweig: «Bewährte und neuere Arzneiformen in der Schmerztherapie: Viele Wege führen zum Ziel».

Literatur

[1] Sathyan G, Guo C, Sivakumar K et al. Evaluation of the bioequivalence of two transdermal fentanyl systems following single and repeat applications. Current Medical Rsearch and Opinion 2005; 21: 1961–1968.

[2] H. Blume, Optimierung der Galenik von Analgetika zur Behandlung chronischer Schmerzzustände; Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: S136–S139.

Possibilités offertes par la galénique

Claudia Reinke

La 39e Semaine internationale de formation continue de la «Deutsche Bundesapothekerkammer» à Davos était consacrée aux maladies neurologiques et psychiatriques ainsi qu'à leurs traitements. Du 8 au 13 février 2009, plus de 1000 pharmaciens ont reçu des informations actuelles sur les tableaux cliniques importants tels que les troubles dépressifs, la démence, les maladies de l'anxiété, la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques; ils ont aussi bénéficié de mises à jour sur la pharmacothérapie des troubles du sommeil et des états douloureux. Les informations les plus importantes ont été résumées pour vous dans différents comptes rendus.

L'utilisation habile des diverses possibilités offertes par la formulation pharmaceutique permet encore d'optimiser les effets (p.ex. au niveau du début et de la durée d'action) et les effets indésirables (p.ex. amélioration de la tolérance) des substances médicamenteuses. Souvent, ceci se répercute aussi sur une meilleure compliance des patients. Dans le domaine de l'analgésie tout particulièrement, l'optimisation de la forme galénique et de ses propriétés biopharmaceutiques revêt une grande importance afin de faciliter l'utilisation pour le patient et de parvenir à un soulagement des douleurs chroniques aussi fiable et durable que possible, a expliqué le Dr Stephan Reichl de l'Institut de technologie pharmaceutique de l'Université de Braunschweig. En fonction des divers domaines d'indication ainsi que des propriétés physico-chimiques et pharmacocinétiques des substances destinées aux analgésiques opioïdes et non-opioïdes, plusieurs formes galéniques sont utilisées.

Analgésiques opioïdes

Les analgésiques opioïdes sont tout particulièrement utilisés pour le traitement de douleurs traumatiques, postopératoires et tumorales. Le concept thérapeutique choisi devrait être adapté aux besoins individuels par rapport à l'analgésique utilisé, à la forme d'application et à la posologie. Les patients souffrant de douleurs chroniques devraient ainsi recevoir une analgésie de base constante, au dosage suffisamment élevé, qui peut néanmoins être complétée par des préparations affluant rapidement ou des solutions injectables pour enrayer les exacerbations douloureuses ou les pics de douleur. Pendant longtemps, on a utilisé principalement des préparations orales sous forme retard, qui pouvaient parfois entraîner des pics médicamenteux passagers mais dangereusement élevés en raison d'une libération retardée, difficile à calculer. Très souvent, l'analgésique est pris par exemple avec un repas ou peu de temps après. Dans ce cas, des concentrations momentanément très variables de principe actif sont observées. D'un point de vue physiologique, le temps de passage est nettement prolongé dans le système gastro-intestinal après les repas. Ceci est un élément critique dans la mesure où le principe actif est déjà libéré dans l'estomac mais n'y est pratiquement pas résorbé étant donné que la résorption a principalement lieu dans le tractus intestinal. Lorsque le contenu de l'estomac parvient des heures plus tard dans l'intestin en même temps que le principe actif libéré, il s'ensuit une résorption rapide du principe actif libéré jusque-là et des concentrations beaucoup trop élevées surviennent brusquement.

Aujourd'hui, de nouvelles formes retard sont disponibles dans le commerce en alternative aux préparations orales. En font partie les systèmes thérapeutiques transdermiques (TTS), par exemple du fentanyl et de la buprénorphine, les systèmes osmotiques oraux (OROS®), ainsi que les formes galéniques par voie sublinguale ou transmuqueuse. Grâce à leur libération rapide, ils représentent une bonne alternative pour enrayer les exacerbations douloureuses. Grâce à un effet plus rapide, une prise moins fréquente, une utilisation plus simple et tout particulièrement aussi l'évitement de l'application orale (en cas de nausée ou de difficultés de déglutition), tous les nouveaux opioïdes améliorent semble-t-il la compliance et entraînent une analgésie plus fiable. En raison de leur structure plus complexe, il est néanmoins indispensable de disposer de connaissances sur la composition, le mode de fonctionnement et l'utilisation correcte des formes galéniques modernes pour prodiguer des conseils efficaces et garantir finalement le succès du traitement.

Systèmes transdermiques

Les systèmes transdermiques ont été conçus pour obtenir des taux plasmatiques suffisamment élevés et constants à travers une résorption continuelle du principe actif à travers la peau. Les principes actifs lipophiles avec un poids moléculaire aussi faible que possible sont particulièrement appropriés à cet effet. Il est fait la différence entre les systèmes membranaires (qui libèrent le principe actif détaché ou dispersé à travers un réservoir liquide ou demi-solide par diffusion contrôlée par les membranes) et les systèmes matriciels (libération contrôlée par la matrice polymère). Ils sont plus fiables que les patchs, dans la mesure où ils permettent apparemment d'éviter les pics incontrôlés de principe actif. Parmi les inconvénients des patchs, il faut citer les sensibilisations ou irritations de la peau, l'afflux lent de la substance médicamenteuse (ce qui requiert parfois le maintien d'un traitement analgésique supplémentaire) et la libération incomplète du principe actif à la peau.

Les concentrations constantes du principe actif recherchées ne sont apparemment pas toujours atteintes de façon fiable. Le groupe de travail de Sathyan et al. a rapporté en 2005 que les patients souffraient parfois de concentrations accrues pendant la nuit – probablement parce que la peau est mieux irriguée dans le lit chaud et que la vitesse de résorption du principe actif peut être augmentée [1]. Ce qui semble au premier abord un inconvénient peut cependant aussi présen-

ter des avantages dans certains cas: les interruptions de sommeil dues aux douleurs sont ainsi évitées. La «défaillance de fin de dose», observée chez un quart des patients à la fin d'un intervalle de dosage habituel de trois jours, peut toutefois constituer un problème. En raison de l'effet analgésique réduit, il peut ensuite survenir des exacerbations douloureuses renforcées. Ces patients doivent donc souvent changer le patch après déjà 48 heures au lieu de 72 heures [2].

Le système OROS®

Le système osmotique oral (OROS®) est un système à deux compartiments recouvert d'une membrane semi-perméable non soluble dans l'eau. Il contient une couche de principe actif et une couche osmotiquement active. A travers l'enrobage semi-perméable, de l'eau pénètre dans la couche osmotiquement active qui se dilate et libère le principe actif par une petite ouverture minutieusement définie. Ce système «push-pull» (maintenant disponible en Suisse avec l'analgésique opioïde hydromorphone) garantit une libération régulière du principe actif dans le tractus gastro-intestinal avec, pendant 24 heures, des concentrations constantes qui s'écoulent par paliers. De tels systèmes peuvent sans problème être pris avec ou après le repas. Contrairement aux formules retard usuelles, la libération du principe actif prend un certain temps (env. deux à trois heures). Une quantité relativement faible du principe actif a donc été diffusée après que le contenu de l'estomac ait été vidé dans l'intestin. L'augmentation rapide du taux plasmatique est donc évitée autant que possible [2].

Analgésiques non-opioïdes

Pour le traitement de différentes douleurs comme les maux de tête ou de dents, les formes galéniques orales à libération rapide (comprimés non enrobés ou capsules ainsi que comprimés buvables ou effervescents) sont privilégiées. Pour le traitement sur une longue durée de douleurs rhumatismales, il est plutôt utilisé des préparations sous forme retard (comprimés ou capsules avec enrobages retard ou formes gastro-résistantes). En outre, certaines formes retard peuvent souvent encore contenir – hormis la part de la dose libérée avec retard – une dose initiale pour développer des taux plasmatiques à action rapide qui peuvent être maintenus plus longtemps dans le domaine thérapeutique efficace. Les antiphlogistiques non stéroïdiens (NSAID) comprennent des formes gastro-résistantes qui contribuent à diminuer les effets indésirables gastro-intestinaux. Il ne faut cependant pas trop se fier là-dessus dans la mesure où ces effets indésirables dépendent du mécanisme d'action de ces substances médicamenteuses et sont donc systémiques. Il faut se montrer prudent avec les formes galéniques gastro-résistantes, monolithiques (qui ne se désintègrent pas) lorsqu'elles sont prises avant ou pendant les repas. Des surdosages comme décrits plus haut peuvent aussi survenir ici à la suite de concentrations trop élevées de principe actif d'apparition soudaine après un passage dans l'estomac retardé par la prise de nourriture. D'après Reichl, il faudrait recommander aux patients de prendre de tels analgésiques si possible à jeun, donc une à deux heures avant le repas, ou de choisir des formes polydispersées gastro-résistantes (produits avec la désignation dispers ou tabs). Les NSAID tels que le diclofénac sont également proposés sous forme de patchs pour le traitement topique. Les opioïdes TTS permettent d'obtenir un effet systémique. Par contre, aucune concentration plasmatique systématiquement efficace n'est possible avec les NSAID par application TTS – leur efficacité est donc restreinte aux douleurs superficielles.

Dans le domaine des opioïdes, la recherche et le développement travaillent sur de nouvelles formes galéniques avec des principes retard novateurs, des formes d'application modernes présentant un début d'action plus rapide pour le traitement systémique (spray nasal, aérosol) ou local (colyres pour les yeux). Des formes galéniques permettant d'éviter les abus sont également recherchées. ▮

Adresse de correspondance
Dr Claudia Reinke
Schützenmattstrasse 1
4051 Bâle

Source

«Pharmakotherapie neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen»; 39e Semaine internationale de formation continue de la «Deutsche Bundesapothekerkammer»; Davos, du 8 au 13 février 2009. Conférence «Bewährte und neuere Arzneiformen in der Schmerztherapie: Viele Wege führen zum Ziel?» du Dr Stefan Reichl, Institut de technologie pharmaceutique de l'université technique de Braunschweig.

Littérature

[1] Sathyan G, Guo C, Sivakumar K et al. Evaluation of the bioequivalence of two transdermal fentanyl systems following single and repeat applications. Current Medical Rsearch and Opinion 2005; 21: 1961–1968.
[2] H. Blume, Optimierung der Galenik von Analgetika zur Behandlung chronischer Schmerzzustände; Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: S136–S139.

17 | 8.2009

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 27.8.2009, 147. Jahrgang

Nr. | No
17



Gentests

Möglichkeiten und Grenzen S. 5

Tests génétiques

Possibilités et limites p. 9

→ Pharmazie und Medizin · Pharmacie et médecine

Fragen beantworten mit Gentests

Obtenir des réponses grâce aux tests génétiques

Pharmacon Davos: Schlafstörungen

Pharmacon Davos: troubles du sommeil

Homöopathie: Kopfschmerzen

Homéopathie: céphalées

→ Politik · Politique

Vorsicht bei Gentests aus dem Internet

Prudence avec les tests génétiques sur internet

→ Markt · Economie

Entwicklungen im Generikamarkt

Évolutions sur le marché des génériques

Flash



Internet: Fluch oder Segen?

Das Internet ist heute aus dem Alltag und dem Berufsleben nicht mehr wegzudenken, problemlos kann man sich jederzeit über fast alles informieren. Diese unbeschränkten Möglichkeiten haben aber auch gewichtige Nachteile. Vor dem Medikamentenhandel beispielsweise muss immer wieder gewarnt werden, weil die gelieferte Ware oft gefälscht ist, die falschen oder gar keine Wirkstoffe enthält. Eine weitere Schwierigkeit des Internets besteht darin, dass sich der Laie unzählige Fachinformationen beschaffen kann, deren Wert und Richtigkeit er in der Regel nicht beurteilen kann, deren Aussagen er nicht einordnen kann. Dieses Problem ist im Gesundheitswesen bereits seit längerem erkannt. Es wird auch bereits seit längerem über Kriterien diskutiert, die erfüllt sein müssten, damit auch Laien den Spreu vom Weizen trennen können.
Jetzt warnt die Expertenkommission für genetische Untersuchungen beim Menschen GUMEK vor Gentests aus dem Internet – mit gutem Grund. Resultate, die unkontrolliert und unkommentiert beim Besteller landen, können grosse Verunsicherung auslösen oder ihn umgekehrt auch in falscher Sicherheit wiegen. Blosse Neugier ist ein schlechter Ratgeber in einem derart heiklen Gebiet wie den genetischen Untersuchungen beim Menschen. Zeitigt ein Gentest aus dem Internet statt des vielleicht erwarteten Risikos, dereinst an einer behandelbaren Krankheit zu erkranken, die Veranlagung zu einem unheilbaren Leiden, kann das für den Empfänger schlimme Folgen haben. Deshalb sind Beratung und Begleitung bei Gentests, auch durch die Apothekerin, den Apotheker, absolut unabdingbar.
In der vorliegenden Ausgabe des pharmaJournals finden Sie nicht nur die Warnung der GUMEK, sondern auch eine Zusammenstellung, was mit welchen Gentests abgeklärt werden kann.

Christa Rüedi

Internet: bénédiction ou malédiction?

L'internet est devenu un outil quotidien indispensable, à la fois dans la vie privée et professionnelle. Il permet de s'informer à tout moment sur presque tous les sujets. Ces possibilités illimitées présentent toutefois aussi des inconvénients non négligeables. Il faut par exemple régulièrement déconseiller à la population de se procurer des médicaments par ce biais. En effet, les produits livrés sont souvent contrefaits, ou contiennent de fausses substances voire pas du tout. L'autre problème d'internet est que le profane peut se procurer un nombre infini d'informations spécialisées qu'il ne peut pas ordonner et dont il ne peut en règle générale pas évaluer la valeur et l'exactitude. Les professionnels de la santé sont conscients de ce problème depuis bien longtemps et discutent de la possibilité d'introduire des critères afin que les non-spécialistes puissent séparer le bon grain de l'ivraie.
La Commission d'experts pour l'analyse génétique humaine (CEAGH) déconseille de recourir aux tests génétiques proposés sur internet. Il ne s'agit de loin pas d'une mesure superflue. Les résultats non contrôlés et non commentés peuvent semer le doute chez la personne concernée ou au contraire la conforter dans ses fausses certitudes. La curiosité est mauvaise conseillère dans un domaine aussi délicat que les analyses génétiques sur l'être humain. Si un test génétique commandé sur internet met en évidence une prédisposition à une maladie incurable plutôt qu'un éventuel risque de contracter un jour une maladie traitable, ceci peut avoir de graves conséquences. Il est donc absolument indispensable de bénéficier des conseils et du suivi, également d'un pharmacien.
Dans la présente édition du pharmaJournal, vous trouverez une mise en garde de la CEAGH, mais aussi un aperçu des informations recueillables avec les différents tests génétiques.

Christa Rüedi

Politischer Lärm setzt Konsolidierung in Gang

Didier Ray

Im Parlament werden «Einsparungen auf Medikamenten» von 400 Millionen Schweizer Franken und mehr gefordert. Die «Pharma» ist eine bewährte Zielscheibe von Sparerinnen und Sparern. Dass der Branche gelegentlich die Luft ausgehen könnte interessiert im politischen Schlachtgetöse kaum. Nun gibt es aber erste Anzeichen von Marktentwicklungen, deren Auswirkungen noch nicht absehbar sind, die aber aufmerksam verfolgt werden sollten.

Die Marktanteile Generika/Originalprodukte haben sich in den Jahren 2005–2006 letztmals massgeblich verschoben (Abb. 1). Damals sind die Verhältnisse durch die Selbstbehaltsregelung, welche Bundesrat Pascal Couchepin eingebracht hatte, massiv zugunsten der Generika verschoben worden. Seither sind die Verhältnisse wieder weitgehend stabil.

Preiswirksame Neuregelung

Die Generikapreise sind weiterhin auf Sinkflug. Ein Grund dafür ist die Erhöhung des Mindestpreisvorteils Generika gegenüber Original von bisher 40% auf neu 50%. Diese soll für Generika mit einem Mindestumsatz von 8 Millionen Schweizer Franken pro Jahr eingeführt werden. Der berechnete Preisunterschied bezieht sich auf den Originalpreis vor Patentablauf und vor freiwilliger Preissenkung. Vor allem einige Generika der oberen Preisklasse sind von der Regelung betroffen. Eine Angleichung der Generikapreise der verschiedenen Hersteller auf noch tieferem Niveau ist absehbar. Besonders betroffen sind Marktleaderprodukte, die meist zu den ersten Zulassungen des entsprechenden Generikums zählten. Die Rentabilität der Sparte Generika nimmt trotz des bescheidenen Wachstums weiter ab.

Vorstösse für «Billigstes Produkt» in der Nationalratskommission

In der Junisitzung der Gesundheitskommission des Nationalrates herrschte Konsens über die Massnahme «Zwang zum billigsten Generikum». Diese Sparmassnahme macht zwar vordergründig zur Entlastung der OKP durchaus Sinn. Allerdings sind die Auswirkungen auf die mittelfristige Kostenentwicklung wesentlich weniger eindeutig. Eine derart radikale Regelung der Leistungspflicht führt zu einem wesentlich härteren, ungesunden Konkurrenzkampf und damit zu einem Verdrängungswettbewerb unter den Anbietern.

Den Preis für die Entwicklung werden meines Erachtens zunächst national ausgerichtete Unternehmen wie Mepha, Spirig, Streuli bezahlen. Profitieren werden dagegen die grösseren internationalen Firmen wie Sandoz, Teva und weitere grosse Konzerne. Diese werden also künftig über wesentlich mehr Einfluss auf den Markt verfügen und es ist zu erwarten, dass sie die Marktmacht auch dazu nutzen werden, diesen zu dominieren und zu steuern. Die Preisspirale wird sich darauf wieder drehen, diesmal aber aufwärts. Die steigenden Kosten könnten eine kurzfristig realisierte Sparwirkung sehr schnell zunichte machen.

In der Übergangsphase ist mit einem stetigen Wechsel der unter Leistungspflicht fallenden Generika zu rechnen. Es resultiert ein Medikamentenkarussel für chronischkranke Patienten, das aus pharmazeutischer Sicht unzweckmässig und aus Patientensicht unzumutbar oder gar gefährlich ist. Erhöhte Inkompatibilität und ein Anstieg von Fehlmedikationen und Doppeleinnahmen führen zu einer wachsenden Verunsicherung des Patienten und beeinflussen die Compliance negativ.

Marktanteil Generika am Gesamtmarkt zu Lasten OKP in % 1997–2009 (2009 Januar–Mai)

Nach Absatzvolumen — Quelle: IMS Pharmapanel



Nach Umsatz Publikumspreis — Quelle: IMS Pharmapanel



Für die Apotheke resultiert ein untragbares Lagerrisiko. Die Instabilität führt zu einer Reduktion des Sortimentes in Breite und Tiefe. Somit verschlechtert sich die Versorgung, besonders wenn die Apotheke die entstandenen Lagerverluste alleine tragen muss.

Erste Übernahmen unabhängig von den geplanten Massnahmen

Sandoz hat im Mai 2009 das Generika-Geschäft der österreichischen Ebewe Pharma für 1,4 Milliarden Franken übernommen. Damit sichert sich Sandoz u.a. einen besseren Zugang zu injizierbaren Krebsmedikamenten.

Die Apotheke Zur Rose AG hat bereits vor Monaten verlauten lassen, dass Helvepharm zum Verkauf stehe. Diese Tage nun war es so weit: Sanofi-Aventis übernimmt den ärzteeigenen Generikaanbieter und will damit den mit Winthrop gestarteten Vertrieb von Generika schrittweise ausbauen. Für 2009 rechnet Helvepharm mit 31 Mio CHF Umsatz und verfügt über eine Produktpalette mit 59 Wirkstoffen und über 200 Darreichungsformen. Der Marktanteil in der Schweiz ist in Jahresfrist auf 5,4% gewachsen.

Der Preis für den Einstieg in den Schweizer Generikamarkt ist für Sanofi-Aventis hoch. Er wird u.a. begründet mit einem besseren Zugang zu den Ärzten. Den SD-Ärzten wird zudem eine nicht näher erläuterte Zusammenarbeit mit der Zur Rose AG als Argument angeboten, damit sie nicht das Interesse an Helvepharm verlieren.

Die Transaktion läutet mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Reihe von weiteren Übernahmen und Veränderungen auf dem einheimischen Generikamarkt ein. Über die weitere Entwicklung im Generikamarkt informieren wir Sie im pharmaJournal. ▮

Korrespondenzadresse

Didier Ray, Leiter Abteilung Politik und Wirtschaft pharmaSuisse

E-Mail: didier.ray@pharmasuisse.org

Marché des génériques

Le tapage politique entraîne déjà des mesures de consolidation

Didier Ray

Le Parlement exige des économies de 400 millions de francs suisses voire plus sur les médicaments. La branche pharmaceutique est une cible privilégiée de ce genre d'offensive. Dans le débat politique, personne ne se soucie de savoir s'il existe encore une marge de manœuvre suffisante ou pas. De premiers signes font néanmoins apparaître des évolutions dont les répercussions sont imprévisibles, mais qu'il faut néanmoins suivre avec attention.

Les parts de marché entre génériques et originaux ont connu leur dernier bouleversement en 2005–2006 (Fig. 1). C'est l'époque à laquelle le conseiller fédéral Pascal Couchepin a introduit la quote-part différenciée qui a considérablement favorisé les génériques. Depuis lors, les rapports se sont à nouveau largement stabilisés.

Nouvelle réglementation efficace sur les prix

Les prix des génériques continuent de baisser. Ceci est notamment dû à l'augmentation de 40 à maintenant 50% de la différence de prix minimal entre génériques et originaux. Cette mesure s'appliquera aux génériques présentant un chiffre d'affaires minimum de huit millions de francs suisses par an. La différence de prix calculée se base sur le prix de l'original avant expiration du brevet et avant baisse volontaire des prix. Cette réglementation touche surtout quelques génériques du segment de prix supérieur. Un ajustement des prix des différents fabricants à un niveau encore plus bas est prévisible. Les produits phare du marché sont particulièrement touchés puisqu'ils étaient généralement parmi les premiers à avoir reçu une autorisation pour le générique correspondant. La rentabilité du segment des génériques continue de diminuer malgré une croissance minime.

Interventions en faveur du «produit le meilleur marché» dans la Commission santé du Conseil national

Lors de la séance de juin de la Commission santé du Conseil national, l'obligation de remettre le générique le meilleur marché a recueilli un large consensus. Au premier abord, cette mesure d'économie semble tout à fait justifiée pour décharger l'AOS. Toutefois, les répercussions sur l'évolution à moyen terme des coûts sont considérablement moins évidentes. Une réglementation aussi stricte entraînerait une concurrence encore plus féroce et malsaine, ainsi qu'une stratégie d'éviction parmi les fournisseurs.

Des entreprises nationales comme Mepha, Spirig et Streuli seraient à mon avis les premières à payer le prix de cette évolution. Pour leur part, les grandes entreprises internationales comme Sandoz et Teva, ainsi que d'autres grands groupes en sortiraient gagnants. Ils bénéficieront donc d'une influence encore plus grande et utiliseront probablement leur pouvoir pour dominer et diriger le marché. Résultat: la spirale des prix se remettra à tourner, mais cette fois vers le haut. La hausse des coûts pourrait donc très vite réduire à néant les économies réalisées à court terme.

Pendant la phase transitoire, il faut compter avec un changement constant des génériques à charge de l'assurance de base. Il en résultera donc un carrousel sans fin pour les malades chroniques qui semble inadéquat pour les pharmaciens et intolérable voire dangereux pour les patients. L'augmentation des incompatibilités et des faux traitements médicamenteux, ainsi que les doubles prises de médicaments accroîtront l'insécurité des patients et n'amélioreront pas la compliance.

Les pharmacies devraient prendre un risque intenable sur leurs stocks. Cette instabilité entraînera donc une diminution de l'assortiment qui dégradera l'approvisionnement, tout particulièrement si les pharmacies doivent supporter seules les pertes enregistrées.

Premiers rachats indépendants des mesures planifiées

En mai 2009, Sandoz a racheté pour 1.4 milliards de francs la division génériques de la société autrichienne Ebewe Pharma. De la sorte, Sandoz s'assure notamment un meilleur accès aux médicaments injectables contre le cancer.

La pharmacie Zur Rose SA a laissé entendre voici déjà plusieurs mois que la société Helvepharm était mise en vente. Ces derniers jours, la transaction a eu lieu et Sanofi-Aventis a repris le fournisseur de génériques des médecins dans l'espoir de développer ainsi la distribution de génériques débutée avec Winthrop. Helvepharm, qui dispose d'une gamme de produits comptant 59 substances et plus de 200 formes galéniques, table pour 2009 sur un chiffre d'affaires de 31 millions de francs. La part de marché en Suisse a augmenté de 5.4% en une année.

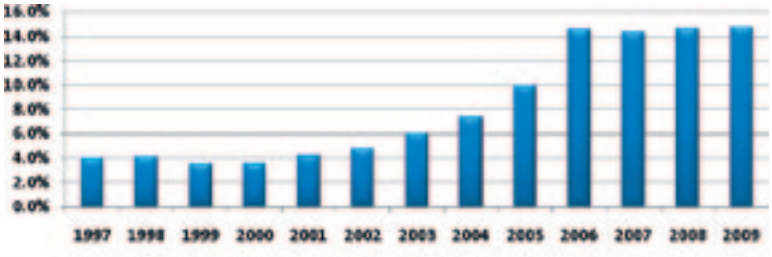
Sanofi-Aventis paie un prix élevé pour son entrée sur le marché suisse des génériques, mais espère entre autres avoir ainsi un meilleur accès aux médecins. Les médecins SD se voient en outre proposer une collaboration non détaillée avec Zur Rose SA pour ne pas perdre l'intérêt dans l'entreprise Helvepharm.

La transaction marque très probablement le départ de toute une série d'autres rachats et changements sur le marché suisse des génériques. Nous vous informerons des autres évolutions sur le marché des génériques dans ce journal. ▮

Adresse de correspondance
Didier Ray, responsable du département «Politique & Économie» de pharmaSuisse
E-mail: didier.ray@pharmasuisse.org

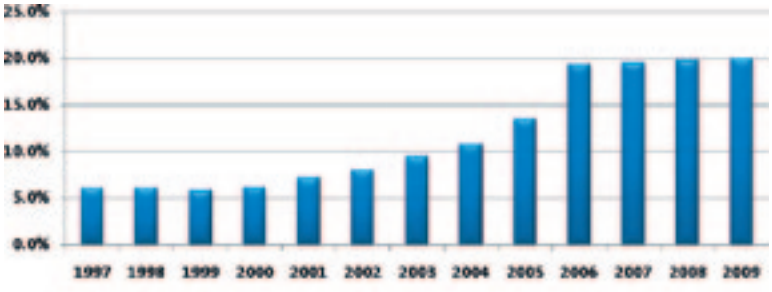
Part de marché des génériques sur le marché global à charge de l'AOS entre 1997 et 2009 (janvier à mai) en %

Selon le volume de ventes — Source: IMS Pharmapanel



Part de marché des médecins et pharmaciens sur les génériques (nombre d'emballages)

Selon le chiffre d'affaires au prix public — Source: IMS Pharmapanel



Part de marché des médecins et pharmaciens sur les génériques (chiffre d'affaires prix public)

Gentests

Cristina Benedetti

Gene, Genom, Gentests, Genetik, genetische Faktoren sind in aller Munde. Genetische Abklärungen werden zur Diagnosestellung und bei der Wahl der Therapie beigezogen und sie ermöglichen Aussagen über das Risiko, ein krankes Kind zu bekommen.

Im Zusammenhang mit der Informationskampagne der Expertenkommission für genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMEK) über Gentests aus dem Internet (siehe Beitrag auf Seite 27) geben wir hier einen Überblick über die wichtigsten Anwendungen der genetischen Untersuchungen, deren Ablauf und gesetzliche Vorgaben.

Anwendungen in der Medizin

Genetische Tests werden hauptsächlich für folgende medizinische Fragestellungen eingesetzt:

- → um die bei einer Person aufgrund klinischer Parameter vermutete Diagnose einer genetischen Krankheit zu bestätigen oder auszuschliessen und um die Wahl der Behandlung zu unterstützen;
- → um festzustellen, ob ein noch ungeborenes Kind von seinen Eltern eine in der Familie bekannte genetische Erkrankung geerbt hat (Pränataldiagnostik);
- → um Personen oder Paare im Rahmen einer Familienplanung über das Vorliegen eines genetischen Risikos zu beraten (z. B. für gesunde Träger);
- → um bei Familienangehörigen von erkrankten Personen Krankheitsveranlagungen zu erfassen, bevor die Krankheit sich mit Symptomen bemerkbar macht (präsymptomatische Untersuchungen).

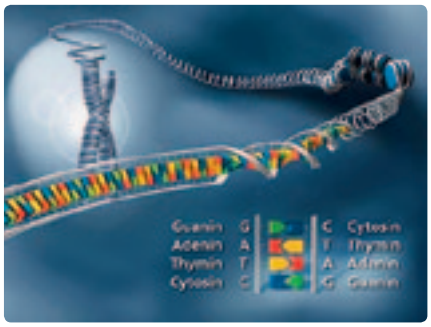
Je nach Methode wird zwischen zytogenetischen und molekulargenetischen Untersuchungen unterschieden:

Zytogenetische Untersuchungen

Sie dienen der Abklärung von Chromosomenanomalien, d. h. Veränderungen in der Zahl und der Struktur der Chromosomen. Sie werden typischerweise in der Pränataldiagnostik eingesetzt, um beim Embryo nach Chromosomenaberrationen zu suchen (z. B. Trisomien).

Molekulargenetische Untersuchungen

Damit wird die molekulare Struktur der Nukleinsäuren (DNA und RNA) abgeklärt. Dabei wird nach sehr kleinen Veränderungen auf molekularer Ebene – manchmal ein einziges Basenpaar – gesucht. Untersucht wird mehrheitlich die molekulare Struktur der codierenden DNA, um Gen-Defekte, die zu einer gestörten oder fehlenden Proteinsynthese und damit zu einer Krankheit führen, zu erfassen. Molekulargenetische Untersuchungen sind grundsätzlich auf eine ganz bestimme Frage (Krankheit) ausgerichtet, ein Screening (ungerichtete Suche nach Veränderungen) des ganzen Erbgutes ist aus Gründen des technischen Aufwandes und insbesondere der extrem anspruchsvollen Interpretation nicht gerechtfertigt.



Die molekulare Struktur der DNA mit den Basenpaaren



Vom DNA-Doppelstrang, über die Chromosomen bis zum Menschen

Einsatz in der Onkologie

Genetische Untersuchungen an Gewebsläsionen geben in der Onkologie Auskunft über die pathologischen genetischen Veränderungen im Tumorgewebe und sind von grosser Bedeutung für die Therapiewahl und die Prognose.

Anwendungen ausserhalb der Medizin: DNA-Profile

Ein wichtiger nicht medizinischer Anwendungsbereich der molekulargenetischen Untersuchungen ist das Erstellen von DNA-Profilen (der sogenannte genetische Fingerabdruck). Dabei werden kleine, sich wiederholende Abschnitte der nicht-codierenden DNA untersucht. Die Anzahl Wiederholungen an einer bestimmten Stelle im Erbgut ist für ein Individuum charakteristisch und wird genetisch weitergegeben. DNA-Profile finden Anwendung in der Gerichtsmedizin (z. B. zur Identifizierung von Straftätern oder unbekannten Leichen) und zur Klärung der Abstammung (z. B. Vaterschaftstest). Da an nicht-codierenden Abschnitten der DNA durchgeführt, liefern DNA-Profile keine Information zur Gesundheit oder zu Merkmalen der betroffenen Personen.

Ablauf einer genetischen Untersuchung

Zustimmung

Voraussetzung jeder genetischen Untersuchung ist die Zustimmung der betroffenen Person. Das Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) verlangt für präsymtomatische und pränatale genetische Untersuchungen sowie für Untersuchungen zur Familienplanung eine schriftliche Zustimmung. Für Untersuchungen zu diagnostischen

Zwecken ist die mündliche Zustimmung ausreichend.

Genetische Beratung

Weil die Untersuchungen Befunde liefern, die unter Umständen weitgehende Implikationen für die untersuchte Person und ihre Angehörige haben können (z. B. Schwangerschaftsabbruch, Verzicht auf Nachwuchs, psychische und soziale Folgen, Lebensgestaltung bei Veranlagung für schwere Krankheiten), ist in diesen drei Indikationen auch eine genetische Beratung vor und nach der Untersuchung zwingend. Laut Gesetz muss die untersuchte Person folgende Informationen erhalten:

- → Zweck, Art und Aussagekraft der Untersuchung und die Möglichkeit von Folgemassnahmen;
- → allfällige Risiken, die mit der Untersuchung verbunden sind, sowie Häufigkeit und Art der zu diagnostizierenden Störung;
- → die Möglichkeit eines unerwarteten Untersuchungsergebnisses;
- → mögliche physische und psychische Belastungen;
- → Finanzierungsmöglichkeiten für Untersuchung und Folgemassnahmen;
- → Möglichkeiten der Unterstützung im Zusammenhang mit dem Untersuchungsergebnis;
- → Bedeutung der festgestellten Störung sowie sich anbietende prophylaktische oder therapeutische Massnahmen.

Untersuchungsmaterial

Nachdem die zu untersuchende Person zugestimmt hat, kann eine Probe entnommen und die Untersuchung veranlasst werden. Als Probematerial eignen sich wenige Milliliter EDTA-Blut oder ein nach bestimmten Regeln gewonnener Backenabstrich aus der Mundschleimhaut.

Bei pränatalen Untersuchungen werden bei der Chorionzottenbiopsie (10. bis 12. Schwangerschaftswoche) Chorionzotten, bei Fruchtwasseruntersuchungen (16. bis 20. Schwangerschaftswoche) Amnionzellen und bei der Nabelschnurpunktion (ab der 16. Schwangerschaftswoche) Nabelschnurblut gezüchtet und untersucht.

In der Pathologie sind selbstverständlich die betroffenen Gewebe zu untersuchen.

Wie lange dauert es bis die Resultate eintreffen?

Je nach diagnostischem Aufwand kann eine molekulargenetische Untersuchung eine Woche bis mehrere Monate in Anspruch nehmen. Eine pränatale Untersuchung dauert zwei bis fünf Tage.

Die Resultate von Vaterschaftstests liegen nach zwei bis drei Tagen vor.

Qualität der Analyse

Die Laboratorien, die zyto- und molekulargenetische Untersuchungen durchführen oder DNA-Profile erstellen, müssen eine Reihe von Voraussetzungen zur Sicherstellung der Qualität erfüllen, benötigen eine Bewilligung und unterstehen der Aufsicht des Bundesamtes für Gesundheit (im Fall der zyto- und der molekulargenetischen Untersuchungen) bzw. dem Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement (im Fall der DNA-Profile). ∎

Weiterführende Literatur und Informationen

Expertenkommission für genetische Untersuchungen beim Menschen (www.bag.admin.ch/gumek)

Schweizerische Gesellschaft für medizinische Genetik (www.sgmg.ch)

Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (SR 810.12, GUMG)

Korrespondenzadresse

Cristina Benedetti
Wissenschaftliche Sekretärin der Expertenkommission für genetische Untersuchungen beim Menschen
c/o Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern
E-Mail: Cristina.Benedetti@bag.admin.ch

Glossar

In der Genetik häufig vorkommende Begriffe:

Allel: eine der möglichen Varianten eines Gens, in der Regel auf einen bestimmten Ort (Locus) innerhalb des Gens bezogen.

Autosomen: jene 44 Chromosomen, die nicht zu den Geschlechtschromosomen (Gonosomen) gehören.

Codierende DNA: Abschnitte der DNA, die in Genen angeordnete Erbinformationen zur Herstellung von Proteinen enthalten (beim Menschen zirka 2–3% der Kern-DNA).

DNA-Profil: für ein Individuum spezifische Information, die mit Hilfe molekulargenetischer Techniken aus den nicht-codierenden Abschnitten der DNA gewonnen wird.

Dominante Erbkrankheit: die Krankheit bricht sowohl bei Personen mit nur einem defekten Gen als auch bei Personen, bei denen beide Gene defekt sind, aus.

Gen: DNA-Abschnitt, der die genetische Information zur Codierung von Eiweissmolekülen enthält.

Genom: die Gesamtheit aller Gene eines Individuums.

Genotyp: die genetische Ausstattung eines Individuums.

Mutation: seltene Variante eines Gens, die in weniger als 1% der Bevölkerung vorkommt. Der Begriff Mutation sagt nichts über die klinische Bedeutung der Variante, sondern nur über ihre Frequenz.

Nicht-codierende DNA: Abschnitte der DNA, die nicht für Proteine kodieren.

Penetranz: die prozentuale Wahrscheinlichkeit, mit der ein bestimmter Genotyp den zugehörigen Phänotyp in einer Population ausbildet. Es wird unterschieden zwischen einer vollständigen Penetranz, bei der es immer zur Ausprägung des Merkmals kommt, und einer unvollständigen Penetranz.

Phänotyp: das Erscheinungsbild eines Individuums.

Polymorphismus: das Vorkommen von zwei oder mehr Varianten eines Gens, wobei die seltenere Variante in mehr als 1% der Bevölkerung vorkommt.

Rezessive Erbkrankheit: die Krankheit bricht nur dann aus, wenn beide Gene des Chromosomenpaars defekt sind. Ist nur eines der beiden Gene defekt, bleibt die betroffene Person zwar gesund (gesunder Träger), sie kann aber ihr defektes Gen mit 50% Wahrscheinlichkeit an die Nachkommen weitergeben.

Umgang mit Gentests aus dem Internet

Sabina Gallati

Gentests aus dem Internet bergen verschiedene Risiken. Ein Merkblatt klärt die Bevölkerung darüber auf.

Die Expertenkommission für genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMEK) lanciert eine Informationskampagne zum Umgang mit Gentest-Angeboten aus dem Internet. Die Möglichkeit, das eigene Erbgut auf Krankheitsrisiken testen zu lassen, ist auf den ersten Blick für viele Menschen verlockend. Medizinische Laien sind sich jedoch meist nicht bewusst, was ein solcher Test wirklich bedeutet und welche Konsequenzen er haben kann. Ein Merkblatt soll deshalb die breite Bevölkerung für die Thematik sensibilisieren. Die Aktion wird von pharmaSuisse, von der Verbindung der Schweizer Ärzte FMH sowie von weiteren Fachorganisationen mitgetragen.

Triage durch Apotheker und Ärzte

Von Gentests über das Internet rät die GUMEK generell ab. Personen, die sich für eine DNA-Analyse interessieren, wird stattdessen empfohlen, sich an eine Fachperson – Apotheker oder Arzt – zu wenden. In einem ersten Beratungsgespräch kann geklärt werden, ob bei der betreffenden Person ein Gentest überhaupt indiziert ist. Dies ist nur dann der Fall, wenn die Familienanamnese oder klinische Symptome auf ein erhöhtes Risiko für eine bestimmte Krankheit hinweisen. Erscheint ein Test grundsätzlich als sinnvoll, sollte die ratsuchende Person ermutigt werden, mit dem Arzt oder der Ärztin ihres Vertrauens das weitere Vorgehen zu besprechen oder eine spezialisierte Beratungsstelle zu kontaktieren.

Hintergrund

Molekulargenetische Untersuchungen unterliegen in der Schweiz strengen rechtlichen und qualitätssichernden Richtlinien. Der Verkauf von DNA-Analysen über das Internet durch ausländische Anbieter unterläuft diese Qualitätsanforderungen: Gegen Einsendung einer Speichelprobe erhält jeder zahlende Kunde ein persönliches Risikoprofil. Die Testangebote sind trotz des Preises von rund 1000 Dollar verlockend. Die Webseiten enthalten neben Informationen zu Krankheitsrisiken und Prävention auch spielerische Elemente. Dies erweckt den Eindruck von «Alltäglichkeit». Der Kunde wird weder vor dem Test noch nach Vorliegen der Resultate auf irgendeine Weise persönlich beraten oder begleitet. Auch bezüglich Datenschutz und Vorgehen entsprechen die Angebote nicht den in der Schweiz geltenden Vorschriften. So wird in den Tests lediglich per Computer nach Abweichungen auf Basenpaaren (Single Nukleotid Polymorphismen – SNP) gesucht. SNP besitzen in Bezug auf ein individuelles Krankheitsrisiko jedoch nur eine sehr begrenzte Aussagekraft. Die GUMEK hält die im Internet angebotenen Gentests daher auch aus fachlicher Sicht für unseriös.

Der Schweizerische Apothekerverband (pharmaSuisse), die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), die Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK), die Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Genetik (SGMG), die Schweizerische Union für Labormedizin und Public Health Schweiz teilen die Haltung der GUMEK. ▮

Korrespondenzadresse
Prof. Dr. phil. nat. Sabina Gallati
Präsidentin GUMEK
Ausserordentliche Professorin für Humangenetik
Leiterin der Abteilung für Humangenetik
Universitätsklinik für Kinderheilkunde
Inselspital
Bern
E-Mail: gumek@bag.admin.ch

Bestellungen Merkblatt
Das Merkblatt kann in Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch ab Anfang September heruntergeladen werden unter: www.bag.admin.ch/gumek.
Apotheken erhalten weitere Informationen im pharma30 von Ende August.

Auskunft zur Informationskampagne
Expertenkommission für genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMEK)
Cristina Benedetti, wissenschaftliche Sekretärin
c/o Bundesamt für Gesundheit, CH-3003 Bern
Tel. +41 (0)31 325 30 34, Fax +41 (0)31 322 62 33
www.bag.admin.ch/gumek
E-Mail: gumek@bag.admin.ch

Tests génétiques sur internet

Sabina Gallati

Les tests génétiques en vente libre sur internet sont problématiques à divers égards. La CEAGH a donc élaboré une fiche d'information traitant de la question à l'intention de la population.

La Commission d'experts pour l'analyse génétique humaine (CEAGH) lance une campagne d'information concernant les tests génétiques proposés sur internet. Nombre d'individus se laissent tenter par ces analyses du patrimoine génétique censées leur indiquer les risques qu'ils ont de développer certaines maladies. Or, sans connaissances médicales approfondies, il est difficile d'estimer le bien-fondé d'un tel test ainsi que les conséquences qu'il peut entraîner. La CEAGH a donc rédigé une fiche d'information pour sensibiliser le grand public à cette thématique. pharmaSuisse (la Société Suisse des Pharmaciens), la Fédération des médecins suisses (FMH) ainsi que d'autres organisations professionnelles s'associent à cette campagne.

Triage par le pharmacien ou le médecin

La CEAGH déconseille de recourir aux tests génétiques en vente libre sur internet. Les personnes souhaitant faire une analyse ADN devraient s'adresser à un pharmacien ou à un médecin. Lors d'un premier entretien, ce professionnel de la santé pourra déterminer si le test est indiqué. En effet, une analyse génétique ne se justifie que si les antécédents médicaux de la famille ou des symptômes cliniques laissent présager un risque élevé de développer une certaine maladie. Si tel est le cas, la personne en question sera dirigée vers son médecin ou un centre de conseil spécialisé.

Contexte

En Suisse, les analyses moléculaires sont soumises à de strictes conditions légales, notamment du point de vue qualitatif. Les analyses ADN vendues sur internet par des entreprises étrangères ne sont pas soumises à ces exigences de qualité: il suffit de leur faire parvenir un échantillon de salive pour recevoir un profil de risque personnalisé contre paiement. Malgré leur prix tournant autour de 1000 dollars, ces tests attirent une forte clientèle. Mis à part les informations sur les risques de maladie et la prévention, les sites internet vendant ces tests comprennent également des éléments ludiques, ce qui banalise le propos. Les personnes achetant ces tests ne sont aucunement conseillées ou accompagnées dans leur démarche, que ce soit avant ou après obtention des résultats. Le niveau de protection des données et la procédure suivie ne satisfont pas non plus aux prescriptions légales appliquées en Suisse. Dans ce genre de tests, un ordinateur recherche uniquement des variations survenant dans les paires de base («Single Nucleotide Polymorphism» ou SNP). Or, les SNP ne donnent que des indications limitées sur le risque qu'a l'individu concerné de développer une maladie. La CEAGH considère donc que les tests génétiques en vente libre sur internet ne sont pas menés avec tout le professionnalisme requis.

pharmaSuisse, la Fédération des médecins suisses (FMH), la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine (CNE), la Société suisse de génétique médicale (SGMG), l'Union suisse de médecine de laboratoire (USML) et Santé publique suisse partagent l'avis de la CEAGH. ▮

Adresse de correspondance
Prof. Dr phil. nat. Sabina Gallati
Présidente CEAGH
Professeur extraordinaire en génétique humaine
Responsable du Département de génétique humaine
Clinique pédiatrique universitaire
l'Hôpital de l'Ile
Berne
E-mail: gumek@bag.admin.ch

Pour commander la fiche d'information
La fiche d'information, publiée en français, en allemand, en italien et en anglais peut être téléchargée dès septembre à l'adresse internet suivante: www.bag.admin.ch/gumek.
Les pharmaciens recevront de plus amples informations dans le pharma30 de fin août.

Renseignements concernant la campagne d'information
Commission d'experts pour l'analyse génétique humaine (CEAGH)
Cristina Benedetti, secrétaire scientifique
c/o Office fédéral de la santé publique, CH-3003 Berne
Tél. +41 (0)31 325 30 34, fax +41 (0)31 322 62 33
www.bag.admin.ch/gumek
E-mail: gumek@bag.admin.ch

Homöopathie in der Apotheke

Immer Kopfschmerzen. Was für Kopfschmerzen!

Sabine Carbonara

Dieser homöopathische Fall zeigt auf, wie akute, aber immer wiederkehrende Beschwerden durch die Gabe eines einzigen homöopathischen Mittels, so wie es die Methode der Klassischen Homöopathie vorschreibt, augenblicklich verschwinden.

Patientenbeschreibung

Ein Mann, 40 Jahre alt, kommt im März 2007 wegen wiederkehrender Migräne-Attacken (durchschnittlich einmal pro Monat) in meine Praxis. Er leidet schon seit einigen Jahren daran und selbst die Einnahme von Schmerzmitteln hilft kaum mehr.

Persönliche Vorgeschichte

Kindheit und Adoleszenz: keine speziellen Krankheiten, jedoch schon ab und zu Auftreten von Kopfschmerzen, welches durch Acetylsalicylsäure gemildert wird.

Ansonsten guter Allgemeinzustand. Selten krank (keine Anginen, kein Schnupfen usw.).





Gemütssymptome

Sehr gesellig. Redegewandt.
Liebt die Stabilität. Neigt nicht zu Veränderungen.

Allgemeinsymptome

Hat immer heiss.
Grosse Furcht vor feuchter Hitze, vor stickig-heissem Sommer.
Liebt die trockene Kälte, kühle Luft und starken Wind.
Hält sich am liebsten im Höhenklima der Berge auf.

Vorlieben und Abneigungen beim Essen

Verlangen nach rotem Fleisch.
Grosses Verlangen nach Süssigkeiten. Er muss jedes Essen mit einem süssen Geschmack im Mund beenden (Kaffee mit Zucker, Biskuits, Desserts).

Abneigung gegen Fett, gegen «ölige» Nahrungsmittel. Trinkt seiner Meinung nach nicht genug.

Abneigung gegen weissen Wein (mit Ausnahme der süssen Weissweine) und Schwarztee, welche bei ihm sofort Kopfschmerzen auslösen.
Hat oft schlechten Mundgeruch, insbesondere nach Genuss von Milchprodukten.

Schlafsymptome

Guter Schlaf. Geht nicht vor Mitternacht zu Bett.
Während der Nacht streckt er die Füsse unter der Bettdecke hervor.
Nach dem Mittagessen ist er immer so todmüde, dass er sich – wenn möglich – zu einer halbstündigen Siesta niederlegen muss.

Örtliche Symptome

Die Migräne-Anfälle beginnen zumeist bei der Entspannung (in einer Pause, am Wochenende) nach einer stressigen Zeit. Die Symptomatik tritt sehr rasch auf.
Die Migräne dauert ungefähr 12 Stunden mit einer sehr starken Intensität.
Der Schmerz fühlt sich wie «ein quer durch den Kopf gespanntes Seil» an. Er fühlt dann zwei konkrete, sehr schmerzhafte Punkte – wie Eingang und Ausgang des Seils.
Sehr heftiger, pulsierender Schmerz. Gefühl, als würde der Kopf bald explodieren.
Sehr blasses Gesicht (fast durchsichtig).
Starke Nervosität, immer vor einer Attacke.
Hunger vor dem Migräneanfall. Häufiges Gähnen.
Verlangen zu essen, auch wenn es ihn vor lauter Übelkeit anekelt.
Biegt den Kopf nach hinten, um sich vom Gefühl eines schweren Gewichts auf dem Nacken zu befreien.
Wünscht möglichst Wind im Gesicht. Liegen ist äusserst schmerzhaft – die klopfenden Schmerzen sind so noch stärker.
Umschläge mit kaltem Wasser auf der Stirn und Druck gegen die beiden Schmerzpunkte am Kopf bringen Besserung. Am liebsten würde er seinen Kopf in einen Schraubstock einspannen.

Repertorisation

Folgende Symptome wurden verwendet:
→ Kopf – Schmerz – stumpf, betäubend – Hitze, verschlimmert
→ Kopf – Schmerz – begleitet von – Gesicht – Blässe
→ Kopf – Schmerz – Luft – im Freien – bessert
→ Kopf – Schmerz – brennend – Luft bessert; im Freien
→ Kopf – Schmerz – Liegen – verschlimmert
→ Kopf – Schmerz – Kälte – kalte Anwendungen – bessern
→ Kopf – Schmerz – Essen – nach dem Essen – besser
→ Kopf – Druck – stark – bessert
→ Kopf – Pulsieren – Luft; im Freien – bessert
→ Kopf – Ziehen – nach hinten
→ Magen – Appetit – gesteigert – Kopfschmerzen – vorher
→ Magen – Appetit – gesteigert – Kopfschmerzen – bei
→ Rücken – Schwere, Gewicht – Hals; Region – Gewicht auf dem Nacken; Gefühl wie
→ Extremitäten – Hitze – Füsse – brennende Hitze – muss abdecken
→ Schlaf – Gähnen – Kopfschmerzen- bei
→ Schlaf – Schläfrigkeit – essen- nachher – schlimmer
→ Allgemeines – Luft – im Freien – bessert
→ Allgemeines – Essen und Trinken – Tee – Abneigung
→ Allgemeines – Essen und Trinken – Wein – verschlimmert – schwefelhaltig; Wein
→ Allgemeines – Hitze – verschlimmert

Das homöopathische Arzneimittel Phosphorus erscheint bei der Repertorisation zuoberst. Beim Nachlesen in der Materia Medica bestätigt sich diese Wahl. Der Patient bekommt eine Dosis Phosphorus C 15, einzunehmen bei Beginn eines erneuten Migräne-Anfalls.

Weiterer Verlauf

Beim nächsten Anfall: 45 Minuten nach der Einnahme von Phosphorus sind sämtliche Symptome vollständig verschwunden.

Bis zum heutigen Tag nimmt der Patient bei Beginn der Migräne so schnell wie möglich sein Mittel und jedes Mal werden die Beschwerden immer schwächer, bis sie innerhalb einer Stunde gänzlich abklingen. ∎

Korrespondenzadresse
Sabine Carbonara, Fachapothekerin FPH Klassische Homöopathie
Vizepräsidentin der SAGH (Schw. Apotheker-Gesellschaft für Homöopathie)
E-Mail: sabine.carbonara@bluewin.ch

Übersetzung
Cornelia Roth, Fachapothekerin FPH Klassische Homöopathie
Präsidentin der SAGH
E-Mail: c.roth@sahp.ch

Toujours des céphalées. Que des céphalées!

Sabine Carbonara

Ce cas homéopathique permet de démontrer que, par le biais de l'homéopathie classique, des symptômes aigus mais récurrents peuvent disparaître instantanément suite à l'administration unique d'un remède.





Profil du patient

Homme de 40 ans qui vient en consultation en mars 2007 pour des crises de migraines récurrentes (une par mois en moyenne) depuis de nombreuses années. Même les analgésiques ne lui servent plus à grand-chose.

Antécédents personnels

Enfance et adolescence: aucune maladie particulière, mais déjà des maux de tête qu'il soulageait avec de l'acide acétylsalicylique.
Bonne santé en général à part ces crises. Rarement malade (pas d'angines, pas de rhumes, etc.).

Symptômes mentaux

Très sociable. Volubile.
Aime les choses stables. N'est pas enclin au changement.

Symptômes généraux

Réchauffé.
Grande peur de la chaleur humide, de l'été étouffant.
Aime le froid sec, l'air frais, le vent fort.
Recherche le climat de la montagne (altitude).

Désirs et aversions alimentaires

Désir de viande rouge.
Grand désir d'aliments sucrés. Recherche toujours le goût sucré pour finir un repas (café, biscuits, dessert).
N'aime pas le gras, les aliments «huileux».
Ne boit pas suffisamment, à son sens.
Aversion pour le vin blanc (sauf les vins blancs doux) qui lui déclenchent instantanément des céphalées.
Aversion pour le thé noir pour les mêmes raisons.
A facilement mauvaise haleine, surtout après produits laitiers.

Sommeil

Bon sommeil. Ne se couche pas avant minuit.
La nuit, dort toujours avec les pieds découverts.
Complètement épuisé après avoir mangé à midi.
Si possible, fait une sieste de 30 minutes.

Symptômes locaux

Les crises surviennent la plupart du temps lors d'une détente (repos, week-end), après une période relativement stressante. Les symptômes se déclenchent très rapidement.
Leur durée est d'environ 12 heures avec une très forte intensité.
La douleur est «comme une corde tendue qui traverse la tête». Il y a toujours deux points précis très douloureux (entrée et sortie).
Douleurs pulsatiles très violentes. Sensation que la tête pourrait exploser.
Visage très pâle (transparent).
Forte nervosité juste avant le début de la crise.
Faim avant la crise.
Beaucoup de bâillements.
Désir de manger, même si nauséeux.
Essaie de renverser la tête en arrière, pour se libérer de l'impression qu'un poids lourd est posé sur la nuque.
Recherche beaucoup de vent sur le visage. Rester coucher est très douloureux (les battements sont plus forts).
Les compresses d'eau froide sur le front et une pression sur les points douloureux apportent un soulagement. Aimerait bien avoir la tête dans un étau.

Répertorisation

Les symptômes suivants ont été retenus pour la répertorisation:

→ Tête – douleur – abrutissante, étourdissante – chaude, agg.; pièce
→ Tête – douleur – accompagnée de – visage – pâleur du visage
→ Tête – douleur – air – grand air – amél.

→ Tête – douleur – brûlante – air, amél.; au grand
→ Tête – douleur – couché – agg.
→ Tête – douleur – froid – applications froides – amél.
→ Tête – douleur – manger – après manger – amél.
→ Tête – pression – forte – amél.
→ Tête – pulsations – air; au grand – amél.
→ Tête – tirée – arrière; en
→ Estomac – appétit – augmenté – céphalée – avant
→ Estomac – appétit – augmenté – céphalée – avec
→ Dos – lourdeurs, poids – cervicale; région – poids sur la nuque; sensation de
→ Extrémités – chaleur – pieds – brûlante; chaleur – découvrir; obligé de les
→ Sommeil – bâillements – céphalée – avec
→ Sommeil – somnolence – manger – après – agg.
→ Généraux – air – grand air – amél.
→ Généraux – aliments et boissons – thé – aversion
→ Généraux – aliments et boissons – vin – agg. – sulfaté; vin
→ Généraux – chaud – agg.

Le remède Phosphorus sort en tête de la répertorisation et la Matière Médicale confirme ce choix. Une dose en 15CH a été donnée au patient.

Evolution

45 minutes après avoir pris la dose, tous les symptômes avaient entièrement disparu. A présent, lors de crises, le patient prend le plus vite possible le remède et à chaque fois, les symptômes régressent et disparaissent entièrement en moins d'une heure. ▮

Adresse de correspondance
Sabine Carbonara
Pharmacienne FPH en homéopathie classique
Vice-présidente de l'OSPH (Ordre Suisse des Pharmaciens Homéopathes)
E-mail: sabine.carbonara@bluewin.ch

Agenda 2009

September/septembre

9. Umdasch-Seminar: Das Drehbuch für den erfolgreichen Verkauf, Oberentfelden
10.–11. 59. Internationale Handelstagung, Zürich
16. Umdasch-Seminar: Ladengestaltung für Praktiker, Oberentfelden
17. Umdasch-Seminar: Ladendiebstahl LIVE! (frz.), Renens
17. Fachtagung der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung

Oktober/octobre

7.–9. Topra 2009 Annual Symposium, Stockholm
21. Umdasch-Seminar: Kaufgefühle, Oberentfelden
22. Umdasch-Seminar: Kaufgefühle, Oberentfelden
28.–30. IFAS Romandie, Lausanne

Den Veranstaltungskalender finden Sie auch auf www.pharmaSuisse.org unter Pharmazie&Fachpublikum → Beruf Apotheker → Fortbildung FPH/Weiterbildung FPH → Veranstaltungskalender
Le calendrier des manifestations se trouve également sur www.pharmasuisse.org, sous Pharmaciens&Politique → Profession pharmacien → Formation postgraduée/Formation continue → Calendrier des manifestations.

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH**

Manifestations reconnues par la FPH officine (O), hôpital (H) et homéopathique (HOM)

Date	O/H/ Hom	titre	organisateur	lieu	heure	informations	PC/ Module	numéro d'identification	prix
Septembre									
30.09.	O	Entraînement en cas d'urgence pour pharmaciens/nes	Mepha Pharma AG	Nottwil	09.15–16.30	Tél. 061 705 43 29 cornelia.lind@mepha.ch	35	**2**-96-18-09-P35	100.–
Octobre									
01.10.	O	L'«empowerment» en pharmacie	CAP	Morges	09.00–17.00	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	50	**4**-2-185-09-P50	Membres du CAP: 275.– Non-membres: 330.–
01.10.	O	pharmavista et l'information sur le médicament	e-mediat AG	Lausanne	13.30–17.30	Tél. 058 851 26 06 training@e-mediat.net	30	**1**-11-1-09-P30	220.–
01.10.	O	Système nerveux-ostéoporose 2e partie	Phylak Sachsen (Schweiz) GmbH	Tenero	09.15–16.45	Tél. 034 461 62 88 barbara.gopalsamy@phylak.ch	50	**1**-74-11-09-P50	150.–
01.10.	O	Système nerveux-ostéoporose 3e partie	Phylak Sachsen (Schweiz) GmbH	Tenero	09.15–16.45	Tél. 034 461 62 88 barbara.gopalsamy@phylak.ch	50	**1**-74-12-09-P50	150.–
02.10.	O	L'aromathérapie d'urgence	LRK	Cugy	09.00–18.00	Tél. 021 867 11 00 patricia@lrk.ch	50	**1**-32-50-09-P50	190.–
02.10.	O	Système nerveux-ostéoporose 2e partie	Phylak Sachsen (Schweiz) GmbH	Sion	09.15–16.45	Tél. 034 461 62 88 barbara.gopalsamy@phylak.ch	50	**1**-74-11-09-P50	120.–
02.10.	O	Système nerveux-ostéoporose 3e partie	Phylak Sachsen (Schweiz) GmbH	Sion	09.15–16.45	Tél. 034 461 62 88 barbara.gopalsamy@phylak.ch	50	**1**-74-12-09-P50	120.–
03.+ 04.10.	O	L'histoire des huiles essentielles	LRK	Cugy	09.00–18.00	Tél. 021 867 11 00 patricia@lrk.ch	50	**1**-32-51-09-P50	380.–
06.10.	O	Savoir prendre de bonnes décisions	CAP	Morges	08.30–17.00	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	50	**4**-2-179-09-P50	Membres du CAP: 275.– Non-membres: 330.–
07.10.	O	Manifestation de formation Epilepsie	Schweiz. Liga gegen Epilepsie	Genève	16.00–18.00	Tél. 043 488 67 77 info@epi.ch	16.5	**1**-252-13-09-P16.5	gratuit
07.10.	O	Addestramento emergenze per farmaciste/i	Mepha Pharma AG	Nottwil	09.15–16.30	Tél. 061 705 43 29 cornelia.lind@mepha.ch	35	**2**-96-18-09-P35	100.–

Nous vous demandons de conserver le calendrier des manifestations FPH car les dates de ces manifestations ne seront mentionnées qu'une seule fois dans le pharmaJournal.
Domaines de compétences (correspond au 1er chiffre du numéro d'identification)
1: Compétences pharmaceutiques 2: Compétences en santé communautaire 3: Compétences en gestion 4: Compétences personnelles

FPH-anerkannte Veranstaltungen im Bereich Offizin (O)- und Spitalpharmazie (S) sowie klassischer Homöopathie (H)

Datum	O/S/ H	Titel	Veranstalter	Ort	Zeit	Informationen	KP/ Modul	ID-Nummer	Preis
September									
09.09.	O	Informationsveranstaltung für Leitende ApothekerInnen	AVKZ	Zürich	19.30–21.30	Tel. 044 363 45 32 www.avkz.ch	12.5	**2**-56-22-09-P12.5	gratis
01.09.	O	Motivation interviewing	Fosumos	Glarus	19.00	Tel. 079 206 02 79 romana.brand@fosumos.ch	25	**1**-238-13-09-P25	gratis
03.09.	O	Pandemievorsorge in Ihrer Apotheke/Drogerie	Healthco-Pharma AG	Dietikon	15.00–18.15	Tel. 041 319 45 89 matthias.muetsch@healthco-pharma.ch	25	**2**-314-1-09-P25	150.–

→

16.09.	O	Das böse Bein – wenn Varizen, Muskelkrämpfe oder Schmerzen plagen	pharmActuel	Basel	19.30	Fax: 061 301 03 01 lehm-tlach@bluewin.ch	15	**1**-3-248-09-P15	Abonnenten: 20.– Studenten: 5.–
17.09.	O	Burnout / Erschöpfungs-syndrom-orthomolekulare Medizin	pharmActuel	Zürich	20.00	pharmzh@gmx.net	15	**1**-3-252-09-P15	Abonnenten: 20.– Nicht-Abonnenten: 30.– Studenten: 5.–
21.09.	O	COPD-oder wenn die Lunge schlapp macht	Pfizer AG	St. Gallen	19.30–21.30	Tel. 071 914 70 40 pfizeracademy@sto.ch	16.5	**1**-113-15-09-P16.5	gratis
24.9./ 1.+8.10./ 5.+12. +19. +26.11./ 3.12.	O	Ausbildungszyklus: Orthomolekulare Medizin	ebi-pharm ag	Olten	09.30–17.00	Tel. 031 828 12 22 office@ebi-pharm.ch	400	**1**-30-74-09-P400	900.–
30.09.	O	Kritisieren ohne zu verletzen	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**4**-48-43-09-P50	590.–
30.09.	O	COPD-oder wenn die Lunge schlapp macht	Pfizer AG	Zürich	19.30–21.30	Tel. 071 914 70 40 pfizeracademy@sto.ch	16.5	**1**-113-15-09-P16.5	gratis
Oktober									
01.10.	O	Tanz der Hormone	Agfam	Zürich	13.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-13-09-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
01.10.	O	In Reklamationen stecken Chancen	Metabasis GmbH	auf Anfrage	09.00–18.00	Tel. +49 7153 612 29 71 info@metabasisgmbh.de	50	**4**-204-4-09-P50	345.–
01.10.	O	Kopfschmerz	TopPharm AG	Landquart	09.00–18.00	Tel. 061 416 90 90 info@toppharm.ch	62.5	**1**-25-71-09-P62.5	490.–
01.10.	H	Einführung in die Behandlung chronischer Krankheiten	SAHP	Luzern	09.15–17.15	www.sahp.ch	50	KH-01-13-09-P50	200.– bis 220.–
01.10.	H	Geschichte, Theorie und Methode	ZAKH	Zürich	18.15–20.45	www.zakh.ch	25	KH-02-21-09-P25	90.–
03.10.	O	Schüssler-Seminar	ebi-pharm ag	Luzern	09.30–17.00	Tel. 031 828 12 22 office@ebi-pharm.ch	50	**1**-30-93-09-P50	120.–
05.10.	O	Gemmo Basis-Seminar	Spagyros AG	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 959 55 88 kurse@spagyros.ch	50	**1**-142-1-09-P50	172.15
5./12./ 19./26.10.	O	Montagsfortbildung von Medizin/Pharmakologie des USB	Universitäts-spital Basel	Basel	12.00–12.45	Tel. 061 265 88 62 raetza@uhbs.ch	8.25	**1**-244-2-09-P8.25	150.–/Semester
07.10.	O	Grundkurs BLS AED	Schweiz. Tropeninstitut	Bern	08.30–17.30	www.sti.ch	50	**1**-46-37-09-P50	400.–
07.10.	O	CERES-Anwendungsseminar	ebi-pharm ag	Winter-thur	09.30–17.00	Tel. 031 828 12 22 office@ebi-pharm.ch	50	**1**-30-132-09-P50	120.–
08.10.	O	Grundkurs BLS AED	Schweiz. Tropeninstitut	Bern	08.30–17.30	www.sti.ch	50	**1**-46-37-09-P50	400.–
08.10.	O	Rhetorik im Kundengespräch	Metabasis GmbH	auf Anfrage	09.00–18.00	Tel. +49 7153 612 29 71 info@metabasisgmbh.de	50	**4**-204-6-09-P50	345.–
08.+09.10.	O	Präsentieren als Infotainment	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	100	**4**-48-36-09-P100	3000.–
09.10.	O	Der Empfehlungsverkauf als Basis für den wirtschaftlichen Erfolg in der Apotheke	Metabasis GmbH	auf Anfrage	09.00–18.00	Tel. +49 7153 612 29 71 info@metabasisgmbh.de	50	**4**-204-3-09-P50	345.–
13.10.	O	Fresh up für erfahrene MitarbeiterInnen in der Apotheke	Metabasis GmbH	auf Anfrage	09.00–18.00	Tel. +49 7153 612 29 71 info@metabasisgmbh.de	50	**4**-204-7-09-P50	345.–
13.10.	O	Risikofaktor Arteriosklerose	Biomed AG	Winter-thur	09.00–17.30	Tel. 044 802 16 16 allsan@biomed.ch	54.25	**1**-38-41-09-P54.25	150.–
13.10.	O	Arzneimittel-Information auf pharmavista	e-mediat AG	Bern	13.00–17.30	Tel. 058 851 26 06 training@e-mediat.net	30	**1**-11-1-09-P30	220.–
13./20./ 27.10. +03.11.	O	Arbeitsrecht kompakt	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	200	**3**-48-32-09-P200	2360.–
14.10.	O	Mitarbeiterführung-von Beginn an sicher (Modul II)	SPA AG	Bern	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	50	**3**-7-7-09-P50	650.–
14.10.	O	Die Bedarfsanalyse in der praktischen Anwendung	Metabasis GmbH	auf Anfrage	09.00–18.00	Tel. +49 7153 612 29 71 info@metabasisgmbh.de	50	**4**-204-8-09-P50	345.–

Haben Sie Anregungen, Bemerkungen, Vorschläge zu Kursprogrammen oder einzelnen Kursen?
Wir freuen uns auf Ihr Feedback! Fax 031 978 58 59; kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Veuillez adresser vos remarques, suggestions et propositions concernant les programmes ou les divers cours à Madame Kathrin Zybach (fax 031 978 58 59; e-mail: kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Mitteilungen
Communications

pharmActuel
bietet aktuelle Fortbildung

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH** Fortbildungsprogramme

Basel

Datum:	Mittwoch, 16. September 2009
Thema:	**Das böse Bein – wenn Varizen, Muskelkrämpfe oder Schmerzen plagen**
Referent:	PD Dr. med. Christina Jeanneret, leitende Ärztin Angiologie, Kantonsspital Bruderholz
ID-NR:	1-3-248-09-P15
Sponsor:	Ganzoni Sigvaris, St. Gallen
Zeit:	Apero: 19.00 Uhr, Vortrag: 19.30 Uhr
Ort:	Hörsaal Pharmazie-Historisches Museum, Totengässlein 3, Basel
Preis:	Fr. 20.– für pharmActuel-Abonnenten Fr. 5.– für Studenten
Anmeldung:	Christine Lehmann, E-Mail: lehm-tlach@bluewin.ch, Fax 061 301 03 01

Zürich

Datum:	Donnerstag, 17. Oktober 2009
Thema:	**Burnout/Erschöpfungssyndrom – orthomolekulare Medizin**
Referent:	Dr. Simon Feldhaus
ID-NR:	1-3-252-09-P15
Sponsor:	Burgerstein
Zeit:	20.00 Uhr
Ort:	ETH-Zentrum, Hauptgebäude, Hörsaal HG E1.1, Zürich
Preis:	Fr. 20.– für pharmActuel-Abonnenten Fr. 30.– für Nichtabonnenten Fr. 5.– für Studenten
Anmeldung:	nicht erforderlich
Information:	pharmzh@gmx.net

Expopharm 2009

Die internationale pharmazeutische Fachmesse Expopharm findet in diesem Jahr vom 24. bis 27. September in Düsseldorf statt.

Im Fokus der diesjährigen Expopharm stehen Selbstmedikationsarzneimittel, pharmazeutische Dienstleistungen, Kosmetik, Homöopathie, Pädiatrie, Nahrungsergänzung sowie Apothekeneinrichtung, Apothekenmarketing und -verwaltung. Erwartet werden wiederum rund 20 000 Besucher, mehr als 400 Aussteller aus rund 20 verschiedenen Ländern informieren die Besucher über aktuelle Entwicklungen und Trends in der Apothekenbranche.
Informationen: www.expopharm.de.

Todesanzeige

Wir haben die traurige Pflicht, unsere Mitglieder vom Hinschied von

Herrn

Hans-Peter Messerli

16. 7. 1933–27. 7. 2009

Apotheker, Basel
Mitglied des Verbands seit 1963
Freimitglied seit 2002

in Kenntnis zu setzen.

Wir sprechen seinen Angehörigen unser herzliches Beileid aus und werden dem Verstorbenen ein ehrendes Andenken bewahren.

pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverband
Der Vorstand

pharmaSuisse: Neue Mitglieder
pharmaSuisse: Nouveaux membres

Um die Mitgliedschaft beim Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse bewerben sich:

Ont posé leur candidature à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse:

Apotheker/Pharmaciens
Cuendet Dr. Muriel, Luins, VD
Rocha da Silva Ana Paula, Zürich, ZH

Einsprachen gemäss Reglement Art. 3 Ziff. 3.2 sind innert 10 Tagen schriftlich mit Begründung an den Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld zu richten.

Selon l'art. 3 chiffres 3.2 du règlement, les oppositions éventuelles doivent être motivées et adressées par écrit, dans les 10 jours, à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld.

Widerruf der Zulassung
Révocation de l'autorisation de mise sur le marché

Folgende Gründe sind möglich / Motifs envisageables:
1. Verzicht auf den Vertrieb / Arrêt de la distribution
2. Löschung im Überprüfungsverfahren / Radiation dans le cadre de la procédure de réexamen
3. Entlassung aus der Heilmittelkontrolle / Radiation du contrôle des médicaments

Zeichen Signe	Präparat Produit	Widerruf per Révocation au
Humanpräparate/Produits à usage humain		
1	Beclonarin, Nasensalbe	30. 9. 2009
1	Etoposide Pfizer, Infusionskonzentrat	1. 11. 2009
1	Gelusil N, Tabletten	8. 5. 2009
1	Grether's Redcurrant, Pastillen	13. 5. 2009
1	Kompensan, Tabletten	8. 5. 2009
1	Spectroxyl 1000, Tabletten	13. 12. 2009
1	Terbinafin Sandoz 125, Tabletten	16. 4. 2009
1	Terbinafin Sandoz 250, Tabletten	16. 4. 2009
1	Tussalpront, Sirup	9. 5. 2009
1	Tylenol Kinder, Tropfen	18. 5. 2010

pharmaSuisse: Regionalkonferenzen 2009

An untenstehenden Daten finden abends die diesjährigen Regionalkonferenzen statt, die ausschliesslich für pharmaSuisse-Mitglieder bestimmt sind. Zusätzlich zu den Offizinapothekerinnen und Offizinapothekern sind auch die in deren Offizin arbeitenden diplomierten Apothekerinnen und Apotheker eingeladen. Die Regionalkonferenzen sind FPH-anerkannt und beginnen jeweils um 20.00 Uhr, ab 19.00 Uhr steht ein kleines Buffet bereit. Genauere Angaben sind dem an die Offizinapothekerinnen und Offizinapotheker gerichteten Zirkular Nr. 8 zu entnehmen. Die Anmeldungen sind bitte bis spätestens eine Woche vor der jeweiligen Konferenz an die Fax-Nummer 031 978 58 59 zu senden. Ein Faxformular liegt diesem pharmaJournal bei. Sie haben auch die Möglichkeit, sich online für die Regionalkonferenzen anzumelden. Das Online-Anmeldeformular finden Sie unter www.pharmaSuisse.org im Mitgliederbereich.

Montag, 28. September 2009 Luzern:
BRL Bahnhof Restauration Luzern AG

Donnerstag, 1. Oktober 2009 Aarau:
Hotel Aarauerhof

Dienstag, 6. Oktober 2009 Bern:
Casino Restaurants Bern AG

Dienstag, 13. Oktober 2009 Montreux:
Royal Plaza Montreux

Donnerstag, 15. Oktober 2009 Tessin:
Hotel Coronado, Mendrisio

Montag, 19. Oktober 2009 Zürich:
Zunfthaus zur Schneidern

Dienstag, 27. Oktober 2009 Neuenburg:
Beau-Rivage Hôtel

Donnerstag, 29. Oktober 2009 Basel:
Hotel Bildungszentrum 21

Montag, 2. November 2009 Nyon:
Hôtel de Rive

Donnerstag, 19. November 2009 Bad Ragaz:
Grand Resort Bad Ragaz AG

Todesanzeige

Wir haben die traurige Pflicht, unsere Mitglieder vom Hinschied von

Frau

Dragica Fischer

26. 6.1939–18. 6. 2009

Apothekerin, Basel
Mitglied des Verbands seit 1976
Freimitglied seit 2002

in Kenntnis zu setzen.

Ihren Angehörigen sprechen wir unser herzliches Beileid aus und werden der Verstorbenen ein ehrendes Andenken bewahren.

Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse
Der Vorstand

Todesanzeige

Wir haben die traurige Pflicht, unsere Mitglieder vom Hinschied von

Frau

Ruth Stössel-Borer

8. 7.1913–1. 8. 2009

Apothekerin, Andermatt
Mitglied des Verbands seit 1943
Freimitglied seit 1980

in Kenntnis zu setzen.

Wir werden die Verstorbene in bester Erinnerung behalten und entbieten ihrer Familie unsere aufrichtige Anteilnahme.

Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse
Der Vorstand

pharmaSuisse: conférences régionales 2009

Les conférences régionales de cette année auront lieu aux dates mentionnées ci-dessus. Elles sont exclusivement réservées aux membres de pharmaSuisse. Outre les pharmaciens d'officine, les pharmaciens diplômés qui travaillent dans leur officine sont aussi conviés à ces manifestations. Les conférences régionales sont reconnues par la FPH et débutent toujours à 20 h. Un petit buffet est servi à partir de 19 h. De plus amples détails se trouvent dans la circulaire no 8 envoyée aux pharmaciens d'officine. Les inscriptions doivent être envoyées au plus tard une semaine avant la conférence en question au numéro de fax suivant: 031 978 58 59. Un formulaire-fax est joint à cette édition du pharmaJournal. Vous avez également la possibilité de vous inscrire en ligne aux conférences régionales. Le formulaire d'inscription en ligne se trouve sur le domaine protégé du site www.pharmasuisse.org.

FORUMOFAC | 09

LE RENDEZ-VOUS DES PHARMACIENS
APOTHEKERTREFFEN

25. September - Bern, Kursaal Arena

Le marché de la pharmacie continue sa mue et le phénomène de concentration s'accélère. Cette évolution soulève des questions de fond sur l'avenir du métier et, en particulier, sur les différents modèles économiques existant dans notre pays.

Le thème de cette édition est d'un grand intérêt pour tout pharmacien, quelle que soit la structure dans laquelle il exerce :

«Chaîne, groupement, franchise, pharmacie indépendante : quelle(s) solution(s) pour assurer la pérennité de ma pharmacie ?»

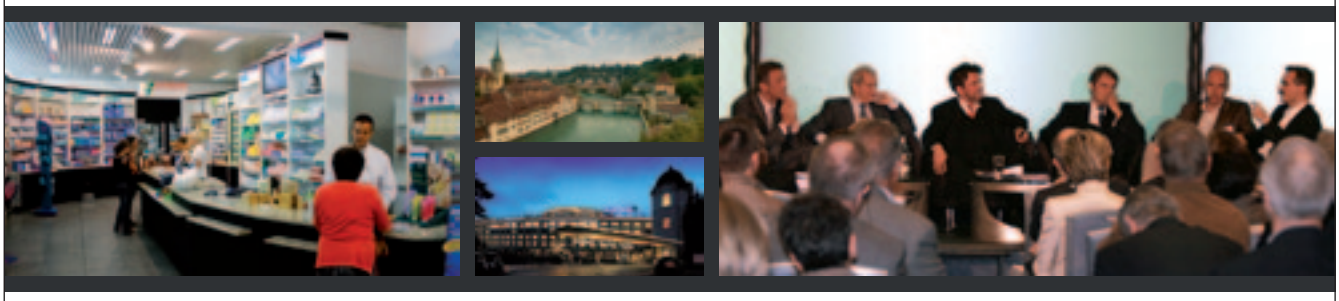
Pour débattre de ce thème, Ofac, la coopérative professionnelle des pharmaciens suisses, a fait appel aux principaux acteurs du marché, qui feront part de leurs expériences et de leur stratégie, aussi bien à l'échelle nationale qu'européenne.

Der Apothekenmarkt befindet sich noch immer im Wandel und der Trend zur Konzentration hält weiterhin an. Diese Entwicklung wirft einige Grundfragen über die Zukunft des Berufes und insbesondere über die in unserem Land bestehenden verschiedenen Modelle auf.

Das Thema dieser Ausgabe ist für jeden Apotheker von grossem Interesse, egal in welcher Struktur er seinen Beruf ausübt :

«Kette, Gruppierung, Franchise, selbständige Apotheke : welche Lösung(en), um den Fortbestand meiner Apotheke zu sichern ?»

Bei dieser Diskussion hat sich Ofac - die Berufsgenossenschaft der Schweizer Apotheker - an die grössten Akteure dieses Markts gewendet, die ihre Erfahrung und Strategie sowohl aus nationaler als auch europäischer Sicht darlegen werden.



© Bern Tourisme

La désormais traditionnelle **Soirée des Sociétaires Ofac** se tiendra cette année au fameux Kornhauskeller en vieille ville de Berne.

Détails et inscription : www.forum.ofac.ch

Der nunmehr traditionelle **Abend der Ofac-Mitglieder** findet dieses Jahr im berühmten Kornhauskeller in der Berner Altstadt statt.

Einzelheiten und Anmeldung : www.forum.ofac.ch

COMPRENDRE ET ANTICIPER — ofac — VERSTEHEN UND ANTIZIPIEREN

News-Service

Minimale Wirkung einer grossen Hypertoniestudie

Im Jahr 2002 machte die überraschende Nachricht Schlagzeilen. Gewöhnliche Generika, die bei Bluthochdruck […] eingesetzt werden und nur einige Cent pro Tag kosten, wirkten besser als neue, bis zu 20-mal teurere Medikamente.

[…] Dennoch werden die Diuretika sechs Jahre später in weitaus geringerem Umfang eingesetzt als die Organisatoren der Studie erhofft hatten. […] Seit 2002 hat die Anwendung der neuen Hypertonika viel rascher zugenommen als die der Diuretika. […]

Die geringe Wirkung der Studie zeigt, wie schwierig es ist, die Verschreibungspraxis der Ärzte zu ändern – selbst nach einem 130 Mio. Dollar teuren Versuch, der von den Behörden durchgeführt wurde und offensichtlich robuste Beweise erbracht hat.

Mehrere Faktoren haben dazu beigetragen, dass die Wirkung der ALLHAT-Studie abgeschwächt wurde. Eine erste Schwierigkeit bestand darin, die Ärzte von der Veränderung ihrer Gewohnheiten zu überzeugen. Ein anderer betraf die Uneinigkeit der Wissenschaft, da zahlreiche Experten die Konzeption der Studie und die Interpretation der Ergebnisse durch die Regierung kritisiert haben.

Überdies haben die Pharma-Unternehmen rasch reagiert und den Werbeaufwand für ihre teuren Antihypertonika verstärkt.

[…] Ein Mitglied des Lenkungsausschusses der Studie hat von Pfizer im Jahr nach der Veröffentlichung der ALLHAT-Ergebnisse 200 000 US-Dollar im Wesentlichen als Konferenzhonorare erhalten. Ein weiterer Faktor ist zum Tragen gekommen: Die Therapien entwickeln sich weiter. Noch vor Abschluss der ALLHAT-Studie und natürlich danach sind neue Medikament auf den Markt gekommen. Gleichzeitig wurden andere Medikamente als Generika verfügbar, die den wirtschaftlichen Vorteil der Diuretika verringert haben. Und unterstützt von den Pharmaunternehmen, die Kombinationspräparate mit zwei Wirkstoffen anboten, haben viele Ärzte damit begonnen, zwei oder mehr Medikamente gleichzeitig zu verschreiben. […]

In der ALLHAT-Studie wurden die Patienten im Losverfahren einer Therapie zugeordnet und erhielten eines der folgenden Medikamente: ein Diuretikum (Chlortalidon), einen ACE-Hemmer (Lisinopril), einen Kalziumhemmer (Amlodipin) […] oder einen Alphablocker (Doxazosin), der von Pfizer unter dem Namen Cardura® vertrieben wird.

Cardura® wurde erst in die Studie einbezogen, nachdem Pfizer […] der Erhöhung seiner Beteiligung auf 40 Millionen […] zugestimmt hatte. Während die ersten Daten der ALLHAT-Studie zusammengestellt wurden, waren die Patienten, die Cardura® erhalten hatten, fast doppelt so oft wegen Herzinsuffizienz ins Krankenhaus eingewiesen worden wie die mit Diuretika behandelten Patienten. […] Statt die Ärzte zu warnen, dass Cardura® möglicherweise ungeeignet für die Therapie der Hypertonie ist, verbreitete Pfizer innerhalb seiner Vertriebsorganisation einen Vermerk mit vorgefertigten Antworten, die die Pharma-Referenten verwenden konnten, um die Ärzte im Hinblick auf die Sicherheit von Cardura® zu beruhigen. Das geht aus Unterlagen hervor, die im Laufe eines Prozesses von Patienten gegen das Unternehmen vorgelegt wurden. In einer in demselben Gerichtsverfahren aufgedeckten E-Mail prahlten verantwortliche Leiter der Verkaufsorganisation bei ihren Kollegen damit, Mitarbeiter des Unternehmens hätten verhindert, dass europäische Mediziner, die zur Teilnahme an einem amerikanischen Kardiologiekongress gekommen waren, der Konferenz über ALLHAT und Cardura® beiwohnten. «Die gute Nachricht ist», besagt die elektronische Nachricht, «dass sie ausgezeichnet darin waren, die Meinungsführer unter ihren Ärzten auf eine Sightseeing-Tour mitzunehmen und diese dadurch nicht Curt Furberg zuhören konnten, wie er Pfizer heruntermachte.» Pfizer hat jeglichen Kommentar zu diesen Nachrichten abgelehnt. Die Food and Drug Administration (FDA, amerikanische Arznei- und Lebensmittelbehörde) wartete ein Jahr, bevor sie eine Sitzung externer Experten einberief, auf der über die Verträglichkeit von Cardura® diskutiert werden sollte. Bei dieser Gelegenheit bestritten einige Experten vehement die Schlussfolgerungen der Forscher der ALLHAT-Studie. Sie behaupteten, dass die Fälle von Herzinsuffizienz Interpretationsfehlern entsprachen und dass die in dem Versuch verwendeten Cardura®-Dosen ungeeignet waren. […]

Um der Debatte Nahrung zu geben, war eine zwei Monate nach ALLHAT veröffentlichte australische Studie zu dem Schluss gekommen, dass ein ACE-Blocker einem Diuretikum überlegen sei. Einigen Kritikern zufolge sei als Hauptlehre aus ALLHAT zu ziehen, dass die Senkung des arteriellen Blutdrucks wichtiger sei als das eingesetzte Medikament. Aus diesen und anderen Gründen kümmerten sich die europäischen Hypertonieexperten wenig um ALLHAT.

Die Verfechter der ALLHAT-Studie berücksichtigten die australische Studie nicht, da sie sie für weniger solide hielten, und wiesen die anderen Kritiken zurück.

Alle diese Argumente trugen zur Verwirrung bei. […]

Als die Ergebnisse von ALLHAT veröffentlicht waren, wurde Lisinopril zum Generikum. Das bedeutete, dass AstraZeneca und Merck […] weniger Interesse an der Verteidigung ihrer Medikamente hatten. Dies war bei Pfizer nicht der Fall. Amlor® war das weltweit am meisten verkaufte Medikament gegen Hypertonie mit einem Umsatz von 3,8 Mrd. Dollar im Jahr 2002. […]

Das Unternehmen bemühte sich, die positiven Aspekte zu betonen. In einer Pressemitteilung unmittelbar nach Bekanntgabe der Ergebnisse von ALLHAT erklärte es, Amlor® habe Ergebnisse erzielt, die «bei tödlicher koronarer Herzkrankheit, Herzinfarkt und Schlaganfall mit dem Diuretikum vergleichbar» seien. Und in einer Werbeanzeige in einer Fachzeitschrift erklärte es «[…] Weder in der Pressemitteilung noch in der Werbeanzeige wurde jedoch die Erhöhung des Herzinsuffizienrisikos um 38% bei Amlor® in der ALLHAT-Studie angeführt.» […]

Die Spannungen über den Einfluss der Industrie haben am Ende sogar den Lenkungsausschuss (Hinweis: der ALLHAT-Studie) erreicht. Der Vorsitzende Dr. Furberg beschuldigte Mitglieder des Ausschusses, Agenten der Industrie zu sein.

Ein Ausschussmitglied, Dr. Grimm Jr. […], hatte von Pfizer mindestens seit 1997 jedes Jahr Zehntausende Dollar er-

halten[…]. Im Jahr 2003, dem Jahr nach Veröffentlichung der ALLHAT-Ergebnisse, sind die Zahlungen von Pfizer an Dr. Grimm sprunghaft auf 200 000 Dollar gestiegen. […]

Dr. Grimm erklärte in einem Interview, fast die Hälfte seiner 2003 vereinnahmten Honorare habe er für ca. hundert von Pfizer gesponserte Vorträge bei Ärzten erhalten, denen er über ALLHAT berichtet habe. Dr. Grimm erklärte, er habe einen Standardvortrag über ALLHAT gehalten, aber statt zu sagen, dass Diuretika eindeutig besser waren als andere Medikamente, erklärte er, sie waren genauso gut oder besser. […]

Quelle: The New York Times, von Andrew Pollack. Originaltitel: «The Minimal Impact of a Big Hypertension Study». Papierausgabe vom 28. 11. 2008.

Viren machen Schluss mit resistenten Bakterien

Eine Methode, um Bakterien vor Resistenzen gegen Antibiotika zu schützen und bereits resistente zu zerstören, präsentieren Forscher des Massachusetts Institute of Technology http://mit.edu und der Boston University http://www.bu.edu. Sie entwickelten Viren, die das bakterielle Verteidigungssystem ausser Betrieb setzen und die Wirkung von Antibiotika erhöhen, indem sie DNA von Viren derart änderten, dass sie Bakterien töten. Das Ergebnis wurde in der Online-Ausgabe von Proceedings of the National Academy of Sciences veröffentlicht. Die Bakterienschädlinge wurden bei drei der wichtigsten Antibiotikagruppen mit Erfolg getestet – bei Quinolonen, Beta-Lactamen und Aminoglykosiden. Werde das Virus weiter entwickelt und erfolgreich getestet, könnte es in fünf bis zehn Jahren bei der klinischen Behandlung eingesetzt werden.

Moderne Medizin macht Senioren zu Patienten

Die moderne Medizin macht alte Menschen, die körperlich noch fit sind, zu Patienten. Diese Kritik äusserte ein emeritierter Kardiologe der University of Edinburgh http://www.ed.ac.uk , in einem persönlichen Kommentar im British Medical Journal http://www.bmj.com . Vielen alten Menschen würden Ärzte Medikamente für hohen Blutdruck, Diabetes oder hohes Cholesterin verschreiben, ohne die Folgen für die Betroffenen zu bedenken. Bestimmte Vorsorgebehandlungen könnten bei alten Menschen jedoch unangebracht oder sogar gefährlich sein. Die Notwendigkeit genauerer Differenzierung der Aussagen nach Krankheitsbildern sieht ein Vorstandsmitglied der österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie http://www.geriatrie-online.at. Etwa im Falle des Bluthochdrucks sei eine strikte Einhaltung von Systole-Richtwerten von 120 mmHg im Alter unsinnig, besonders wenn die Betroffenen Werte leicht darüber über lange Jahre gewöhnt seien. Dagegen würden Osteoporose oder Inkontinenz bei den wenigsten älteren Menschen rechtzeitig erkannt, was bei fortgeschrittener Krankheit viel Leid und Kosten verursache.

Ein wichtiges Ziel der medizinischen Bemühungen müsse sein, die Lebensqualität des Patienten zu erhöhen, damit das Leben in guter Gesundheit verlängert werde. Das könne durch die Herangehensweise des Risiko-Assessments gelingen, in dem Strategien zu mehr individueller ärztlicher Betreuung alter Menschen gesucht würden.

Brokkoli schützt vor Asthma

Ein Inhaltsstoff des Brokkoli fördert die Entstehung von Enzymen, die vor Entzündungen des Atemwegs schützen. Zu diesem Schluss kommt eine Studie der University of California in Los Angeles (UCLA) http://www.ucla.edu , die in der März-Ausgabe des Journal Clinical Immunology veröffentlicht wurde. Erstmals wurde gezeigt, dass Brokkoli die antioxidante Reaktion beim Menschen biologisch förderte. Da Testpersonen nach dem Verzehr von Brokkoli-Sprossen bis zu dreimal mehr antioxidierende Enzyme in der Nase besassen, könne man diesen natürlichen Wirkstoff als Entzündungshemmer sowie in der Behandlung mehrerer Atemwegsprobleme ausnutzen. Verantwortlich für diesen Effekt sei Sulforaphan. Dieses Senföl, das im Brokkoli wie auch in anderen Kreuzblütler-Gemüsearten wie Kohl, Radieschen oder Kresse vorkommt, fördere die Bildung von antioxidierenden Enzymen im Atemweg.

HIV: Rasante Entwicklung trickst Immunsystem aus

Das HI-Virus entwickelt sich rasch weiter, um den Angriffen des menschlichen Immunsystems zu entgehen. Ein Team von der University of Oxford http://www.ox.ac.uk hat nachgewiesen, wie schwer es sein könnte, einen Impfstoff zu entwickeln, der mit diesen Veränderungen Schritt hält. Die Wissenschaftler zeigten, dass HIV sehr rasch in der Lage war sich anzupassen und menschlichen Genen zu begegnen, die die auf seine Vernichtung abzielenden Moleküle des Immunsystems kontrollieren. Die Wissenschaftler betonen in der in Nature veröffentlichten Studie, dass die Wirkung von Medikamenten gegen HIV von diesem Phänomen nicht betroffen ist. Durchschnittlich dauert es ohne Behandlung zehn Jahre bis die Krankheit ausbricht. Bei manchen Menschen dauert es nur zwölf Monate, bei anderen mehr als 20 Jahre. Diese Geschwindigkeit steht in direktem Zusammenhang mit den so genannten humanen Leukozytenantigenen (HLAs). Die Wissenschaftler untersuchten die genetischen Sequenzen von HIV und der HLA-Gene bei mehr als 2800 Menschen. Sie fanden Mutationen, die dem Virus ermöglichten, die Wirkung eines bestimmten HLA-Gens zu neutralisieren. Erkrankungen waren bei jenen Menschen häufiger, die öfter über dieses Gen verfügen. Das HIV-Gen B*51 zum Beispiel ist bei der Kontrolle von HIV besonders wirksam. Das gilt aber nur dann, wenn das Virus in seinem genetischen Aufbau über keine «Flucht-Mutation» verfügt.

Es wurde betont, dass ähnliche Effekte bei allen untersuchten HLA-Genen nachgewiesen werden konnten. Damit sei nachgewiesen, dass HIV sehr gut in der Lage ist, sich gerade bei Menschen mit an sich guten Abwehrmöglichkeiten auf die Immunreaktionen des menschlichen Körpers einzustellen. ∎

Quelle: pte-online

Wenn Morpheus Arme sich verweigern

Claudia Reinke

Den neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen und ihren Behandlungsmöglichkeiten war die 39. Internationale Pharmazeutische Fortbildungswoche der Deutschen Bundesapothekerkammer in Davos gewidmet. Vom 8. bis 13. Februar 2009 konnten sich wieder mehr als 1000 Apothekerinnen und Apotheker über den aktuellen Wissensstand wichtiger Krankheitsbilder wie Depressive Störungen, Demenz- und Angsterkrankungen sowie Morbus Parkinson und Multiple Sklerose informieren, erhielten aber auch beratungsrelevante Updates zur Pharmakotherapie von Schlafstörungen und Schmerzzuständen. In verschiedenen Berichten werden die wichtigsten Informationen für Sie zusammengefasst.

Ein- und Durchschlafstörungen und die Konsequenzen des fehlenden Entspannungs- und Erholungseffektes gehören zu den häufigsten Beschwerden, mit denen der Apotheker im Rahmen der Selbstmedikation konfrontiert wird. Schätzungen zufolge leiden etwa 10 bis 15 Prozent aller Erwachsenen an chronischer Insomnie, also an einer seit mehr als einem Monat bestehenden Ein- oder Durchschlafstörung, etwa ein Drittel an akuten, wenige Tage bis zwei, drei Wochen dauernden Schlafproblemen. Mit zunehmendem Alter steigt zudem die Prävalenz. Wer allerdings über längere Zeit auf erholsamen Nachtschlaf verzichten muss, hat mit Einschränkungen der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, mit wachsenden gesundheitlichen Risiken (Hypertonie, Depressionen) und einem entsprechenden Verlust an Lebensqualität zu kämpfen, betonte Dr. Nina Griese vom Geschäftsbereich Arzneimittel der ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände), Berlin. Mehr als 50 Prozent der Betroffenen erachten ihre Schlafstörungen jedoch als persönliches Problem – nur wenige suchen daher ärztliche Hilfe. Mit der Zeit gewöhnen sich viele Patienten auch an die schlechte Schlafqualität und sind sich des chronischen Schlafdefizits nicht mehr bewusst.

Schlafphasen und Schlafdauer

Der normale Schlaf des Erwachsenen besteht aus mehreren REM (Rapid Eye Movement)- und Non-REM-Phasen, die sich mehrmals pro Nacht wiederholen. Dem Non-REM-Schlaf, der vier Stadien durchläuft, geht jeweils eine REM-Phase voraus. Während der Schlaf in den treppenförmig verlaufenden Stadien 1 und 2 noch relativ leicht und oberflächlich ist, wird die Tiefschlafphase in den Stadien 3 und 4 erreicht. Jeder Schlafzyklus dauert etwa 90 bis 120 Minuten, wobei der REM-Schlaf etwa 20 bis 25 Prozent des Schlafes einnimmt.

Ein objektives Mass, wie viel Schlaf ein Mensch braucht, um geistig und körperlich erholt und fit zu sein, gibt es nicht. Nach der Pubertät pendelt sich das Schlafbedürfnis bei den meisten Menschen auf etwa sieben bis acht Stunden ein, wobei es individuell zwischen fünf und zehn Stunden variieren kann (der Mittagsschlaf muss zur Gesamtschlafdauer addiert werden). Die tägliche Schlafdauer ändert sich bei den meisten Menschen bis ins hohe Alter nicht, allerdings verändert sich die Schlafqualität: Bereits zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr sinkt der Tiefschlafanteil, während das Leichtschlafstadium 1 zunimmt. Ausserdem wird der Schlaf bei älteren Menschen durch häufigeres Aufwachen öfter unterbrochen; gleichzeitig wird das Wiedereinschlafen schwieriger, was als Minderung der Schlafqualität wahrgenommen wird.

Primäre und sekundäre Insomnie

Insomnie mit Ein- oder Durchschlafstörungen können primär, also ohne Hinweis auf physische oder psychische Ursachen, oder sekundär bedingt sein. An primärer Insomnie leiden etwa 25 Prozent der Patienten; dabei stellt die «erlernte» oder psychophysiologische Insomnie die klassische Form der primären chronischen Insomnie dar. Grundlage dieser Form der Schlafstörungen scheint ein anlagebedingtes leicht störbares Schlaf-Wachsystem mit erhöhter Erregbarkeit zu sein. Anhaltender Stress, persönliche Konflikte oder körperliche Erkrankungen können bei den Betroffenen initialer Auslöser für die Verschlechterung des Schlafes sein. Auch nach Wegfall dieser Ereignisse bleibt die Schlafstörung bestehen; sie ist dann oft gekennzeichnet durch erhöhte körperliche Anspannung und erlerntes Fehlverhalten (Konditionierung), die den Schlaf verhindern. Die körperliche Angespanntheit kann sich in Tachykardien, in der Unfähigkeit «abzuschalten», in Ängstlichkeit sowie in Ärger und Überreaktion auf die Schlaflosigkeit äussern. Damit ist der Circulus vitiosus vorprogrammiert.

> Fehlender Nachtschlaf führt zu verminderter Lebensqualität

Von den sekundär bedingten chronischen Insomnien wird etwa ein Drittel durch manifeste psychische Erkrankungen, ein weiteres Drittel zumindest teilweise durch organische Grunderkrankungen verursacht.

Selbstmedikation und Beratungsbedarf

Sind Schlaf und Tagesbefindlichkeit eindeutig gestört, ist die Frage nach der Dauer der Schlafstörung entscheidend, da die Dauer wesentlich bestimmt, ob eine Selbstmedikation noch möglich ist. Wenn Schlafstörungen chronisch geworden sind, also länger als vier Wochen andauern, sind sie ohne ärztliche Behandlung meist nicht mehr in den Griff zu bekommen. Bei akuter Insomnie ist eine Selbstmedikation dagegen häufig erfolgreich und kann zur Besserung der Tagesbefindlichkeit beitragen.

Die Referentin empfiehlt, bei Patienten mit Schlafstörungen zunächst folgende Fragen zu klären:

→ Fühlen Sie sich durch den schlechten Schlaf in Ihren Tagesaktivitäten gestört?
→ Wie viele Stunden schlafen Sie (inkl. Mittagsschlaf)?
→ Wie viel Schlaf brauchen Sie?
→ Werden schlafstörende Substanzen (siehe Kasten) eingenommen?
→ Besteht eine Störung des zirkadianen Rhythmus (Schichtarbeit, Jetlag)?
→ Liegen psychiatrische und/oder andere organische Erkrankungen vor?

Substanzen mit unerwünschten Wirkungen auf das Schlaf-Wach-Verhalten

→ Hypnotika (Rebound-Insomnie)
→ Betablocker, Alpha-Agonisten, Alpha-Blocker
→ Theophyllin (Coffein)
→ Antidepressiva mit stark antriebssteigernder Wirkung ohne sedierende Komponente, wie Fluoxetin, Venlafaxin
→ Glukokortikoide
→ Schilddrüsenhormone
→ Alkohol ab 0,6 g/kgKG: häufiges Erwachen, Rebound Phänomen, fehlender REM-Schlaf, geringer Erholungseffekt; zudem Verschlechterung des Schlafapnoe-Syndroms.

Auswahl des für die Selbstmedikation geeigneten Arzneimittels

Liegen keine Umstände vor, die einen Arztbesuch erfordern, kann vom Apotheker ein geeignetes Schlafmittel ausgewählt werden.

H1-Antihistaminika

Zur Behandlung einer akuten primären Insomnie eignen sich die beiden älteren, nicht verschreibungspflichtigen H1-Antihistaminika Diphenhydramin und Doxylamin, die eine mittlere Wirkintensität mit mittellanger Wirkdauer aufweisen. In klinischen Studien liess sich mit beiden Wirkstoffen mindestens über eine Woche lang eine verkürzte abendliche Einschlafzeit und eine subjektiv bessere Schlafqualität nachweisen. Wachheit und Leistungsfähigkeit am Tage können allerdings beeinträchtigt werden. Bei längerer Einnahmedauer kommt es häufig zu Gewöhnungseffekten mit entsprechendem Wirkverlust. Typische Nebenwirkungen dieser anticholinergen Substanzen sind Obstipation, Miktionsstörungen, Mundtrockenheit und Verwirrtheit. Zu beachten sind die entsprechenden Kontraindikationen (Engwinkelglaukom, Blasenentleerungsstörungen mit Restharnbildung, Epilepsie, Schwangerschaft und Stillzeit).

Bei Einschlafstörungen sollten H1-Antihistaminika 30 bis 60 Minuten, bei Durchschlafstörungen unmittelbar vor dem Schlafen eingenommen werden. Nach zwei bis drei Tagen sollte der erste Auslassversuch erfolgen. Ist innerhalb weniger Tage keine Besserung beziehungsweise nach Absetzen wieder eine Verschlechterung zu beobachten, ist ein Arztbesuch anzuraten.

Phytopharmaka

Folgende fünf Arzneidrogen wurden durch die Kommission E des ehemaligen Bundesgesundheitsamts der BRD (heute BfArM) positiv beurteilt:
→ Passionsblumenkraut (bei nervösen Unruhezuständen)
→ Melissenblätter (bei nervös bedingten Einschlafstörungen)
→ Baldrianwurzel (bei Unruhe und nervös bedingten Einschlafstörungen)
→ Lavendelblüten (bei Einschlafstörungen)
→ Hopfenzapfen (bei Schlafstörungen).

Diese pflanzlichen Sedativa greifen vermutlich kaum in den physiologischen Schlaf- und Regenerationsmodus ein, das heisst, sie fördern die Entspannung, «erzwingen» den Schlaf jedoch nicht. Am besten untersucht ist die Wirkung des Baldrianwurzelextrakts, zu dem es auch zwei Metaanalysen gibt, die allerdings beide keinen gesicherten Wirksamkeitsnachweis liefern können. Andere Baldrian-Studien berichten dagegen von einer signifikant besseren Schlafqualität gegenüber Plazebo, die sich allerdings erst nach einer Einnahmedauer von 14 Tagen gezeigt hat. Wird also ein sofortiger Wirkeintritt beobachtet, könnte ein positiver Plazeboeffekt aufgetreten sein. Daraus folgt, dass pflanzliche Sedativa am besten bei leichten Schlafstörungen ohne Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit empfohlen werden sollten, die noch keine Indikation für H1-Antihistaminika oder rezeptpflichtige Medikamente darstellen.

Rezeptpflichtige Hypnotika und Sedativa

Die Therapie von Schlafstörungen mit rezeptpflichtigen Wirkstoffen ist vor allem von der zugrunde liegenden Ursache der Schlafstörung abhängig. Liegen organische oder psychiatrische Erkrankungen vor, ist die Behandlung der Grunderkrankung der erste therapeutische Schritt. Bei chronisch primärer Insomnie erfolgt die Behandlung eher symptombezogen, wobei neben der Schlafverbesserung auch die Wiedererlangung einer vernünftigen Tagesbefindlichkeit im Vordergrund steht. Indikationen zum Einsatz von Schlafmitteln sind akute sowie chronisch primäre Insomnien, insbesondere um den Teufelskreis zu durchbrechen und das Ein- und Durchschlafen wieder zu erlernen. Auch bei sekundären Insomnien sind Schlafmittel indiziert, wenn die kausale Therapie nicht ausreicht.

Benzodiazepine und -Analoga – Schlafmittel der ersten Wahl

Benzodiazepine und ihre Analoga sind die am häufigsten eingesetzten Arzneistoffe bei Insomnie. Inzwischen haben auch die sedierenden Antidepressiva, wie Doxepin, Trimipramin, Trazodon, Amitriptylin deutlich an Bedeutung gewonnen – sie gehören zu den Medikamenten erster Wahl bei primärer chronischer sowie bei therapieresistenter Insomnie mit Depression oder ängstlich depressiver Symptomatik. In einer Metaanalyse, in der die drei Stoffklassen bei chronischer Insomnie verglichen wurden, konnte die Wirksamkeit aller untersuchten Substanzen nachgewiesen werden, wobei die Benzodiazepine und ihre Analoga die Schlafqualität subjektiv stärker verbesserten.

Benzodiazepine und ihre Analoga docken an der allosterischen Bindungsstelle des $GABA_A$-Rezeptors an und erhöhen dadurch die Affinität der Gamma-Aminobuttersäure (GABA) im ZNS, was die hemmenden Effekte dieses wichtigen Neurotransmitters im ZNS verstärkt. Benzodiazepine wirken angstlösend, sedierend bis hypnotisch, muskelrelaxierend und antikonvulsiv. Ihre Analoga, Zalepon, Zolpidem und Zopiclon – die so genannten «Z-Substanzen» – binden selektiver an der α1-Untereinheit des Rezeptors und wirken somit weniger anxiolytisch und muskelrelaxierend. Bei diesen Arzneistoffen wird zwischen kurzwirkenden (HWZ bis 5 h), mittellang wirkenden (HWZ 3 bis 18 h) und langwirksamen Substanzen (HWZ >20 h) unterschieden (s. Tabelle).

Die Eigenschaften der Substanzen, die Charakteristika des Patienten und seine Symptome bestimmen die Wahl der

geeigneten Substanz. Für Einschlafstörungen und bei nächtlichem Erwachen (bis 3 Uhr morgens) sind Hypnotika mit kurzer Wirkdauer (Zalepon, Zolpidem, Triazolam – Einnahme auf der Bettkante) geeignet. Bei kombinierten Ein- und Durchschlafstörungen sowie Durchschlafstörungen und Früherwachen sind mittellang wirkende Substanzen wie Zopiclon, Lormetazepam, Temazepan oder Antidepressiva die Medikamente der Wahl.

Cave: Nebenwirkungen bei älteren Personen

Benzodiazepine und –Analoga zeichnen sich zwar durch eine grosse therapeutische Breite aus – dennoch birgt die Akut-Anwendung auch Risiken, vor allem bei älteren Patienten. Zu den akuten Nebenwirkungen gehören Tagesmüdigkeit mit «hang-over»-Effekten, Benommenheit, verminderte Aufmerksamkeit und verlängerte Reaktionszeiten. Aufgrund der zentralen Muskelrelaxation besteht zudem das Risiko von Gang-Unsicherheiten mit entsprechender Sturzgefahr. Bei älteren Patienten mit Schlafapnoe und Lungenerkrankungen können Atemsuppressionen auftreten. Bei chronischer Anwendung können sich zudem kognitive und neurologische Störungen entwickeln, insbesondere besteht die Gefahr der Abhängigkeit, wobei die Z-Substanzen höchstwahrscheinlich ein geringeres Abhängigkeitspotenzial besitzen. Bei längerfristiger Anwendung scheint daher eine Intervalltherapie sinnvoll zu sein. Suchtgefährdete Personen sollten keine Schlafmittel mit Suchtpotenzial erhalten.

Neben Informationen zum Einnahmezeitpunkt (s. Tabelle) sollte bei der Beratung in der Apotheke auch auf die zeitliche Einnahmebeschränkung hingewiesen und über die Verstärkung unerwünschter Wirkungen durch die gleichzeitige Einnahme von Alkohol und zentral wirksamen Arzneimitteln informiert werden.

Nichtmedikamentöse Therapieverfahren

Neben den pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten lassen sich auch nichtmedikamentöse Therapieverfahren einsetzen, die auf Verhaltensänderungen abzielen. Essenziell sind hier die Regeln der Schlafhygiene (www.aponet.de oder www.arud.ch/fachbeitraege/psychiatrie/Insomnietherapie03_12.pdf) sowie gezielte Entspannungsmethoden, die den Schlaf indirekt verbessern, da sie zu mehr Gelassenheit im Umgang mit der Schlafstörung führen. In Untersuchungen zu den Wirkungen dieser verhaltenstherapeutischen Methoden zeigte sich eine klare Überlegenheit gegenüber Plazebo. Insbesondere konnte ein langfristiger, über sechs Monate anhaltender Effekt belegt werden. Wer sich also selbst aktiv um Entspannung und mehr Gelassenheit bemüht, den schliesst Morpheus offenbar gern und freiwillig wieder in die Arme. ▮

Bei akuter Insomnie ist Selbstmedikation oft erfolgreich

Korrespondenzadresse
Dr. Claudia Reinke
Schützenmattstrasse 1
4051 Basel

Quelle
«Pharmakotherapie neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen»; 39. Int. Fortbildungswoche der Bundesapothekerkammer, Davos, 8.–13. Februar 2009. Nach dem Vortrag von Dr. Nina Griese, Geschäftsbereich Arzneimittel der ABDA, Berlin: «Schlafmittel: Grundsätze einer guten Beratung».

Literatur
Griese N, Schulz M; Schlafstörungen, Spürsinn und Sensibilität zeigen, Pharm.Ztg. 154 Jahrgang, 12. Februar 2009.

pharmaJournal 14/09, «Beratungsaspekte am Beispiel von Paracetamol»:

Präzisierung

«Da Paracetamol … zu den selektiven COX-2-Hemmern gehört … muss … mit unerwünschten Wirkungen gerechnet werden, wie den erhöhten Risiken für kardio- und zerebrovaskulären Ereignisse sowie für Ulzera und Magen-Darmblutungen.» Wir präzisieren, dass Ulzera und Magen-Darmblutungen vorwiegend von COX-1-Hemmern und nur beschränkt von COX-2-Hemmern verursacht werden.

Tabelle

Chemische Bezeichnung	Maximale Dosis (mg)	Halbwertzeit (HWZ in h)	HWZ Verlängerung im Alter	Einnahmezeitpunkt
Kurzwirkend				
Zaleplon	10	1h	keine Angaben möglich	Unmittelbar vor dem Zubettgehen
Zolpidem	10	0,7 bis 3,5 h	15 Prozent	s.o.
Triazolam	0,25	2 bis 4 h	keine Angaben	s.o.
Mittellangwirkend				
Zopiclon	7,5	5 bis 8 h	60 bis 80 Prozent	Unmittelbar vor dem Zubettgehen
Brotizolam	0,25	4 bis 7 h	95 Prozent	s.o.
Temazepan	20 (30 bis 40)	5 bis 13 h	keine Angaben	Etwa 30 Min. vor dem Zubettgehen
Lormetazepam	1 (bis 2)	10 bis 14 h	keine Angaben	Etwa 30 Min. vor dem Zubettgehen

Quand Morphée refuse son étreinte

Claudia Reinke

La 39e Semaine internationale de formation continue de la «Deutsche Bundesapothekerkammer» à Davos était consacrée aux maladies neurologiques et psychiatriques ainsi qu'à leurs traitements. Du 8 au 13 février 2009, plus de 1000 pharmaciens ont reçu des informations actuelles sur les tableaux cliniques importants tels que les troubles dépressifs, la démence, les maladies de l'anxiété, la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques; ils ont aussi bénéficié de mises à jour sur la pharmacothérapie des troubles du sommeil et des états douloureux. Les informations les plus importantes ont été résumées pour vous dans différents comptes rendus.

Les troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil ainsi que les conséquences du manque d'effet de détente et de récupération figurent parmi les maux les plus fréquents auxquels les pharmaciens sont confrontés dans le cadre de l'automédication. Selon les estimations, environ 10 à 15% des adultes souffrent d'insomnie chronique, c'est-à-dire d'un trouble de l'endormissement ou du maintien du sommeil existant depuis plus d'un mois. Un tiers environ souffrent de problèmes de sommeil aigus, durant entre quelques jours et deux ou trois semaines. En outre, la prévalence augmente à mesure que l'âge avance. Toutefois, celui qui est privé pendant une période prolongée d'un sommeil nocturne reposant doit lutter contre des restrictions des performances physiques et mentales, des risques médicaux croissants (hypertension, dépressions) et une perte correspondante en termes de qualité de vie, a souligné le Dr Nina Griese du domaine d'activités Médicaments de l'ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände = Union fédérale des associations de pharmaciens allemands) à Berlin. Plus de 50% des personnes affectées considèrent toutefois leurs troubles du sommeil comme un problème personnel, et rares sont donc celles qui consultent un médecin. Avec le temps, de nombreux patients s'habituent aussi à une mauvaise qualité de sommeil et ne sont plus conscients de leur déficit chronique de sommeil.

Phases et durée du sommeil

Le sommeil normal de l'adulte se compose de plusieurs phases REM (rapid eye movement) et non REM, qui se répètent plusieurs fois par nuit. Le sommeil non REM, qui traverse quatre stades, est précédé d'une phase REM. Tandis que le sommeil des phases 1 et 2, qui se déroulent par palier, est encore relativement léger et superficiel, la phase de sommeil profond est atteinte aux stades 3 et 4. Chaque cycle de sommeil dure environ 90 à 120 minutes, et le sommeil REM représente environ 20 à 25% du sommeil.

Il n'existe aucune mesure objective de la quantité de sommeil dont une personne a besoin pour être reposée mentalement et physiquement, et en pleine forme. Après la puberté, le besoin de sommeil s'établit chez la plupart des gens à environ sept à huit heures, mais ce chiffre peut varier d'un individu à l'autre entre cinq et dix heures (la sieste doit être ajoutée à la durée totale du sommeil). Chez la plupart des personnes, la durée de sommeil quotidienne reste la même jusqu'à un âge avancé, mais la qualité du sommeil change: entre 30 et 40 ans déjà, la part de sommeil profond est réduite, tandis que la phase de sommeil léger 1 augmente. De plus, le sommeil des personnes d'un certain âge est souvent interrompu par des réveils plus fréquents; en même temps, il devient plus difficile de se rendormir, ce qui est perçu comme une diminution de la qualité du sommeil.

> Un manque de sommeil nocturne entraîne une baisse de la qualité de vie

Insomnie primaire et secondaire

L'insomnie avec troubles de l'endormissement ou du maintien du sommeil peut être due à des causes primaires, donc sans indication de causes physiques ou psychiques, ou à des causes secondaires. Environ 25% des patients souffrent d'insomnie primaire; l'insomnie «acquise» ou psychophysiologique représente la forme classique de l'insomnie primaire chronique. La base de cette forme de troubles du sommeil semble être un système de sommeil et d'éveil pouvant être facilement perturbé et lié à une prédisposition, accompagné d'une excitabilité accrue. Le stress persistant, des conflits personnels ou des maladies physiques peuvent être les facteurs déclenchant initiaux de la dégradation du sommeil chez les personnes affectées. Même après la suppression de ces facteurs, le trouble du sommeil persiste; il est dès lors souvent caractérisé par une tension physique accrue et une réaction déplacée acquise (conditionnement) qui empêchent le sommeil. L'état de tension physique peut s'exprimer par des tachycardies, par l'incapacité à «décompresser», par de l'anxiété ainsi que de l'irritation et par une réaction exagérée à l'insomnie. Le cercle vicieux est alors inévitable.

Parmi les insomnies chroniques dues à des causes secondaires, environ un tiers est causé par des maladies psychiques manifestes, un autre tiers du moins partiellement par des maladies de fond organiques.

Automédication et nécessité de consulter

Si le sommeil et l'état au cours de la journée sont clairement perturbés, la question de la durée du trouble du sommeil est décisive, car elle détermine pour l'essentiel si une automédication est encore possible. Une fois que les troubles du sommeil sont devenus chroniques, c'est-à-dire qu'ils durent plus de quatre semaines, on ne peut généralement plus les maîtriser sans traitement médical. Par

contre, en cas d'insomnie aiguë, une automédication est souvent fructueuse et peut contribuer à l'amélioration de l'état au cours de la journée.

L'intervenante recommande de clarifier d'abord les questions suivantes chez les patients souffrant de troubles du sommeil:

→ Vous sentez-vous perturbé dans vos activités au cours de la journée en raison de votre mauvais sommeil?
→ Combien d'heures dormez-vous (sieste comprise)?
→ De quelle durée de sommeil avez-vous besoin?
→ Des substances perturbant le sommeil sont-elles ingérées (voir encadré)?
→ Le rythme circadien est-il perturbé (travail en équipes, jet lag)?
→ Des maladies psychiatriques et/ou d'autres maladies organiques sont-elles connues?

Choix du médicament adapté pour l'automédication

En l'absence de circonstances nécessitant une visite médicale, le pharmacien peut choisir un somnifère approprié.

Antihistaminiques H1

Les deux antihistaminiques H1 anciens ne nécessitant pas d'ordonnance. La diphénhydramine et la doxylamine, qui présentent une intensité et une durée d'action moyennes, conviennent pour le traitement d'une insomnie primaire aiguë. Dans le cadre d'études cliniques, les deux substances actives ont révélé pendant une semaine au minimum un temps d'endormissement du soir raccourci et une meilleure qualité subjective du sommeil. L'état d'éveil et les performances en journée peuvent toutefois en être compromis. En cas de prise prolongée, il se produit souvent des effets d'accoutumance avec une perte d'efficacité correspondante. Les effets secondaires typiques de ces substances anticholinergiques sont la constipation, les troubles de la miction, la sécheresse buccale et la confusion. Il faut tenir compte des contre-indications correspondantes (glaucome, troubles de vidange de la vessie avec formation d'urine résiduelle, épilepsie, grossesse et allaitement).

En cas de troubles de l'endormissement, les antihistaminiques H1 devraient être pris 30 à 60 minutes avant le coucher, en cas de troubles du maintien du sommeil, immédiatement avant le coucher. Au bout de deux à trois jours, la première tentative de se passer des médicaments devrait être faite. Si aucune amélioration n'est constatée, ou si une aggravation se produit après un arrêt de la prise, il est recommandé de consulter un médecin.

Substances exerçant des effets indésirables sur le sommeil et l'éveil

→ Hypnotiques (insomnie de rebond)
→ Bêta-bloquants, agonistes alpha, alpha-bloquants
→ Théophylline (caféine)
→ Antidépresseurs avec effet fortement stimulant sans éléments sédatifs, comme la fluoxétine, la venlafaxine
→ Glucocorticoïdes
→ Hormones thyroïdiennes
→ Alcool à partir de 0,6 g/kg de poids corporel: réveil fréquent, phénomène de rebond, manque de sommeil REM, faible effet de repos; de plus, aggravation du syndrome d'apnée du sommeil

Produits phytopharmaceutiques

Les cinq plantes médicinales suivantes ont été jugées positives par la Commission E de l'ancien Office fédéral de la santé de la RFA (aujourd'hui BfArM):

→ Passiflore (en cas d'états d'agitation nerveuse)
→ Feuilles de mélisse (en cas de troubles nerveux de l'endormissement)
→ Racine de valériane (en cas d'agitation et de troubles nerveux de l'endormissement)
→ Fleurs de lavande (en cas de troubles de l'endormissement)
→ Bourgeons de houblon (en cas de troubles de l'endormissement)

Ces sédatifs végétaux n'interviennent probablement guère dans le mode physiologique de sommeil et de régénération, c'est-à-dire qu'ils favorisent la détente, mais sans «forcer» le sommeil. L'effet le mieux étudié est celui de l'extrait de racine de valériane, sur lequel il existe aussi deux méta-analyses, dont aucune n'a cependant fourni une preuve d'efficacité garantie. En revanche, d'autres études sur la valériane font état d'une amélioration significative de la qualité du sommeil par rapport au placebo, qui ne s'est toutefois révélée qu'au bout de 14 jours de prise. Par conséquent, si un effet immédiat est observé, un effet placebo positif pourrait s'être produit. Il en résulte que les sédatifs végétaux devraient de préférence être conseillés en cas de troubles légers du sommeil ne portant pas atteinte à l'état au cours de la journée et qui ne représentent pas encore une indication pour les antihistaminiques H1 ou des médicaments sur ordonnance.

Hypnotiques et sédatifs sur ordonnance

Le traitement des troubles du sommeil au moyen de principes actifs sur ordonnance dépend surtout de la cause fondamentale du trouble du sommeil. En présence de maladies organiques ou psychiatriques, le traitement de la maladie de fond constitue la première étape thérapeutique. En cas d'insomnie primaire chronique, le traitement porte plutôt sur les symptômes et, en plus de l'amélioration du sommeil, sur la récupération d'un état acceptable au cours de la journée. Les indications pour l'emploi de somnifères sont les insomnies primaires aiguës et chroniques, notamment pour interrompre le cercle vicieux et réapprendre l'endormissement et le maintien du sommeil. Les somnifères sont indiqués également en cas d'insomnies secondaires, lorsque la thérapie causale est insuffisante.

Les benzodiazépines et analogues: les somnifères de premier recours

Les benzodiazépines et leurs analogues sont les médicaments les plus souvent employés en cas d'insomnie. Entre-temps, les antidépresseurs sédatifs comme la doxépine, la trimiparmine, le trazodone, l'amitriptyline ont nettement gagné en importance. Ils font partie des médicaments de premier recours dans l'insomnie primaire chronique et dans l'insomnie résistant au traitement, accompagnée de dépression ou de symptômes de dépression anxieuse. Dans une méta-analyse où les trois catégories de substances en cas d'insomnie chronique ont été comparées, l'efficacité de toutes les substances étudiées a pu être prouvée, et les benzodiazépines et leurs analogues ont révélé une amélioration subjective plus forte de la qualité du sommeil.

Les benzodiazépines et leurs analogues s'attachent au point de liaison allostérique du récepteur GABAA et augmentent ainsi l'affinité de l'acide gamma-amino-butyrique (GABA) dans le SNC, ce qui renforce l'effet inhibiteur de ce neurotransmetteur important dans le SNC. Les

benzodiazépines ont un effet anxiolytique, sédatif à hypnotique, musculo-relaxant et anticonvulsif. Leurs analogues, zalépone, zolpidem et zopiclone – appelés «substances Z» – se lient plus sélectivement à la sous-unité α1 du récepteur et ont donc un effet moins anxiolytique et moins musculo-relaxant. Dans ces substances thérapeutiques, on distingue entre celles dont l'effet est de courte durée (demi-vie jusqu'à 5 h), celles dont l'effet est de moyenne durée (demi-vie de 3 à 18 h) et celles dont l'effet est de longue durée (demi-vie >20 h) (voir tableau).

Les propriétés des substances, les caractéristiques du patient et ses symptômes déterminent le choix de la substance appropriée. Pour les troubles de l'endormissement et le réveil nocturne (jusqu'à 3 heures du matin), ce sont les hypnotiques à courte durée d'action (zalépone, zolpidem, triazolam – à prendre au bord du lit) qui sont adaptés. En cas de troubles associés de l'endormissement et du maintien du sommeil, ainsi que de troubles du maintien du sommeil et de réveil précoce, des substances à effet moyenne durée comme le zopiclone, le lormétazépam, le témazépan ou des antidépresseurs sont les médicaments de premier recours.

Attention: effets secondaires chez les personnes âgées

Les benzodiazépines et leurs analogues se caractérisent certes par un large spectre thérapeutique, mais leur utilisation pour les cas aigus recèle aussi des risques, surtout chez les patients d'un certain âge. Les effets secondaires aigus englobent la fatigue diurne avec effets de «gueule de bois», la torpeur, une attention diminuée et des temps de réaction prolongés. En raison de la relaxation centrale des muscles, il existe aussi le risque de marche incertaine avec le danger de chute qui y est lié. Chez les patients âgés souffrant d'apnée du sommeil et de maladies pulmonaires, il peut se produire des suppressions respiratoires. Par ailleurs, en cas d'utilisation chronique, des troubles cognitifs et neurologiques peuvent se développer; il existe notamment un danger de dépendance, les substances Z possédant très probablement un potentiel de dépendance plus faible. En cas d'utilisation prolongée, une thérapie par intervalles semble donc judicieuse. Les personnes en danger de dépendance ne devraient pas prendre de somnifères à potentiel de dépendance.

En plus des informations sur le moment de la prise (voir tableau), il faudrait également, lors de la consultation en pharmacie, renvoyer à la limitation de la prise dans le temps et informer au sujet du renforcement des effets indésirables par la prise concomitante d'alcool et de médicaments à effet central.

Procédures thérapeutiques non médicamenteuses

Outre les possibilités de traitement pharmacologiques, des thérapies non médicamenteuses visant à modifier les comportements peuvent aussi être envisagées. Les règles d'hygiène du sommeil (www.aponet.de ou www.arud.ch/fachbeitraege/psychiatrie/Insomnietherapie03_12.pdf – en allemand) ainsi que les méthodes de détente ciblées améliorant indirectement le sommeil sont essentielles, car elles entraînent davantage de tranquillité dans la gestion des troubles du sommeil. Ces méthodes thérapeutiques comportementales se sont révélées nettement supérieures au placebo lors d'études sur leurs effets. En particulier un effet à long terme, sur plus de six mois, a pu être documenté. En s'efforçant activement de se détendre soi-même et de favoriser plus de tranquillité, Morphée sera heureux d'ouvrir de nouveau les bras. ▮

Adresse de correspondance

Dr Claudia Reinke

Schützenmattstrasse 1, 4051 Bâle

Source

«Pharmakotherapie neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen»; 39e semaine pharmaceutique internationale de formation continue de la Chambre fédérale allemande des pharmaciens, Davos, 8–13 février 2009. D'après l'exposé du Dr Nina Griese, Domaine d'activités Médicaments de l'ABDA, Berlin: «Schlafmittel: Grundsätze einer guten Beratung».

Littérature

Griese N, Schulz M: Schlafstörungen, Spürsinn und Sensibilität zeigen, Pharm. Zeitung, 154e année, 12 février 2009.

pharmaJournal 15/09, «Le conseil aux patients à l'exemple du paracétamol»:

Précision

«… le paracétamol fait partie des inhibiteurs sélectifs de la COX-2. Il faut donc… s'attendre à l'apparition des effets indésirables caractéristiques… comme le risque accru d'événements cardiovasculaires et cérébrovasculaires, d'ulcères et d'hémorragies gastro-intestinales.» Nous précisons que les ulcères et les hémorragies gastro-intestinales sont principalement causés par des inhibiteurs de la COX-1 et seulement de façon limitée par des inhibiteurs de la COX-2.

Tableau

Désignation chimique	Posologie maximale (mg)	Demi-vie (en h)	Prolongation demi-vie dans la vieillesse	Moment de la prise
Effet courte durée				
Zalépone	10	1h	pas d'indications	possible directement avant le coucher
Zolpidem	10	0,7 à 3,5 h	15%	voir ci-dessus
Triazolam	0,25	2 à 4 h	pas d'indications	voir ci-dessus
Effet durée moyenne				
Zopiclone	7,5	5 à 8 h	60 à 80%	directement avant le coucher
Brotizolam	0,25	4 à 7 h	95%	voir ci-dessus
Témazépam	20 (30 à 40)	5 à 13 h	pas d'indications	env. 30 min. avant le coucher
Lormétazepam	1 (à 2)	10 à 14 h	pas d'indications	env. 30 min. avant le coucher

Tests génétiques

Cristina Benedetti

Gènes, génome, tests génétiques, génétique, facteurs génétiques sont des termes actuellement à la mode. Les analyses génétiques sont effectuées pour poser un diagnostic et sélectionner un traitement. Elles permettent aussi de déterminer le risque d'attendre un enfant malade.

Nous profitons de la campagne d'information de la Commission d'experts pour l'analyse génétique humaine (CEAGH) concernant les tests génétiques proposés sur internet (voir article à la page 28) pour donner ici un aperçu des principales applications, ainsi que du déroulement et du cadre juridique de ces tests génétiques.

Applications dans la médecine

En médecine, les tests génétiques sont principalement réalisés dans les situations suivantes:

- → Diagnostic incertain: un test génétique permet de confirmer ou d'infirmer un soupçon de maladie héréditaire. Le résultat peut être important pour le choix du traitement.
- → Test prénatal: il permet de montrer si le fœtus souffre d'une maladie génétique déterminée.
- → Planning familial: le conseil génétique a pour but d'évaluer le risque de maladie chez les descendants.
- → Maladie génétique dans la famille: pour les proches d'un patient, la prédisposition à la maladie en question est évaluée avant que les symptômes ne soient perceptibles (analyses présymptomatiques).

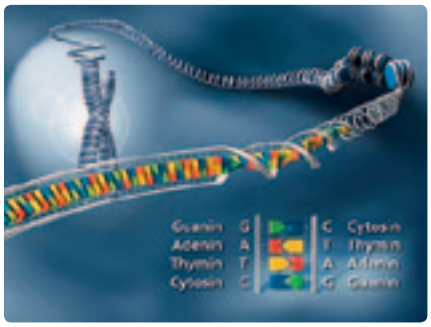
Suivant la méthode, il est fait la différence entre les analyses cytogénétiques et les analyses moléculaires.

Analyses cytogénétiques

Elles servent à déterminer les anomalies chromosomiques, à savoir les modifications dans le nombre et la structure des chromosomes. Typiquement, ces analyses sont effectuées dans le cadre du diagnostic prénatal, pour rechercher d'éventuelles aberrations chromosomiques chez l'embryon (p.ex. trisomies).

Analyses moléculaires

Elles permettent de déterminer la structure moléculaire des acides nucléiques (ADN et ARN). Il est recherché des modifications infimes au niveau moléculaire – parfois même une seule paire de bases. Il est principalement étudié la structure moléculaire de l'ADN codant afin de détecter les défauts génétiques qui peuvent entraîner une synthèse protéinique défectueuse ou manquante à l'origine possible d'une maladie. Les analyses moléculaires sont toujours fonction d'une question (maladie) spécifique. Un dépistage du génome (recherche non ciblée de changements génétiques) n'est pas justifié en raison des efforts techniques et tout particulièrement de l'interprétation extrêmement complexe.



Structure moléculaire de l'ADN avec les paires de bases



De la double hélice de l'ADN à l'individu en passant par les chromosomes

Utilisation en oncologie

Les analyses génétiques sur les lésions tissulaires fournissent des informations sur les modifications pathologiques dans le tissu tumoral et sont très importantes dans le choix du traitement et le pronostic.

Applications en dehors de la médecine: profils d'ADN

L'établissement de profils d'ADN (ou empreinte génétique) est un important domaine d'application non médical des analyses moléculaires. Des petites séquences répétitives de l'ADN non-codant sont analysées à cette occasion. Le nombre de répétitions à un emplacement précis du patrimoine héréditaire caractérise un individu et est transmis génétiquement. Les profils d'ADN sont utilisés dans la médecine légale (p.ex. pour identifier des délinquants ou des corps non identifiés), mais aussi pour déterminer la filiation (p.ex. test de paternité). Les profils d'ADN sont effectués sur des séquences d'ADN non-codantes, et ne fournissent donc aucune information sur la santé ou sur les caractéristiques de la personne concernée.

Déroulement d'une analyse génétique

Consentement

Toute analyse génétique nécessite le consentement de la personne concernée. La loi fédérale sur l'analyse génétique humaine (LAGH) exige un consentement écrit pour les analyses présymptomatiques, les analyses génétiques prénatales et les analyses visant à établir un planning familial. Un consentement oral suffit pour les analyses à des fins diagnostiques.

Conseil génétique

Étant donné que les analyses livrent des résultats qui peuvent, selon les circons-

tances, avoir un impact considérable sur la personne testée et ses proches (p.ex. interruption de grossesse, renoncement à avoir des enfants, conséquences psychiques et sociales, mode de vie lors de prédispositions à une maladie grave), un conseil génétique est obligatoire pour ces trois indications. Il doit être fourni à la fois avant et après l'analyse. D'après la loi, la personne concernée doit être informée sur:

- → le but, le type et la signification de l'analyse ainsi que sur les mesures complémentaires;
- → les risques possibles liés à l'analyse ainsi que la fréquence et le type des anomalies à détecter;
- → la possibilité de découvrir des résultats inattendus;
- → les répercussions physiques et psychiques possibles de l'analyse;
- → la prise en charge des coûts de l'analyse et des mesures complémentaires;
- → les mesures de soutien possibles en fonction des résultats de l'analyse;
- → l'importance des anomalies qui peuvent être découvertes et les mesures thérapeutiques et prophylactiques envisageables.

Matériel d'analyse

Après le consentement de la personne concernée, il est possible de prélever un échantillon puis de procéder à l'analyse. Quelques millilitres de sang EDTA ou un frottis de la joue prélevé de la muqueuse buccale selon des règles strictes suffisent.

Lors d'analyses prénatales, il est prélevé et analysé des villosités choriales dans la choriocenthèse (10e à 12e semaine de grossesse), des cellules fœtales dans l'amniocentèse (16e à 20e semaine de grossesse) et du sang ombilical dans la ponction du cordon ombilical (à partir de la 16e semaine de grossesse).

En pathologie, il faut bien évidemment analyser les tissus concernés.

Combien de temps faut-il attendre pour avoir les résultats?

Suivant le diagnostic à effectuer, une analyse moléculaire peut prendre entre une semaine et plusieurs mois. Un examen prénatal dure deux à cinq jours.

Les résultats des tests de paternité sont disponibles après deux à trois jours.

Qualité de l'analyse

Les laboratoires qui procèdent à des analyses cytogénétiques et moléculaires ou qui établissent des profils d'ADN doivent remplir toute une série de conditions visant à garantir la qualité. Ils ont en outre besoin d'une autorisation et sont soumis à la surveillance de l'Office fédéral de la santé publique (dans le cas des analyses cytogénétiques et moléculaires) resp. du Département fédéral de justice et police (dans le cas des profils d'ADN). ▮

Littérature et informations complémentaires

Commission d'experts pour l'analyse génétique humaine (www.bag.admin.ch/gumek)
Société suisse de génétique médicale (www.sgmg.ch)
Loi fédérale sur l'analyse génétique humaine (SR 810.12, LAGH)

Adresse de correspondance

Cristina Benedetti
Secrétaire scientifique de la Commission d'experts pour l'analyse génétique humaine
c/o Office fédéral de la santé publique
3003 Berne
E-mail: Cristina.Benedetti@bag.admin.ch

Glossaire

Termes souvent utilisés dans la génétique:

ADN codant: séquences d'ADN portant l'information pour coder une protéine (chez l'individu, env. 2-3% des noyaux ADN).

ADN non-codant: ensemble des séquences du génome qui ne sont pas traduites en protéines.

Allèle: une des différentes formes que peut prendre un même gène. Les allèles occupent la même position (locus) sur les chromosomes homologues.

Autosomes: terme pour tous les chromosomes qui ne sont pas des chromosomes sexuels.

Gène: séquence d'ADN qui contient l'information génétique nécessaire au codage des molécules protéiniques.

Génome: ensemble du matériel génétique d'un individu.

Génotype: ensemble ou partie donnée de la composition génétique d'un individu.

Maladie héréditaire dominante: la maladie se déclenche à la fois chez les personnes avec seulement un gène défectueux et chez les personnes dont les deux gènes sont défectueux.

Maladie héréditaire récessive: la maladie se déclenche uniquement lorsque les deux gènes de la paire de chromosomes sont défectueux. Si un seul des deux gènes est défectueux, la personne concernée reste en bonne santé (porteur sain), mais peut transmettre son gène défectueux à sa descendance avec une probabilité de 50%.

Mutation: variante rare d'un gène qui survient dans moins de 1% de la population. Ce terme ne dévoile rien sur l'importance clinique de la variante, mais uniquement sur sa fréquence.

Pénétrance: portion d'individus possédant un génotype donné qui exprime le phénotype correspondant. Il est fait la distinction entre la pénétrance complète et la pénétrance incomplète.

Phénotype: ensemble des traits observables caractérisant un être vivant donné.

Polymorphisme: apparition de deux ou plusieurs variantes d'un gène; la variante la plus rare survient toutefois dans plus de 1% de la population.

Profil d'ADN: code propre à chaque individu qui est établi à partir des séquences non-codantes de l'ADN, à l'aide de techniques de la génétique.

18 | 9.2009

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 10.9.2009, 147. Jahrgang

Nr. | No
18



Zwischen Politik und Wirtschaft

Verbands-Aktivitäten 2008 S. 23

Entre politique et économie

Activités de la société faîtière en 2008 p. 25

→ Pharmazie und Medizin · Pharmacie et médecine

Prudence lors de la remise de colchicine

Vorsicht bei der Abgabe von Colchicin

Husten bei Hunden und Katzen

Toux chez les chiens et les chats

Homéopathie contre la transpiration excessive

Homöopathie: Hilfe bei Schwitzen

→ Politik · Politique

Geschäftsbericht 2008

Rapport annuel 2008

→ Markt · Economie

Kampagne: Blutdruck-Woche

Campagne: semaine de la tension artérielle

Mit tieferen Werten zu höherer Lebensqualität

Christina Haas

Im Rahmen der nationalen Blutdruck-Offensive organisierte pharmaSuisse in diesem Jahr die Blutdruck-Woche. In der Zeit vom 2. bis am 10. Juni boten 800 Apotheken in der ganzen Schweiz einen kostenlosen Risikotest an, leisteten somit einen konkreten Beitrag zur Prävention von Bluthochdruck und nutzten die Gelegenheit, auf das Dienstleistungsangebot der Apotheke aufmerksam zu machen.

Hypertonie ist nach wie vor eine der häufigsten Ursachen für schwerwiegende Krankheiten. Zu oft bleibt ein zu hoher Blutdruck unerkannt, obwohl mit einem einfachen Mittel – dem regelmässigen Blutdruckmessen – festgestellt werden kann, ob sich die Werte im Normbereich befinden. Information tut da Not: Viele Kunden wissen nach wie vor nicht, wie der Blutdruck positiv beeinflusst werden kann und welche schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen Hypertonie haben kann. Die Apotheken hatten während der Blutdruck-Woche die Möglichkeit, sich als ideale Ansprechpartner für alle Fragen rund um den Blutdruck zu profilieren. Der Test in diesem Jahr war umfassender als die Tests in den vorangehenden Jahren und die Resultate fliessen in eine Studie ein, welche bessere Daten über die Verbreitung von Bluthochdruck in der Schweiz liefern soll.

Erweiterter Test mit Risikofragebogen

In der diesjährigen Kampagne wurden nicht nur der Blutdruck, sondern auch der Bauchumfang und der Body-Mass-Index (BMI) erfasst. Mit Hilfe eines Risikofragebogens wurden zusätzliche Faktoren, wie der Salzkonsum, der allgemeine Lebensstil und Risikofaktoren wie Rauchen usw. erfragt. Die Auswertung der Messungen und des Fragebogens ermöglichten eine individuelle Beratung mit dem Ziel, dass jeder Kunde mit einem persönlichen Risikoprofil die Apotheke verliess und wusste, wie er in Zukunft mit seinem Blutdruck umgehen musste. Maria Holenstein von der Multergass Apotheke in St. Gallen findet, der Fragebogen biete eine gute Grundlage für ein Gespräch und die Fragen zur Compliance würden helfen, bei Kunden mit bereits diagnostizierter Hypertonie Probleme anzusprechen und sie zu motivieren, ihre medikamentöse Therapie ohne Unterbruch zu befolgen.



Risikofragebogen dient als Gesprächsgrundlage

Positives Echo der Kunden

Die 800 teilnehmenden Apotheken verzeichneten unterschiedliche Erfolge mit dieser Kampagne: In einigen Apotheken war das Echo sehr klein, in anderen dagegen mussten Interessenten wegen zu grosser Nachfrage auf den nächsten Tag vertröstet werden. In der Multergass Apotheke in St.Gallen wurden während der Kampagnendauer insgesamt 20 Messungen durchgeführt. Viele Kunden kontrollierten ihren Blutdruck bereits selber regelmässig, seien aber sehr froh gewesen um eine Überprüfung in der Apotheke, sagt Maria Holenstein. Die Sensibilisierung der Kunden auf die Thematik Bluthochdruck und auf Fragen der Compliance sei sehr wichtig und werde von den Kunden auch sehr geschätzt.

Mehrwert für die Apotheken

«Die Kampagne unterstützt unser langfristiges Ziel, sich als Apotheke in der Prävention zu profilieren», sagt Maria Holenstein. Mit einem vergleichsweise kleinen Aufwand für die Vorbereitung der Kampagne sei es möglich gewesen, einmal mehr bekannt zu machen, welchen Beitrag die Apotheken für die Gesundheitsförderung und die Prävention leisten können. Der Test dauerte nur rund dreissig Minuten, inklusive Messungen und Beratungsgespräch und habe den normalen Ablauf in der Apotheke nicht gestört. Im Gegenteil: er habe dazu beigetragen, das Vertrauensverhältnis zwischen Kunden und Apotheker zu stärken.

Doch nicht nur bezüglich der Kundenbindung können Apotheken profitieren, die sich in den Kampagnen von pharmaSuisse engagieren: Die Schulung im Vorfeld der Kampagne ist für Apothekerinnen und Apotheker wichtig, um sich auf dem neuesten Stand zu halten. Die Bilanz der Blutdruck-Woche ist durchwegs positiv und zeigt einmal mehr, dass es wichtig ist, die Dienstleistung «Kampagnen» unbedingt zu nutzen. ▮

Die Auswertung der Fragebogen für die Studie ist im Gang. In einer späteren Ausgabe des pharmaJournals werden wir die Resultate vorstellen.

Korrespondenzadresse
Christina Haas, Mitarbeiterin Redaktion pharmaJournal
E-Mail: christina.haas@pharmaSuisse.org

Meilleure qualité de vie grâce à des valeurs inférieures

Christina Haas

pharmaSuisse a profité de la campagne nationale sur la tension artérielle pour organiser une semaine consacrée à ce sujet. Du 2 au 10 juin 2009, 800 pharmacies de toute la Suisse ont proposé un test de risque gratuit. Elles ont ainsi contribué à prévenir l'hypertension artérielle et profité de l'occasion pour attirer l'attention sur une de leurs prestations supplémentaires.

L'hypertension reste l'une des causes les plus fréquentes de graves maladies. Trop souvent, une hypertension artérielle n'est pourtant pas détectée bien que des mesures simples – comme un contrôle régulier de la tension – permettraient de constater si les valeurs sont normales ou pas. A ce niveau, il est essentiel d'informer la population: en effet, de nombreux clients ne savent toujours pas comment la tension artérielle peut être positivement influencée et quelles graves conséquences l'hypertension peut avoir sur la santé. Pendant la semaine de la tension artérielle, les pharmaciens ont pu se présenter comme de parfaits interlocuteurs dans ce domaine. Cette année, le test était plus complet que les années précédentes. Par ailleurs, les résultats seront intégrés dans une étude qui fournira des informations plus complètes sur la propagation de l'hypertension en Suisse.

Test étendu avec questionnaire de risque

La campagne de cette année ne s'est pas contentée de relever la tension artérielle, mais aussi le périmètre abdominal et l'indice de masse corporelle (IMC). Le questionnaire de risque a en outre permis de déterminer des facteurs supplémentaires tels que la consommation de sel, le style de vie et des facteurs de risque tels que le tabagisme, etc. L'évaluation des mesures et du questionnaire a permis de proposer des conseils individuels. L'objectif était que chaque client puisse sortir de la pharmacie avec un profil de risque personnel, tout en sachant comment gérer sa tension à l'avenir. Maria Holenstein, de la pharmacie Multergass à Saint-Gall, estime que le questionnaire fournit une bonne base pour l'entretien consécutif et que les questions de compliance permettent d'aborder plus facilement les problèmes avec les clients souffrant déjà d'hypertension et de les motiver à suivre leur traitement médicamenteux sans interruption.



Le questionnaire de risque sert de base de discussion.

Echo positif des clients

Les 800 pharmacies participantes ont connu des succès variés avec cette campagne: dans certaines pharmacies, l'écho a été très petit. Par contre, dans d'autres, certains clients ont été priés de revenir le lendemain en raison de la trop grande demande. La pharmacie Multergass à Saint-Gall a effectué 20 mesures pendant toute la durée de la campagne. Maria Holenstein explique que de nombreux clients contrôlaient déjà régulièrement eux-mêmes leur tension, mais appréciaient de pouvoir procéder à une vérification à la pharmacie. La sensibilisation des clients à des sujets comme l'hypertension et la compliance est très importante et aussi très appréciée de ces derniers.

Plus-value pour les pharmacies

«La campagne soutient notre objectif à long terme, qui consiste à positionner la pharmacie dans le domaine de la prévention», précise Maria Holenstein. Malgré le peu de préparatifs nécessaires, la campagne a permis de montrer une fois de plus quelle importante contribution les pharmacies apportent dans la promotion de la santé et la prévention. Le test a uniquement duré 30 minutes (mesures et entretien-conseil inclus) et n'a aucunement perturbé les affaires courantes à la pharmacie. Au contraire: il a contribué à renforcer le lien de confiance entre le client et le pharmacien.

Les pharmacies qui participent aux campagnes de pharmaSuisse ne parviennent pas seulement à fidéliser la clientèle: la formation organisée en prélude à la campagne permet aux pharmaciens d'être toujours informés des dernières évolutions. Le bilan de la semaine de la tension artérielle est positif en tout point de vue et montre une fois de plus l'importance de profiter de cette prestation. ▮

Les questionnaires sont actuellement en cours d'évaluation pour l'étude. Nous publierons les résultats dans une prochaine édition du pharmaJournal.

Adresse de correspondance
Christina Haas, collaboratrice à la rédaction du pharmaJournal
E-mail: christina.haas@pharmaSuisse.org

Interaktionen zwischen Medikamenten, die von mehreren Ärzten verschrieben wurden

Colchicin-Verschreibung für einen HIV-Patienten

Marc Mattiuzzo, Muriel Martinet-Bonzon, Bertrand Guignard

Colchicin ist ein Wirkstoff, der zur Therapie und Prophylaxe des Gichtanfalls Verwendung findet. Er ist auf dem Schweizer Markt nicht als Medikament zugelassen, wird jedoch bei dieser Indikation regelmässig verordnet, was seine Bestellung im Ausland* erforderlich macht.

Berücksichtigt man die enge therapeutische Breite, die Kumulation bei Niereninsuffizienz und die potenziellen Interaktionen, verdient die Patientengeschichte erhöhte Aufmerksamkeit, wenn man ein Rezept für Colchicin erhält.

Der Fall

Ein 42-jähriger Patient, früher drogenabhängig, HIV-positiv, treuer Kunde der Apotheke, kommt mit folgendem Rezept in die Apotheke:

→ Colchicin 1 mg (1-0-1) während 3 Tagen, dann 1-mal täglich
→ Mefenacid® 500 mg, 1 Tbl. 3-mal täglich

Dieses Rezept wurde von einem Arzt eines medizinischen Zentrums ausgestellt, der den Patienten gut kennt, um einen akuten Gichtanfall zu behandeln. Der Patient klagt denn auch über Schmerzen in den Zehen und Gehschwierigkeiten. Er sucht die Apotheke seit mehreren Jahren auf, und man kümmert sich hier täglich um ihn, indem er eine Substitutionstherapie mit Methadon sowie eine HIV-Therapie erhält («Direct Observed Therapy»). Unter den antiretroviralen Medikamenten, die der Patient einnehmen muss, befindet sich Ritonavir, dessen starke Inhibitoreigenschaften auf Cytochrom P450 3A4/5 verwendet werden, um die Bioverfügbarkeit von anderen, durch dasselbe Cytochrom metabolisierten antiretroviralen Wirkstoffen zu erhöhen («Booster») [1].

Weil Colchicin nicht auf dem Schweizer Markt erhältlich ist, fehlt seine Auflistung im Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. Infolgedessen macht das Informatikprogramm keine Interaktion ausfindig, weil es keine Daten über Colchicin enthält. Angesichts dieser speziellen Situation und der komplexen Arzneimittelanamnese des Patienten wird die ver-

* (beispielsweise in Frankreich: Colchicine Houdé®).

fügbare Literatur konsultiert, und man entdeckt eine potenzielle Interaktion zwischen Colchicin und Ritonavir [2].

Deshalb beschliesst man, den Arzt der HIV-Einheit des Universitätsspitals anzurufen, wo der Patient wegen seiner HIV-Infektion in Behandlung steht, um diese mögliche Interaktion in den Kontext des Patienten zu stellen und das Risiko für diesen abzuklären. Der Arzt kontaktiert die klinisch-pharmakologische Abteilung des Spitals und meldet sich schliesslich in der Apotheke zurück mit der dringenden Empfehlung, dem Patienten das Colchicin nicht abzugeben.

Der Patient erhält nach Absprache zwischen dem Arzt des medizinischen Zentrums und dem Infektiologen ein neues Rezept für ein Analgetikum. Der Fall wird in der Apotheke dokumentiert.

Kommentar

Colchicin ist für seine enge therapeutische Breite bekannt. Es wird hauptsächlich zur Therapie und Prophylaxe des akuten Gichtanfalls verwendet. Seine antimitotische Wirkung hemmt die Migration und Aktivität der Granulozyten und entfaltet dadurch eine entzündungshemmende Wirkung in den betroffenen Gelenken [1]. Die empfohlene Dosis zur Therapie des akuten Gichtanfalls beträgt 1 bis 1,2 mg per os bei der ersten Gabe, gefolgt von der Einnahme von 0,5 bis 0,6 mg höchstens stündlich oder 1 bis 1,2 mg höchstens alle 2 Stunden, bis eine Schmerzlinderung eintritt oder sich gastrointestinale Nebenwirkungen zeigen, wobei die Gesamtdosis am ersten Tag 4 bis 8 mg und die Maximaldosis pro Anfall 8 mg beträgt [1]. In der Praxis werden in der Regel 3 mg am ersten Tag (morgens, mittags und abends 1 mg) verschrieben, gefolgt von 2 mg an den folgenden Tagen bis zu einer maximalen Gesamtdosis von 8 mg. Allerdings wurde bereits mit Dosen von 7 mg über Todesfälle berichtet [1]. Zudem sollte wegen der kumulativen Toxizität eine weitere Colchicin-Therapie frühestens nach 7 Tagen erfolgen. Die häufigsten Symptome einer Colchicin-Intoxikation sind Übelkeit, Erbrechen und Diarrhö; sie können jedoch letal verlaufen [1,3].

Colchicin wird von Cytochrom P450 3A4/5 (CYP 3A4/5) metabolisiert [1,2]. Im vorliegenden Fall ist jedoch die Aktivität von CYP 3A4/5 durch Ritonavir stark gehemmt. Wäre das Medikament gemäss Verordnung abgegeben und eingenommen worden, wären möglicherweise höhere und potenziell toxische Colchicin-Plasmakonzentrationen erreicht worden.

Diese potenzielle Interaktion konnte dank Konsultation der Patientengeschichte und der Literatur rechtzeitig entdeckt werden, und zwar obschon das Informatiksystem diese nicht angezeigt hatte. Auch wenn in der Literatur bisher über keinen Fall einer Interaktion zwischen Colchicin und Ritonavir berichtet wurde, finden sich Fallberichte über Interaktionen zwischen Colchicin und anderen Inhibitoren von CYP 3A4/51. Bei fehlenden Daten ist Vorsicht angezeigt, und man muss sich auf theoretische (in vitro) oder extrapolierte Daten (Fallberichte mit anderen Inhibitoren von 3A4/5) stützen [1].

Zu beachten ist, dass Colchicin auch ein Substrat von P-Glycoprotein (P-gp) ist und somit durch Wirkstoffe, die P-gp hemmen, in seiner Wirkung verstärkt werden kann [4,5]. Sodann wird es renal ausgeschieden; deshalb ist die Dosierung bei Niereninsuffizienz anzupassen [1].

Bei Entgegennahme eines Rezepts mit Colchicin gilt es, besonders wachsam zu sein, die Korrektheit der Dosierung zu überprüfen und vor allem die Patientengeschichte aufmerksam durchzusehen. Der Apotheker sollte sich zudem mündlich beim Patienten nach allfälligen weiteren Medikamenten erkundigen, die vielleicht nicht in seinem Dossier verzeichnet sind. Ebenso sollten die Patienten sensibilisiert und über Intoxikationssymptome, die auftreten könnten, informiert werden. ▮

Literatur

[1] Thomson Micromedex. www.thomsonhc.com. Letzter Zugriff: 2. 6. 2009.

[2] Interactions médicamenteuses et cytochromes P450 (Service de pharmacologie des HUG): http://pharmacoclin.hug-ge.ch/_library/pdf/cytp450.pdf. Letzter Zugriff: 14. 5. 2009.

[3] Pharmacologie clinique, bases de la thérapeutique, 2e édition, Expansion scientifique française, 1988.

[4] Matheny CJ et al. Pharmacokinetic and pharmacodynamic implications of P-glycoprotein modulation. Pharmacotherapy. 2001; 21(7): 778–796.

[5] Gutmann H et al, P-Glykoprotein – Bedeutung für die Arzneimitteltherapie. Schweizerische Apothekerzeitung. 2002; 17: 576–578.

Korrespondenzadresse

Marc Mattiuzzo
Muriel Martinet-Bonzon
Pharmacie Miserez
Rue de la Gare 4
1030 Bussigny-près-Lausanne

Dr Bertrand Guignard, pharmacien HUG

Der Erstautor begegnete diesem Fall während seines Praktikums in der Offizinapotheke im Rahmen des Assistenzjahrs.

Prescription de colchicine chez un patient VIH

Marc Mattiuzzo, Muriel Martinet-Bonzon, Bertrand Guignard

La colchicine est une substance utilisée pour le traitement et la prophylaxie de la crise de goutte. Elle ne fait pas partie des médicaments enregistrés sur le marché suisse, mais est néanmoins régulièrement prescrite dans cette indication, ce qui nécessite sa commande à l'étranger*.

Compte tenu de la marge thérapeutique étroite, de l'accumulation en cas d'insuffisance rénale et des interactions potentielles, il convient d'être particulièrement attentif à l'historique du patient lors de la réception d'une ordonnance pour de la colchicine.

Le cas

Un patient de 42 ans, ancien toxicomane, séropositif au VIH, fidèle à sa pharmacie, se présente à l'officine avec l'ordonnance suivante:

→ Colchicine 1 mg (1-0-1) pendant 3 jours, puis 1 fois par jour
→ Méfénacide® 500 mg, 1 cp 3 fois par jour

Cette ordonnance a été prescrite par un médecin d'un centre médical connaissant bien le patient, afin de traiter une crise aiguë de goutte. Le patient se plaint effectivement de douleurs aux orteils et a de la peine à marcher. Il fréquente la pharmacie depuis plusieurs années et y est suivi quotidiennement en y recevant un traitement de substitution à la méthadone ainsi qu'un traitement anti-VIH (Direct Observed Therapy). Parmi les médicaments anti-rétroviraux que doit prendre le patient, figure le ritonavir, dont les propriétés de forte inhibition du cytochrome P450 3A4/5 sont utilisées afin d'augmenter la biodisponibilité d'autres anti-rétroviraux métabolisés par ce même cytochrome (booster) [1].

La colchicine n'étant pas disponible sur le marché suisse, celle-ci ne figure pas dans le Compendium suisse des médicaments. Par conséquent, le logiciel informatique ne détecte aucune interaction, car il ne contient pas de données sur la colchicine. Au vu de cette situation particulière et de la complexité de l'historique médicamenteux du patient, la littérature à disposition est consultée et une interaction potentielle entre la colchicine et le ritonavir est détectée [2].

Pour cette raison, il est décidé d'appeler le médecin de l'unité VIH de l'hôpital universitaire où est suivi le patient pour son infection au VIH, afin de confronter cette interaction potentielle au contexte du patient et d'évaluer le risque pour ce dernier. Le médecin prend contact avec la division de pharmacologie clinique de l'hôpital et rappelle finalement la pharmacie en recommandant vivement de ne pas délivrer la colchicine au patient.

Une nouvelle prescription antalgique est délivrée au patient, après entente entre le médecin du centre médical et le médecin infectiologue. Le cas est documenté à l'officine.

Commentaire

La colchicine est connue pour sa marge thérapeutique étroite. Elle est principalement utilisée dans le traitement et la prophylaxie de la crise aiguë de goutte. Son action antimitotique inhibe la migration et l'activité des granulocytes, déployant ainsi une activité anti-inflammatoire dans les articulations touchées [1]. La dose recommandée pour le traitement de la crise aiguë de goutte est d'une première prise de 1 à 1.2 mg per os, suivie de prises de 0.5 à 0.6 mg au maximum toutes les heures ou 1 à 1.2 mg au maximum toutes les deux heures jusqu'à un soulagement de la douleur ou l'apparition d'effets secondaires gastro-intestinaux, en limitant la dose totale à 4 à 8 mg maximum le premier jour, avec une dose maximale de 8 mg par crise [1]. Ainsi, les doses prescrites en pratique sont généralement de 3 mg le premier jour (1 mg matin, midi et soir), puis 2 mg les jours suivants jusqu'à une dose totale maximale de 8 mg. Or, des cas de décès ont été rapportés à des doses de 7 mg déjà [1]. De plus, en raison de sa toxicité cumulative, un nouveau traitement de colchicine ne devrait pas être entrepris avant au moins sept jours. Les symptômes d'intoxication les plus fréquents à la colchicine sont des nausées, des vomissements et des diarrhées, mais peuvent aller jusqu'au décès [1,3].

La colchicine est métabolisée par le cytochrome P450 3A4/5 (CYP 3A4/5) [1,2]. Or, dans le cas présenté ici, l'activité du CYP 3A4/5 est fortement inhibée par le ritonavir. Des concentrations plasmatiques de colchicine plus élevées et potentiellement toxiques auraient pu être atteintes si le médicament avait été délivré et administré selon la prescription.

Cette interaction potentielle a pu être décelée à temps grâce à la consultation de l'historique du patient et de la littérature, et ce malgré l'absence de détection par le système informatique. Même si la littérature n'a rapporté à ce jour aucun cas d'interaction entre la colchicine et le ritonavir, on y trouve tout de même des rapports de cas d'interactions entre la colchicine et d'autres inhibiteurs du CYP 3A4/5 [1].

*par ex. en France, Colchicine Houdé®

En l'absence de données, la prudence prévaut et l'on doit se baser sur des données théoriques (in vitro) ou extrapolées (cas rapportés avec d'autres inhibiteurs du CYP 3A4/5) [1].

A noter que la colchicine est également un substrat de la glycoprotéine-P (P-gp) et peut donc voir son effet augmenter par des médicaments inhibiteurs de cette P-gp [4,5]. Elle est également éliminée par voie rénale et la posologie doit donc être ajustée en cas d'insuffisance rénale [1].

Il convient d'être particulièrement vigilant lors de la réception d'une ordonnance avec de la colchicine, de vérifier la posologie et surtout de consulter avec attention l'historique du patient. Le pharmacien devrait en outre se renseigner oralement auprès du patient sur les éventuelles autres médications qui ne se trouveraient pas dans son historique. Le patient devrait également être sensibilisé et informé sur les éventuels symptômes d'intoxication qui pourraient survenir. ▮

Références

[1] Thomson Micromedex. www.thomsonhc.com. Dernière consultation le 02.06.2009.

[2] Interactions médicamenteuses et cytochromes P450 (Service de pharmacologie des HUG) : http://pharmacoclin.hug-ge.ch/_library/pdf/cytp450.pdf. Dernière consultation le 14.05.2009.

[3] Pharmacologie clinique, bases de la thérapeutique, 2e édition, Expansion scientifique française, 1988.

[4] Matheny CJ et al. Pharmacokinetic and pharmacodynamic implications of P-glycoprotein modulation. Pharmacotherapy. 2001; 21(7): 778–796.

[5] Gutmann H et al, L'importance de la P-glycoprotéine pour le traitement médicamenteux. pharmaJournal. 2002; 19: 666-668.

Adresses de correspondance

Marc Mattiuzzo
Muriel Martinet-Bonzon
Pharmacie Miserez
Rue de la Gare 4
1030 Bussigny-près-Lausanne

Dr Bertrand Guignard, pharmacien HUG

Ce cas a été rencontré lors du stage en officine de l'auteur principal, dans le cadre de l'année d'assistanat.

Flash



Wider die babylonische Sprachverwirrung

Kürzlich hat der deutsche Informationsdienst «Apotheke adhoc» gemeldet, «Apotheken in New York müssen künftig Übersetzungen für Kunden mit geringen Englischkenntnissen anbieten. Der Stadtrat der Metropole hat jetzt (…) ein entsprechendes Gesetz beschlossen und reagiert damit auf die zunehmende Sprachenvielfalt in der Stadt. Die Apotheken müssen dem Gesetz zufolge Packungsangaben sowie die Informationen zu Dosierung und Sicherheit in sieben Sprachen vorrätig halten. (…) Ausserdem müssen die Kunden bei Bedarf auch mündlich in den Sprachen informiert werden. Kleinere Apotheken sind von den Auflagen befreit. (…) Allerdings sind sie verpflichtet, Patienten drei benachbarte Apotheken zu nennen, die Übersetzungen anbieten.» Für New-York-Besucher: Französisch und Italienisch gehören zu den geforderten Sprachen, nicht aber Deutsch.

In der mehrsprachigen Schweiz ist es seit langem selbstverständlich, dass Unterlagen und Auskünfte in mehreren Sprachen erhältlich sind. Mit der zunehmenden Migration und den vielen Asylsuchenden aus aller Welt hat sich aber auch die Schweiz sprachlich weiter öffnen müssen. Im Umgang mit Flüchtlingen und Asylbewerbern sind vor allem Behörden und Gesundheitsinstitutionen gefordert; letztere haben die nicht immer leichte Aufgabe, neben kulturellen auch sprachliche Hürden überwinden zu müssen. Einmal mehr sind hier die Apotheker wegweisend: Axapharm stellt die Packungsbeilagen ihrer Generika in zehn verschiedenen Sprachen zur Verfügung. Eine grosse Hilfe ist auch www.migesplus.ch, eine Website, die im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit durch das Schweizerische Rote Kreuz aufgebaut worden ist (vgl. auch pharmaJournal 5/09). Dort können verschiedenste Broschüren von diversen Institutionen zu zahlreichen Bereichen im Gesundheitswesen meist kostenlos bestellt bzw. als PDF heruntergeladen werden, so zum Beispiel zu den Themen «Kind & Gesundheit», «Frau & Gesundheit», «Gesundheit & Prävention». Seit kurzem ist die Broschüre «Bewegung ist Leben» in der neunten Sprache, nämlich in Tamil erhältlich.

Christa Rüedi

Remédier aux confusions linguistiques

Récemment, le service d'information allemand «Apotheke adhoc» a publié la nouvelle suivante: «Les pharmacies de New York doivent désormais proposer des traductions aux clients qui ne disposent pas de connaissances suffisantes en anglais. Le gouvernement de la métropole vient d'adopter une loi (…) et s'adapte ainsi à la multiplicité des langues qui y coexistent. D'après la loi, les pharmacies doivent disposer d'emballages et d'informations concernant la posologie et la sécurité des médicaments dans sept langues différentes. (…) En outre, les clients doivent aussi pouvoir être informés oralement au besoin. Les petites pharmacies sont exemptées. (…) Elles ont toutefois l'obligation de signaler aux patients trois pharmacies toutes proches qui proposent des traductions.» Pour les futurs visiteurs, il peut être intéressant de savoir que le français et l'italien font partie des langues exigées, mais pas l'allemand.

La Suisse, qui compte trois langues officielles, est habituée depuis bien longtemps à devoir fournir des documents et des renseignements en plusieurs langues. Face à l'augmentation des requérants d'asile venus du monde entier, la Suisse a cependant aussi dû s'adapter et faire preuve d'ouverture. Les autorités et les institutions de santé sont particulièrement mises à contribution dans leurs contacts avec les réfugiés; elles ont la tâche d'autant moins facile qu'elles doivent faire face à des obstacles culturels mais aussi linguistiques. A ce niveau, les pharmaciens montrent une fois de plus la voie à suivre: Axapharm propose ainsi des notices d'emballage dans dix langues différentes pour ses génériques. Le site internet www.migesplus.ch, mis en place par la Croix-Rouge Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (cf. pharmaJournal 5/09) peut aussi être d'un précieux soutien. De très nombreuses brochures de diverses institutions peuvent y être téléchargées ou commandées gratuitement. Elles couvrent divers secteurs de la santé, dont voici un bref aperçu: «Enfant & Santé», «Femme & Santé», «Santé & Prévention». Depuis peu, la brochure «Le mouvement, c'est la vie» est disponible dans une neuvième langue, à savoir le tamil.

Christa Rüedi

Die Spannung steigt …

Andrea Hopmann

Das politische und das wirtschaftliche Umfeld verändern sich rasant und stellen die Apothekerinnen und Apotheker immer wieder vor neue Herausforderungen. Vor diesem spannenden Hintergrund reflektiert der Geschäftsbericht 2008 die Aktivitäten des Verbandes.

Der Geschäftsbericht von pharmaSuisse, der jeweils im Sommer verschickt wird, richtet sich an alle Mitglieder, Partner und an Medienschaffende. Darin präsentiert der Dachverband kurz und knapp die letztjährigen Aktivitäten und kommentiert die finanzielle Situation von pharmaSuisse. Das Bildkonzept und der Begleittext nehmen sich zudem eines spezifischen Themas an, das die Apothekerschaft im Berichtsjahr beschäftigt hat. So wurde z.B. 2007 das neue Apothekerkreuz thematisiert.

2008 steht nun das Spannungsfeld zwischen wirtschaftlichen und politischen Zwängen einerseits und dem ursprünglichen Apothekerhandwerk andererseits im Fokus des Geschäftsberichtes: Die aktuelle Wirtschaftskrise, eine regelrechte Sparwut im Gesundheitswesen, sinkende Marktanteile – da die Selbstdispensation zunimmt – und wachsende Umsatzzahlen des Versandhandels bilden das Umfeld, in dem sich die Apotheker zurzeit bewegen. In diesem Umfeld diskutierten 2008 die Mitarbeitenden und Mitglieder von pharmaSuisse Themen wie «Qualitätssicherung» und «Vernetzung» intensiv.

Vernetzung

Der Dachverband durfte Anfang September 2008 in Basel die International Pharmaceutical Federation FIP begrüssen und konnte als Gastgeber neue Kontakte knüpfen aber auch bestehende auffrischen und vertiefen. An der FIP 2008 waren gefälschte Medikamente, deren kriminelle Herstellung sowie deren betrügerischer Handel die herausragenden Themen.

Die Schweiz profitiert von diesen internationalen Netzwerken. So hat pharmaSuisse über die Grenzen geschaut und ausländische Strategien dem schweizerischen Bedarf angepasst und verfeinert. Mit Projekten wie «Stop Piracy» hat pharmaSuisse zusammen mit Partnern branchenübergreifend gezeigt, was Fälschungen anrichten können und wie sie zu bekämpfen sind. Darüber wurde in den Medien intensiv berichtet.

Qualitätssicherung

pharmaSuisse hat zudem innovative Projekte zu einer besseren Durchimpfung der Bevölkerung lanciert und Screenings für Herzinfarktrisiken propagiert. In Qualitätszirkeln wurde gezeigt, wie die Kooperation von Arzt und Apotheker zum Wohle der Patienten optimiert werden kann. Und pharmaSuisse hat die Dienstleistung der Apotheke in einem weiteren Rahmenvertrag mit den Krankenversicherern gefestigt.

Die Zukunft beginnt jetzt

Es bleibt jedoch keine Zeit für eine allzu lange Rückschau. Das Gesundheitswesen entwickelt sich schnell. Die verlorene Abstimmung im Kanton Zürich ist ein deutliches Warnzeichen. pharmaSuisse muss die Politik mit Lösungen versorgen, Partner mit einleuchtenden Argumenten gewinnen und Patienten durch Qualität überzeugen. Nur so kann garantiert werden, dass auch in Zukunft die Apothekerschaft als ein wichtiger Keyplayer im Gesundheitswesen wahr- und ernstgenommen wird. ▮



Korrespondenzadresse
Andrea Hopmann, PR-Redaktorin pharmaSuisse
E-Mail: andrea.hopmann@pharmasuisse.org

La tension monte …

Andrea Hopmann

Les contextes politique et économique évoluent à une vitesse folle et placent régulièrement les pharmaciens devant de nouveaux défis. C'est sur cette toile de fond captivante que le rapport annuel 2008 reflète les activités de la société faîtière.

Le rapport annuel de pharmaSuisse est envoyé chaque été à tous les membres, ainsi qu'aux partenaires et aux médias. La société faîtière y présente de façon concise les activités de l'année précédente et commente la situation financière de pharmaSuisse. Les illustrations et le texte qui l'accompagne se concentrent sur un sujet qui a accaparé les pharmaciens pendant l'année sous revue. En 2007, la nouvelle croix des pharmaciens a par exemple été thématisée.

En 2008, le rapport annuel se focalise sur le conflit entre contraintes politiques et économiques d'une part et mission initiale des pharmaciens d'autre part. Crise économique, recherche d'économies à tout prix dans le système de santé, baisse des parts de marché – en raison de l'extension de la dispensation médicale – et augmentation des recettes de l'envoi postal. Voici le contexte dans lequel évoluent actuellement les pharmaciens. En 2008, les collaborateurs et les membres de pharmaSuisse ont donc discuté intensément de sujets comme la «garantie de la qualité» et la «constitution de réseaux».

Réseautage

Début septembre 2008, la société faîtière a accueilli le congrès de la FIP à Bâle qui lui a permis de nouer de nouveaux contacts, mais aussi de rafraîchir voire d'en approfondir d'anciens. Les contrefaçons de médicaments, leur fabrication criminelle et leur commerce frauduleux ont été les thèmes centraux de la FIP 2008.

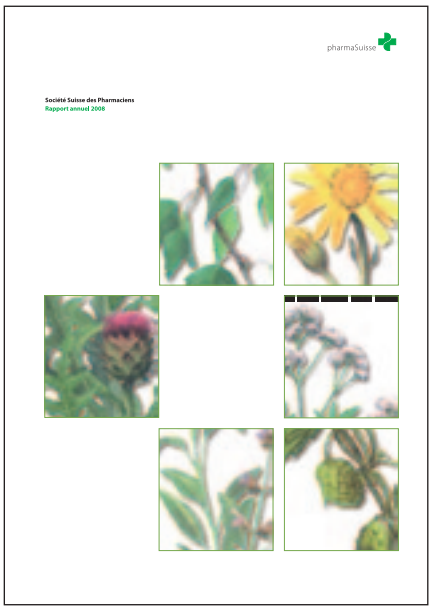
La Suisse profite de ces réseaux internationaux. pharmaSuisse a par exemple regardé au-delà de ses frontières, puis adapté des stratégies étrangères aux besoins du marché suisse. Avec des partenaires d'autres branches, pharmaSuisse a en outre montré, lors de l'action «Stop Piracy», quels méfaits les contrefaçons pouvaient provoquer et comment ces dernières pouvaient être combattues. Les médias en ont abondamment fait mention.

Assurance qualité

pharmaSuisse a par ailleurs lancé des projets novateurs pour une meilleure couverture vaccinale de la population et proposé des dépistages des risques cardiovasculaires. Les cercles de qualité ont montré de quelle façon la coopération entre médecins et pharmaciens pouvaient être optimisée pour le bénéfice des patients. De son côté, pharmaSuisse a renforcé les prestations des pharmaciens en signant une nouvelle convention tarifaire avec les caisses-maladie.

L'avenir commence aujourd'hui

Il n'est toutefois pas possible de s'attarder trop longtemps sur le passé. Le système de santé évolue rapidement. La votation perdue dans le canton de Zurich doit être considérée comme un sérieux avertissement. pharmaSuisse doit proposer des solutions à la politique, acquérir de nouveaux partenaires en leur présentant des arguments pertinents et convaincre les patients par la qualité de leurs prestations. C'est le seul moyen pour les pharmaciens d'assumer un rôle central dans le système de santé et d'être pris au sérieux à l'avenir. ▮



Adresse de correspondance
Andrea Hopmann, rédactrice de relations publiques de pharmaSuisse
E-mail: andrea.hopmann@pharmasuisse.org

Homöopathie in der Apotheke

Wie Globuli zähes Schwitzen beenden

Marie-Claude Frey



Pulsatilla

Dieser Fall erbringt den Nachweis, dass die Verabreichung eines einzigen homöopathischen Mittels es ermöglicht, unangenehme, durch Emotionen verursachte Symptome positiv zu beeinflussen.

Frau M. fragt mich im Januar 2006, ob die Homöopathie ihr helfen kann, denn seit langem leidet sie an einem übermässigen Schwitzen, das ihr hart zusetzt.

Umstandssymptome

Die Schweissabsonderung hängt mit angespannten zwischenmenschlichen Beziehungen zusammen, insbesondere den Beziehungen zu den Kunden ihres Geschäftes oder zu ihren Eltern. Kommt sie mit jemandem ins Gespräch, so fängt sie an, in den Achselhöhlen, an den Füssen und im Schritt stark zu schwitzen. Das kommt daher, dass sie ihren Standpunkt nie zu erklären vermag: «Ich verfälsche alles, was ich sage, was ich wirklich will, kann ich nicht aussprechen, ich bin zu gutmütig.»

Geistige Symptome

Sie ist reizbar und vor der Monatsblutung neigt sie zum Weinen und zwar derart, dass sie dann keine wichtigen Entscheidungen mehr trifft.
Beim Aufwachen ist ihr Kopf total verwirrt, sie weiss nicht mehr, wo sie sich befindet, kann sich nicht mehr in der Zeit orientieren.
Wenn sie Kummer hat, schätzt sie sehr, dass ihr Mann sie tröstet.
Ihre Laune wechselt oft, auf und ab.

Allgemeine Symptome

Zeitweise ist sie sehr müde.

Wünsche und Abneigungen beim Essen

Sie mag über alles Eiscreme und Feingebäck mit Rahm. Sie hat auch Teigwaren, Apfelmus, Orangensaft und Alkohol gern.

Lokale Symptome

Sie leidet ebenfalls an Übelkeit und Kopfschmerzen, die sie wie einen Riegel vor der Stirn empfindet, gerade wenn sie sich zum Konsum von Eiscreme und Feingebäck hinreissen lässt.

Jedes Mal wenn sie Schnupfen oder eine Sinusitis hat, verliert sie den Geschmack- und Geruchsinn und dieser Zustand dauert dann lange an; ihre Nase verstopft sich, wenn sie von der Wärme in die Kälte überwechselt. Sie hat auch Polypen in der Nase. Sie ist heuschnupfenallergisch und niest dabei sehr stark.

Was ihre Frauenbeschwerden betrifft, können keine Mittel ihre menstrualen Schmerzen lindern, die sie abwechselnd drängend, zerrend oder reissend am Unterleib empfindet, die bis in die Hüften und Knie ausstrahlen, verbunden mit einem komischen Geschmack im Mund. Sie sagt selber, dass sich ihre Symptome jeden Tag ändern.

Analyse

Als massgebend berücksichtige ich folgende Symptome und ich nehme eine Repertorisation von Hand mit Synthesis 8.1 vor:

→ Psy, versöhnlich, gibt leicht nach, S. 40.
→ Psy, Verwirrung beim Aufwachen, S. 45.
→ Psy, Tröstung verbessert, S. 46.
→ Psy, wechsellaunig, S. 93.
→ Allgemein, Nahrung und Getränke, Lust auf Eiscreme, S. 1895.
→ Allgemein, Nahrung und Getränke, Eiscreme, verschlechtert, S. 1895.
→ Allgemein, Nahrung und Getränke, Feingebäck, ver., S. 1899.
→ Allgemein, widersprüchliche und abwechselnde Zustände, S. 1926.
→ Allgemein, Temperaturänderung, S. 2042.
→ Kopf, Schmerzen nach Essen, nach übermässigem Essen, S. 346.
→ Abdomen, Schmerzen, Hypogastrium während Monatsblutung, S. 905.

Pulsatilla kommt bei sämtlichen Symptomen vor und kommt als erstes Mittel in der Repertorisation.

Eine Dosis Pulsatilla MK wird der Patientin verabreicht. Ich wähle wegen dem psychischen Ursprung der Beschwerden eine durchschnittliche Potenz.

Entwicklung

Unmittelbar nach der Einnahme der Dosis niest die Patientin, empfindet dann Schmerzen auf der linken Seite des Leibes, Kopfweh und eine übermässige Müdigkeit. Diese Symptome verschwinden nach zwei Tagen.

Das Merkwürdigste dabei ist, dass es ihr nun gelingt, das auszudrücken, was sie will, wenn sie sich mit Leuten unterhält. Sie trifft in ihrer Arbeit wichtige Entscheidungen und bittet ihren Mann, sie von Verantwortungen, die ihr nicht passen, zu entlasten, was ihr vorher nicht gelungen war.

Ende Januar 2006 hält die Besserung an, Geschmack und Geruch kommen wieder, aber die Schweissabsonderungen sind immer noch stark. Da nimmt sie eine zweite Dosis Pulsatilla MK.

Mai 2006: sie sagt, dass sie nicht mehr schwitzt ausser vor der Regel, aber sie klagt über Unentschlossenheit. Eine dritte Dosis Pulsatilla MK wird verabreicht.

Juli 2006: sie schwitzt gar nicht mehr, ist vor der Regel nicht mehr reizbar, ihr geistiger Zustand ist perfekt.

Beim erneuten Besuch im März 2009 beklagt sie sich über einen Hautausschlag mit Juckreiz am Hals, mit Beginn einer Pharyngitis. Parallele Symptome: eine grössere, dickflüssige weisse und gelbe, aber nicht reizende Absonderung an den Augen, Verlust des Geschmack- und Geruchsinnes. Unmittelbar vor dieser Erkrankung gibt sie dem Wunsch, einen Bienenstich zu essen, nach. Sie nimmt eine Dosis Pulsatilla 200K.

Nach einer Woche meldet sie, dass die Dosis wirke: Der Schnupfen und der Hautausschlag seien verschwunden, Geschmack und Geruch stellten sich wieder ein.

Das lästige Schwitzen bleibt nur noch als Erinnerung. ▮

Korrespondenzadresse
Marie-Claude Frey
Apothekerin
Kassiererin SAGH
E-Mail: mclfrey@bluewin.ch

Übersetzung
Marie-Claude Frey, Apothekerin, Kassiererin der SAGH
E-Mail: mclfrey@bluewin.ch
in Zusammenarbeit mit Daniel Frey

Comment des granules peuvent venir à bout d'une transpiration irrépressible

Marie-Claude Frey

Ce cas démontre que l'administration d'une dose d'un seul remède homéopathique permet d'influencer positivement des symptômes désagréables liés à des problèmes émotionnels.

Mme M. demande en janvier 2006 si l'homéopathie peut l'aider, car elle souffre depuis longtemps d'une transpiration excessive qui la gêne énormément.

Symptômes circonstanciels

Sa transpiration est liée à un stress relationnel, notamment avec les clients de son commerce ou au téléphone avec ses parents. Dès qu'elle parle à quelqu'un, elle commence à transpirer abondamment au niveau des aisselles, des pieds et de l'entre-jambe. Cela est dû au fait qu'elle n'arrive jamais à expliquer son point de vue: «Je trahis ce que je veux vraiment, mais n'arrive pas à dire; je suis trop gentille.»

Symptômes mentaux

Elle est irritable et sujette aux pleurs avant ses règles à tel point qu'elle ne prend plus de décisions importantes à ces moments-là.

Son esprit est totalement confus au réveil. Elle ne sait plus où elle se trouve, n'a plus de repères temporels.

Lorsqu'elle a du chagrin, elle apprécie beaucoup que son mari la console.

Son humeur est très changeante, en dents de scie.

Symptômes généraux

Par période, elle est très fatiguée.

Désirs et aversions alimentaires

Elle raffole de crèmes glacées et de pâtisseries à la crème. Elle aime bien aussi les pâtes, la purée de pommes, le jus d'orange et l'alcool.

Symptômes locaux

Elle souffre également de nausées et de céphalées, ressenties comme une barre au niveau du front lorsqu'elle mange précisément ce qui la fait craquer, c'est-à-dire les glaces et les pâtisseries.

A chaque fois qu'elle a un rhume ou une sinusite, elle perd le goût et l'odorat et cet état dure longtemps ensuite; son nez se bouche au passage du chaud au froid. Elle a aussi des polypes dans le nez. Allergique, elle éternue beaucoup en période de rhume des foins.

Au niveau gynécologique, rien ne peut soulager ses douleurs menstruelles, ressenties au niveau du bas-ventre. Tour à tour serrantes, tiraillantes ou déchirantes, elles s'étendent vers la taille et les genoux, et sont associées à un goût bizarre dans la bouche. Elle dit elle-même que ses symptômes changent d'un jour à l'autre.



Pulsatilla

Analyse

Je retiens les symptômes suivants et effectue une répertorisation à la main avec le répertoire Synthesis, édition 8.1.

→ Psy, conciliant, cède facilement, p. 40.
→ Psy, confusion d'esprit au réveil, p. 45.
→ Psy, consolation améliore, p. 46.
→ Psy, humeur changeante, p. 93.
→ Généraux, aliments et boissons, désir de crème glacée, p. 1895.
→ Généraux, aliments et boissons, crème glacée, aggravation, p. 1895.
→ Généraux, aliments et boissons, pâtisserie, aggravation, p. 1899.
→ Généraux, états contradictoires et alternants, p. 1926.
→ Généraux, changements de température, p. 2042.
→ Tête, douleur, après manger, après excès alimentaires, p. 346.
→ Abdomen, douleur, hypogastre pendant les règles, p. 905.

Le remède Pulsatilla est présent dans tous les symptômes et arrive en tête de la répertorisation.

Une dose de Pulsatilla MK est délivrée à la patiente. Je choisis une dilution moyenne, car l'origine des plaintes est psychique.

Évolution

Immédiatement après avoir absorbé la dose, la patiente éternue, puis elle ressent une douleur à gauche de l'abdomen, une céphalée et une énorme fatigue. Tous ces symptômes disparaissant au bout de deux jours.

Mais le plus remarquable est qu'elle arrive enfin à exprimer ce qu'elle veut lorsqu'elle parle aux autres. Elle prend des décisions importantes dans le cadre de son travail et demande à son mari de la décharger de responsabilités qui ne lui conviennent pas, ce qu'elle n'avait pas compris auparavant.

Fin janvier 2006, ces améliorations persistent, le goût et l'odorat sont revenus, mais la transpiration gênante est toujours là. Elle reçoit une deuxième dose de Pulsatilla MK.

Mai 2006: elle signale qu'elle ne transpire plus, sauf avant les règles, mais se plaint d'irrésolution. Une troisième dose de Pulsatilla MK est prescrite.

Juillet 2006: elle ne transpire plus du tout, n'est plus irritable avant ses règles, et son mental est parfait.

Revue en mars 2009, elle se plaint d'une éruption avec prurit au niveau du cou, apparue en même temps qu'une pharyngite. Symptômes concomitants: un écoulement important, blanc-jaunâtre, épais, non irritant au niveau des yeux, ainsi qu'une perte du goût et de l'odorat. Juste avant de tomber malade, elle cède au désir de manger un nid d'abeille. Elle prend une dose de Pulsatilla 200K.

Une semaine après, elle annonce que la dose est efficace: le rhume et l'éruption ont disparu, le goût et l'odorat sont revenus.

La transpiration gênante n'est plus qu'un mauvais souvenir. ▮

Adresse de correspondance
Marie-Claude Frey
Pharmacienne
Caissière OSPH
E-mail: mclfrey@bluewin.ch

Sie leidet ebenfalls an Übelkeit und Kopfschmerzen, die sie wie einen Riegel vor der Stirn empfindet, gerade wenn sie sich zum Konsum von Eiscreme und Feingebäck hinreissen lässt.

Jedes Mal wenn sie Schnupfen oder eine Sinusitis hat, verliert sie den Geschmack- und Geruchsinn und dieser Zustand dauert dann lange an; ihre Nase verstopft sich, wenn sie von der Wärme in die Kälte überwechselt. Sie hat auch Polypen in der Nase. Sie ist heuschnupfenallergisch und niest dabei sehr stark.

Was ihre Frauenbeschwerden betrifft, können keine Mittel ihre menstrualen Schmerzen lindern, die sie abwechselnd drängend, zerrend oder reissend am Unterleib empfindet, die bis in die Hüften und Knie ausstrahlen, verbunden mit einem komischen Geschmack im Mund. Sie sagt selber, dass sich ihre Symptome jeden Tag ändern.

Analyse

Als massgebend berücksichtige ich folgende Symptome und ich nehme eine Repertorisation von Hand mit Synthesis 8.1 vor:

→ Psy, versöhnlich, gibt leicht nach, S. 40.
→ Psy, Verwirrung beim Aufwachen, S. 45.
→ Psy, Tröstung verbessert, S. 46.
→ Psy, wechsellaunig, S. 93.
→ Allgemein, Nahrung und Getränke, Lust auf Eiscreme, S. 1895.
→ Allgemein, Nahrung und Getränke, Eiscreme, verschlechtert, S. 1895.
→ Allgemein, Nahrung und Getränke, Feingebäck, ver., S. 1899.
→ Allgemein, widersprüchliche und abwechselnde Zustände, S. 1926.
→ Allgemein, Temperaturänderung, S. 2042.
→ Kopf, Schmerzen nach Essen, nach übermässigem Essen, S. 346.
→ Abdomen, Schmerzen, Hypogastrium während Monatsblutung, S. 905.

Pulsatilla kommt bei sämtlichen Symptomen vor und kommt als erstes Mittel in der Repertorisation.

Eine Dosis Pulsatilla MK wird der Patientin verabreicht. Ich wähle wegen dem psychischen Ursprung der Beschwerden eine durchschnittliche Potenz.

Entwicklung

Unmittelbar nach der Einnahme der Dosis niest die Patientin, empfindet dann Schmerzen auf der linken Seite des Leibes, Kopfweh und eine übermässige Müdigkeit. Diese Symptome verschwinden nach zwei Tagen.

Das Merkwürdigste dabei ist, dass es ihr nun gelingt, das auszudrücken, was sie will, wenn sie sich mit Leuten unterhält. Sie trifft in ihrer Arbeit wichtige Entscheidungen und bittet ihren Mann, sie von Verantwortungen, die ihr nicht passen, zu entlasten, was ihr vorher nicht gelungen war.

Ende Januar 2006 hält die Besserung an, Geschmack und Geruch kommen wieder, aber die Schweissabsonderungen sind immer noch stark. Da nimmt sie eine zweite Dosis Pulsatilla MK.

Mai 2006: sie sagt, dass sie nicht mehr schwitzt ausser vor der Regel, aber sie klagt über Unentschlossenheit. Eine dritte Dosis Pulsatilla MK wird verabreicht.

Juli 2006: sie schwitzt gar nicht mehr, ist vor der Regel nicht mehr reizbar, ihr geistiger Zustand ist perfekt.

Beim erneuten Besuch im März 2009 beklagt sie sich über einen Hautausschlag mit Juckreiz am Hals, mit Beginn einer Pharyngitis. Parallele Symptome: eine grössere, dickflüssige weisse und gelbe, aber nicht reizende Absonderung an den Augen, Verlust des Geschmack- und Geruchsinnes. Unmittelbar vor dieser Erkrankung gibt sie dem Wunsch, einen Bienenstich zu essen, nach. Sie nimmt eine Dosis Pulsatilla 200K.

Nach einer Woche meldet sie, dass die Dosis wirke: Der Schnupfen und der Hautausschlag seien verschwunden, Geschmack und Geruch stellten sich wieder ein.

Das lästige Schwitzen bleibt nur noch als Erinnerung. ▮

Korrespondenzadresse
Marie-Claude Frey
Apothekerin
Kassiererin SAGH
E-Mail: mclfrey@bluewin.ch

Übersetzung
Marie-Claude Frey, Apothekerin, Kassiererin der SAGH
E-Mail: mclfrey@bluewin.ch
in Zusammenarbeit mit Daniel Frey



realize
shopfitting by umdasch



WIRKUNGSVOLLE APOTHEKENKONZEPTE MIT ZUKUNFT.

Dafür gibt es keine Standard-Rezepte, sondern individuell auf die Apotheke, den Standort und die Kundschaft zugeschnittene Lösungen, die persönliche Vorstellungen, Konkurrenzsituation und Marketingkonzepte berücksichtigen.

UMDASCH SHOP-CONCEPT AG
CH-5036 OBERENTFELDEN
TEL. 062 737 25 25, FAX 062 737 25 50,
USCO@UMDASCH.COM

UMDASCH SHOP-CONCEPT SA
CH-1020 RENENS
TEL. 021 633 20 90, FAX 021 633 20 99
BUREAU-ROMANDIE@UMDASCH.COM

DES PHARMACIES D'AVENIR GRÂCE À DES CONCEPTS EFFICACES.

La recette standard n'existe pas! L'essentiel est de créer une pharmacie à la mesure de sa clientèle et de son emplacement tout en tenant compte des attentes personnelles, de la situation compétitive et des concepts de marketing.

WWW.UMDASCH-SHOP-CONCEPT.COM
Member of the Umdasch Shopfitting Group

UMDASCH
SHOP – CONCEPT



bei rheumatischen Muskel- und Gelenkschmerzen sowie Ekzemen



Gebro Pharma

Soufrol® Schwefel-Öl-Bad (Mesulfen). I: Rheumatische Erkrankungen der Muskeln und Gelenke. Akne, Ekzeme. **KI:** Säuglinge und Kleinkinder. **V:** Herz- und Kreislaufstörungen, Hypertension, Tuberkulose. **UAW:** Bisher keine bekannt. **P:** 150 ml*, 300 ml, 800 ml*. ***kassenzulässig. Liste D. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Arzneimittelkompendium der Schweiz. Gebro Pharma AG, CH - 4410 Liestal. www.gebro.ch**

Leserbrief

ALLHAT – wenn mit Mortalitätsstudien Politik gemacht wird

Die ALLHAT-Studie ist mit ursprünglich über 42 000 Patienten die bisher grösste Mortalitätsstudie im Bereich Hypertonie. Sie wurde an einer Pressekonferenz am 17. Dezember 2002 präsentiert und in zwei Originalartikeln publiziert (JAMA 2002, Dec 18; 288(23): 2981–97, 2998–3007). Die Ergebnisse sowie deren Interpretation durch die Hauptprüfärzte und Sponsoren der Studie (NHLBI-NIH) scheinen auf den ersten Blick revolutionär: Die günstigen Diuretika sollen in der Prävention von kardiovaskulären Komplikationen bei Hypertonikern den neuen und teureren Blutdrucksenkern überlegen sein. Dementsprechend gross ist nun in gewissen Kreisen die Enttäuschung, dass die Studie offenbar die medizinische Praxis trotzdem nicht beeinflusst hat. Diese Enttäuschung führt unter anderem zu Artikeln wie demjenigen aus der New York Times, welcher im November 2008 erschien und in der letzten Nummer des pharmaJournals teilweise abgedruckt wurde.

Leider erwähnte der Artikel der New York Times offenbar mit keinem Wort die enormen Qualitätsdefizite von ALLHAT. Ich habe keine grosse Studie erlebt, welche sogar an internationalen Kongressen dermassen heftig kritisiert wurde, z. B. am Kongress der European Society of Cardiology 2003 in Wien. Die Mängelliste bei ALLHAT ist lang: Es fängt damit an, dass hinsichtlich des primären kombinierten Endpunktes nach 5 Jahren keine signifikanten Unterschiede festgestellt wurden. Dadurch dürfen aber auch die wenigen signifikanten Unterschiede bei den sekundären Endpunkten von ALLHAT gar nicht berücksichtigt oder beworben werden. Solche «Machenschaften» werfen Pharmakritiker der Industrie oft vor, und genau dies machten aber auch die behördlich gesponserten Prüfärzte von ALLHAT. Zur Verfälschung der Ergebnisse führten im weiteren die fehlende Dosisäquivalenz im Vergleich Diuretikum vs. ACE-Hemmer, dann die für ein solches Kollektiv enormen Blutdruckunterschiede von 2 bis 4mmHg (alleine damit erzielt man relative Risikoreduktionen von 15–20% – mein Tipp: Fragen Sie immer zuerst nach allfälligen Blutdruckunterschieden!), dann die zu kurze Studiendauer um allfällige metabolische Spätfolgen des Diuretikums zu erfassen, dann die Tatsache, dass das Studienmonitoring mangelhaft war, oder auch die ungenügende methodologische Qualität der Diagnose der Herzinsuffizienz.

Die ALLHAT-Studie steht alleine auf weiter Flur, im Widerspruch zu einer Unzahl von mehr oder weniger gut durchgeführten, ebenso gesponserten Mortalitätsstudien im Bereich der Hypertonie. Es ist sicher wichtig, dass der Apotheker und der Arzt ein kritisches Auge auf mögliche Interessenskonflikte von Studiensponsoren und insbesondere der Pharmaindustrie haben, aber genau dazu eignet sich die ALLHAT-Studie eben nicht! ▮

Dr. Christoph Küng, Lohn-Ammannsegg

Agenda 2009

September/septembre

10.–11. 59. Internationale Handelstagung, Zürich
16. Umdasch-Seminar: Ladengestaltung für Praktiker, Oberentfelden
17. Umdasch-Seminar: Ladendiebstahl LIVE! (frz.), Renens
17. Fachtagung der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung

Oktober/octobre

7. Collegium Hönggerberg, Forum Molekulare Wissenschaften, Zürich
7.–9. Topra 2009 Annual Symposium, Stockholm
21. Umdasch-Seminar: Kaufgefühle, Oberentfelden
22. Umdasch-Seminar: Kaufgefühle, Oberentfelden

Den Veranstaltungskalender finden Sie auch auf www.pharmaSuisse.org unter Pharmazie&Fachpublikum → Beruf Apotheker → Fortbildung FPH/Weiterbildung FPH → Veranstaltungskalender
Le calendrier des manifestations se trouve également sur www.pharmasuisse.org, sous Pharmaciens&Politique → Profession pharmacien → Formation postgraduée/Formation continue → Calendrier des manifestations.

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH**

Manifestations reconnues par la FPH officine (O), hôpital (H) et homéopathique (HOM)

Date	O/H/ Hom	titre	organisateur	lieu	heure	informations	PC/ Module	numéro d'identification	prix
Septembre									
à partir de 10.09.	O/H	Comment traiter les hyperlipidémies au quotidien (étude de cas online)	pnn pharma nation network ag	www.online-academy.ch		Tél. 044 225 15 00 online-academy@pnn.ch	6.25	**1**-162-73-09-P6.25	abonnement annuel 180.–/année
17.09.	O	Urgenze psichiatriche nello studio medico	OFCT	Mendrisio	12.30	Tél. 091 922 68 66 segretariato@ofct.ch	9	**1**-10-50-09-P9	gratuit
17.09.	O/H	Physiologie de la douleur et implication pour la médecine aigue	CHUV	Lausanne	12.15–13.00	Andre.Pannatier@chuv.ch	6.25	**1**-103-400-09-P6.25	gratuit
24.09.	O/H	Les états confusionnels	CHUV	Lausanne	12.15–13.00	Andre.Pannatier@chuv.ch	6.25	**1**-103-401-09-P6.25	gratuit
Octobre									
01.10.	O/H	Bénéfice/risque des bisphosphonates à long terme	CHUV	Lausanne	12.15–13.00	Andre.Pannatier@chuv.ch	6.25	**1**-103-402-09-P6.25	gratuit
08.10.	O/H	Pharmacocinétique et pharmacogénétique des antimalariques	CHUV	Lausanne	12.15–13.00	Andre.Pannatier@chuv.ch	6.25	**1**-103-403-09-P6.25	gratuit
08.10.	O	CVI L'endoscopie digestive-ça fait mal?	CAP	Genève	20.15	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	16.5	**1**-2-153-09-P16.5	Membres du CAP: 30.– Non-membres: 40.–
08.10.	O	Manifestation de formation Epilepsie	Schweiz. Liga gegen Epilepsie	Lugano	17.00–19.00	Tél. 043 488 67 77 info@epi.ch	16.5	**1**-252-14-09-P16.5	gratuit
08.10.	O	Mieux comprendre les médicaments: le système gastro-intestinal	Université de Genève et Lausanne	Lausanne	20.00–22.00	Tél. 022 379 78 33 www.unige.ch/formcont	16.5	**1**-91-206-09-P16.5	50.–
13.10.	O	Affections oculaires à l'officine et dans le monde	Société de pharmaciens du canton de Fribourg	Fribourg	19.30	www.pharmacies fribourg.ch	12.5	**1**-210-04-09-P12.5	gratuit

Nous vous demandons de conserver le calendrier des manifestations FPH car les dates de ces manifestations ne seront mentionnées qu'une seule fois dans le pharmaJournal.
Domaines de compétences (correspond au 1er chiffre du numéro d'identification)
1: Compétences pharmaceutiques 2: Compétences en santé communautaire 3: Compétences en gestion 4: Compétences personnelles

FPH-anerkannte Veranstaltungen im Bereich Offizin (O)- und Spitalpharmazie (S) sowie klassischer Homöopathie (H)

Datum	O/S/ H	Titel	Veranstalter	Ort	Zeit	Informationen	KP/ Modul	ID-Nummer	Preis
September									
ab 10.09.	O/S	Umgang mit erhöhten Cholesterinwerten im Alltag (online Fallstudie)	pnn pharma nation network ag	www.online-academy.ch		Tel. 044 225 15 00 online-academy@pnn.ch	6.25	1-162-73-09-P6.25	Jahresabo 180.–/Jahr
Oktober									
15.10.	O	Gesprächstechniken und Konfliktlösungen für den Alltag (Modul II)	SPA AG	Winterthur	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	50	3-7-50-09-P50	650.–
15.10.	O	Arbeitsrecht-Beendigung des Arbeitsverhältnisses	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-34-09-P50	590.–
15.–17.10.	O	Grundlagen und Praxis der Politik im Gesundheitswesen	Uni Bern	Bern	08.15	Tel. 031 631 32 11 health.administration@rw.unibe.ch	150	**2**-83-51-09-P150	1550.–
16.10.	O	Balaced Score Card-Qualitätsmanagement	TopPharm AG	Bern	13.30–17.30	Tel. 061 416 90 90 info@toppharm.ch	31	**3**-25-73-09-P31	350.–

→

17.10.	O	Biochemie des Stressstoffwechsels und Zuckerstoffwechsels	ebi-pharm ag	Olten	09.30–17.00	Tel. 031 828 12 22 office@ebi-pharm.ch	50	**1**-30-114-09-P50	120.–
19.10.	O	Arbeitsrecht-Fragen rund um den Lohn	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-33-09-P50	590.–
19.10.	O	Master of Using HEIDAK-Frau sein	Heidak AG	Emmen-brücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-02-09-P50	1950.–
20.10.	O	Häufige Probleme des Mannes	Agfam	Zürich	13.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-23-09-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
20.10.	O	COPD-oder wenn die Lunge schlapp macht	Pfizer AG	Basel	19.30–21.30	Tel. 071 914 70 40 pfizeracademy@sto.ch	16.5	**1**-113-15-09-P16.5	gratis
20.+21.10.	O	Sortiments- und Preispolitik	CAP	Gersau	09.00	Tel. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	100	**3**-2-24-09-P100	CAP-Mitglieder: 1200.– Nichtmitglieder: 1400.–
20.10.+ 17.11.	O	Interview-Technik	SPA AG	Bern	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-80-09-P100	1240.–
20.10.+ 23.11.	O	Finanzmanagement-wie beeinflussen Zahlen den Apothekenalltag?	Agfam	Zürich	08.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	100	**3**-1-33-09-P100	950.–
21.10.	O	Pädiatrie-ein Entwicklungs-zyklus Teil 1: Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder	Agfam	Bern	08.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	50	**1**-1-205-09-P50	380.– im 6er-Abonnement, 420.– als Einzelkurs
21.10.	O	Führen durch Empathie	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**4**-48-44-09-P50	590.–
21.10.	O	Hautinfektionen	medinform GmbH	Zürich	08.30–12.00	Tel. 044 994 75 61 mariannebeutler@medinform.ch	25	**1**-226-205-09-P25	200.–
21.10.	O	Profil, Marketing, Kommunikation	medinform GmbH	Zürich	13.30–17.00	Tel. 044 994 75 61 mariannebeutler@medinform.ch	25	**3**-226-206-09-P25	200.–
22.10.	O	Mitarbeiterführung-von Beginn an sicher (Modul III)	SPA AG	Winter-thur	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	50	**3**-7-7-09-P50	650.–
22.10.	O	Die Weisheit der 36 chine-sischen Strategeme als Führungswerkzeug	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**4**-48-45-09-P50	590.–
22.10.	O	Praxis-Workshop III: Verdauungsproblem	Torre Schweiz AG	auf Anfrage	09.00–18.00	Tel. 041 756 09 30 info@torre-schweiz.ch	50	**1**-63-920-09-P50	195.– bis 495.–
22.10.	O	Master of Using HEIDAK-Frau sein	Heidak AG	Emmen-brücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-02-09-P50	1950.–
22.10.	O	Workshop: Zeitmanagement	Monika Lauby Ausbildungs-beratung	Luzern	09.00–17.00	Tel. 061 691 00 00 info@lauby.ch	50	**4**-102-06-09-P50	460.–
22.10.	H	Praxis und Forschung	ZAKH	Zürich	18.15–20.45	www.zakh.ch	25	KH-02-22-09-P25	90.–
22.10.2009– 07.10.2010	O	Chinesische Arzneitherapie	SACAM	Zürich	13.30–17.30	Tel. 0844 200 200 info@sacam.ch	33.25/ Tag	**1**-284-3-09-P33.25	2800.–
23.10.	O	Alltägliche Probleme der Frau	Agfam	Zürich	08.30–12.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-22-09-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
23.10.	O	Professioneller Kundendienst	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-46-09-P50	590.–
24.10.	O	Konzept der homöopa-thischen Urtinkturen der CERES-Heilmittel AG	ebi-pharm ag	St. Gallen	09.30–17.00	Tel. 031 828 12 22 office@ebi-pharm.ch	50	**1**-30-44-09-P50	120.–
24.10.	H	Die Arznei, Arzneimittelbilder	BAKH	Bern	09.00–17.00	vorlesung_bakh@mac.com	50	KH-16-08-09-P50	2000.–/Jahr, Studenten: 300.–/Jahr
24.10.	H	Fachkurs Materia Medica	Spagyros AG	Bern	12.30–16.00	Tel. 031 959 55 88 kurse@spagyros.ch	50	KH-14-10-09-P50	107.60
24.+ 25.10.	H	Entwicklungsstörungen bei Kindern	Samuel Hahnemann Schule	Aarau	08.45–16.30	info@hahnemann.ch	100	KH-06-06-09-P100	400.–

Haben Sie Anregungen, Bemerkungen, Vorschläge zu Kursprogrammen oder einzelnen Kursen?
Wir freuen uns auf Ihr Feedback! Fax 031 978 58 59; kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Veuillez adresser vos remarques, suggestions et propositions concernant les programmes ou les divers cours à Madame Kathrin Zybach (fax 031 978 58 59; e-mail: kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Mitteilungen Communications

Sie haben das Zertifikat erhalten
Elles ont obtenu le certificat

pharmacy isas qms–pharma 2010 QMS

pharmaSuisse, der Schweizerische Apothekerverband,
gratuliert folgenden Apotheken und ihren Teams:

pharmaSuisse, la Société Suisse des Pharmaciens, félicite les équipes suivantes:

QMS-Apotheke 1. Audit
Bahnhof Apotheke Solothurn AG,
Hauptbahnhofstrasse 2, 4500 Solothurn
Neumarkt Apotheke-Drogerie,
Altstetterstrasse 145, 8048 Zürich
Pharmacie de la Cathédrale,
Grande Rue des Stuarts 42,
35120 Dol de Bretagne (France)
TopPharm Apotheke Ferrari GmbH,
Zürichstrasse 2, 4665 Oftringen

QMS-Apotheke 2. Audit (Auditerneuerung)
Altenburg-Apotheke,
Altenburgstrasse 51, 5430 Wettingen
Falken Apotheke,
Schaffhauserstrasse 473, 8052 Zürich
Leimbach Apotheke AG,
Leimbachstrasse 200, 8041 Zürich
Madretsch-Apotheke GmbH,
Brüggstrasse 2, 2500 Biel/Bienne
Pharmacie de Chailly SA,
avenue de Chailly 5, 1012 Lausanne
Pharmacie du Tilleul SA,
rue du 23-Juin 20, 2800 Delémont
Pharmacie du Val Terbi SA,
Rue du 23 Juin 53, 2822 Courroux
Saner Apotheke AG,
Hauptstrasse 20, 4242 Laufen
St. Gallus-Apotheke AG,
St. Galler Ring 177, 4054 Basel
TopPharm Apotheke Wülflingen,
Wülflingerstrasse 254, 8408 Winterthur
TopPharm Bälliz Apotheke + Drogerie AG,
Bälliz 42, 3600 Thun

QMS-Apotheke 3. Audit (Auditerneuerung)
Apotheke zur Bleiche, Bleicherweg 46,
8002 Zürich
Löwenapotheke,
Hauptstrasse 60, 5734 Reinach AG
St. Clara Apotheke, Coop Vitality AG,
Clarastrasse 22, 4058 Basel
TopPharm Wyna-Apotheke,
Hauptstrasse 16, 5726 Unterkulm
Zweier-Apotheke, Topwell-Apotheken AG,
Birmensdorferstrasse 155, 8003 Zürich

QMS-Apotheke 4. Audit (Auditerneuerung)
Apotheke Oberwil Lenzinger AG,
Hauptstrasse 15, 4104 Oberwil BL
Storchen Apotheke AG,
Güterstrasse 1B, 5745 Safenwil

Spezialitätenliste
Liste des spécialités

Die nachfolgenden Erwähnungen sind als Hinweis zu verstehen und betreffen nur einzelne Dosierungen der genannten Präparate. Für die vollständige Liste konsultieren Sie bitte jeweils das zitierte BAG-Bulletin. pharmaSuisse übernimmt keine Gewähr für die Vollständigkeit der folgenden Auflistung und der Auflistungen in vorangehenden Ausgaben des pharma-Journal.

Les indications ci-après doivent être considérées comme des remarques et concernent uniquement les posologies individuelles des préparations citées. La liste complète peut être consultée dans le bulletin de l'OFSP mentionné. pharmaSuisse n'assume aucune responsabilité quant à l'intégralité de la liste ci-après et des listes publiées dans des éditions précédentes du pharmaJournal.

Im BAG-Bulletin 33 vom 10. August 2009 sind publiziert:
Publié dans le bulletin de l'OFSP n° 33 du 10 août 2009:

Gültig ab 1. Januar 2009/
Valable à partir du 1er janvier 2009:
→ Wurde irrtümlich gestrichen / a été radié par erreur: Kapanol

Gültig ab 1. August 2009/
Valable à partir du 1er août 2009:
→ Neuzugang Präparate/Nouvelles admissions des préparations: Zaldiar, Zolpidem 1A Pharma, Sertralin 1A Pharma, Venlafaxin Actavis ER, Venlax ER, Felodipin 1A Pharma, Enalapril 1A Pharma, Enalapril Actavis, Lisinopril 1A Pharma, Ramipril Actavis, Co Enalapril 1A Pharma, Co Lisinopril 1A Pharma, Acetylcystein Teva, Vitarubin Depot, Rheumon Forte, Allopurinol 1A Pharma, Pravastatin 1A Pharma, Gemcitabin Ebewe, Irinotecan Actavis, Bicalutamid Teva, Ceftazidim Actavis, Ceftriaxon Actavis, Ceftriaxon OrPha, Cefuroxim Axapharm, Clarithromycin 1A Pharma, Tamiflu, Azarga, Budesonid Sandoz, Technescan Sestamibi
→ Andere Packungen und Dosierungen/ Autres emballages et dosages: Cipralex, Pantozol, Simvastatin Teva, Itraconazol Cimex, Curakne
→ Neu gestrichene Präparate/Packungen/Préparations/emballages radiés: NovoSeven, MSUD 1, MSUD 2, OS 1, OS 2, PKU 1, PKU 2, PKU 3, Simvastatin Teva, Raptiva, Cimifemin
→ Preissenkungen/Réductions de prix: Citalopram Helvepharm, Coversum N, Norditropin NordiFlex, Norditropin Simplexx Patrone, Omeprazol 1A Pharma, Paclitaxel Actavis, Simvastatin 1A Pharma, Tobi
→ Preiserhöhung/Augmentation de prix: Td pur Impfstoff
→ Limitationsänderung/Changement de limitatio: Norditropin Nordiflex, Norditropin Simplexx Patrone, Enbrel, Forsteo

Deutschland: Paracetamol-Test

Bei Paracetamol-Testkäufen in Hamburg kommen Apotheken nicht gut weg. Die Testkäuferin verlangte neben dem Monopräparat verschiedene Paracetamol-haltige Erkältungspräparate. Alle drei Apotheken gaben in der Summe zu viel Paracetamol ab.

Gemäss Dosierungsangaben der Packungsbeilagen stellte der Pharmakologe Professor Dr. Jürgen Frölich die jeweils empfohlene Tagesdosis zusammen. Beim ersten Einkauf errechnete der Experte 7600 mg Paracetamol; verglichen mit der empfohlenen Höchstdosis von 4000 mg bereits deutlich zu viel. Die zweite Apotheke hatte laut Frölich sogar Präparate mit einer kumulierten Menge Paracetamol von 13000 mg abgegeben. «Bei dieser Dosis wird jeder, auch jeder Gesunde, mit einer Leberentzündung reagieren», so der emeritierte Professor. Vom Ergebnis des dritten Testkaufs war Frölich regelrecht erschüttert: «Wenn Sie Pech haben, sind Sie tot, wenn Sie Glück haben, kommen Sie ins Krankenhaus», so Frölich.
www.apotheke-adhoc.de

pharmaSuisse : Neue Mitglieder
pharmaSuisse : Nouveaux membres

Um die Mitgliedschaft beim Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse bewerben sich:
Ont posé leur candidature à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse:

Apotheker/Pharmaciens
Broggini-Casparis Lea, Zürich, ZH
Lopes Susana, Lausanne, VD

Einsprachen gemäss Reglement Art. 3 Ziff. 3.2 sind innert 10 Tagen schriftlich mit Begründung an den Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld zu richten.

Selon l'art. 3 chiffres 3.2 du règlement, les oppositions éventuelles doivent être motivées et adressées par écrit, dans les 10 jours, à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld.

Korrigendum

Im pharmaJournal 16/09 wurde die Veranstaltung der Kantonsapotheke Zürich in der FPH-Agenda mit falscher Kreditpunktzahl (8.25) publiziert. Korrekt ist: 12.5 Kreditpunkte.

Herzinsuffizienz: Apotheker verbessern Behandlungserfolg

Werden Patienten mit Herzinsuffizienz sowohl von einem Apotheker als auch von einem Arzt intensiv betreut, kann dies den Behandlungserfolg verbessern und die Zahl der Krankenhauseinweisungen senken. Das berichten australische Wissenschaftler im Fachjournal «Circulation: Heart Failure». Für die Untersuchung wurden rund 270 Patienten im Alter von mehr als 65 Jahren mit Herzinsuffizienz zusätzlich pharmazeutisch betreut und einer Kontrollgruppe mit mehr als 5000 Patienten gegenübergestellt.

Für die Studie besuchten die Apotheker die Patienten zu Hause, um sowohl verschreibungspflichtige als auch nicht-verschreibungspflichtige Präparate zu überprüfen. Dann informierten die Apotheker den Arzt über die Medikation. Voraussetzung für die teilnehmenden Apotheker war eine spezielle Schulung zur pharmazeutischen Betreuung, zum Gebrauch der Arzneimittel sowie zu möglichen Interaktionen zwischen den Medikamenten.

Die medizinisch-pharmazeutische Patientenbetreuung kann die Anzahl der Hospitalisierungen im ersten Jahr um bis zu 45 Prozent reduzieren, so die Forscher. Die Studie zeige zum ersten Mal den positiven Effekt einer Arzt-Apotheker-Kooperation in der «realen Welt».
www.apotheke-adhoc.de

Deutschland: Berlin entsorgt Altarzneimittel

Die Apothekerkammer Berlin geht zusammen mit der Stadtreinigung BSR einen eigenen Weg, um alte Arzneimittel zu entsorgen: Ab 1. September wird in drei Stadtbezirken die so genannte Medi-Tonne getestet: In dem abschliessbaren Behälter können die Apotheken neben Altmedikamenten auch den normalen Müll sammeln. Alle zwei Wochen wird der Müll von der Stadtreinigung abgeholt und direkt an eine Verbrennungsanlage geliefert. Die Apothekerkammer konnte mit der BSR besondere Konditionen aushandeln, so dass Apotheken letztlich sparen können, wenn sie auf das neue System umstellen.
www.apotheke-adhoc.de

Kampagne «16 Tage gegen Gewalt an Frauen»

Vom 25. November bis am 10. Dezember 2009 findet die Kampagne «16 Tage gegen Gewalt an Frauen» statt. Als Kampagnensymbol dient eine weisse Schleife. Gesucht werden nun glaubwürdige Träger der Schleife, wie zum Beispiel Apotheker, die so ihren täglichen Einsatz gegen Gewalt glaubhaft und anschaulich verkörpern. Die Schleifen können auch in der Apotheke aufgelegt und zusammen mit Informationsmaterial an die Kunden abgegeben werden. Schleifen und weiteres Kampagnenmaterial können bestellt werden unter: www.16tage.ch

medinform

Schon 45 Apotheken nutzen als

AtemwegsApotheke oder HautApotheke

– die zielgerichtete und nachhaltige medinform-Ausbildung für das ganze Team
– die Zusammenarbeit mit Spezialärzten und Patientenorganisationen
– das spritzig-ästhetische, einprägsame Werbe- und Informationsmaterial

Profilieren auch Sie sich als Apotheke, die Ihren Kunden auf ihrem Schwerpunktsthema überdurchschnittliche Beratung und bessere Lösungen anbietet.

Wir freuen uns, Ihnen einen Platz für die Ausbildung 2010 zu reservieren.

Informationen und Anmeldung:
www.medinform.ch

B. Thomann: barbarathomann@medinform.ch,
Tel. 044 391 76 45

Dr. M. Beutler: mariannebeutler@medinform.ch,
Tel. 044 994 75 61

Mit e-Learning in die Zukunft

Der Vorstand von pharmaSuisse hat kürzlich einen Liste von Kriterien verabschiedet, die erfüllt sein müssen, damit ein Fort- und Weiterbildungsangebot vom Verband empfohlen werden kann. Die Pharma-Assistentin Angela Berger hat sich über die Möglichkeiten, die e-Learning bietet, informiert.



Angela Berger

Frau Berger, Sie haben die Ausbildung als Pharma-Assistentin abgeschlossen. Welche Berufsaussichten haben Sie damit?

Mir gefällt meine Arbeit in der Apotheke sehr gut, dank der vielen Kundenkontakte ist sie abwechslungsreich und spannend. Kein Tag ist gleich wie der andere. Wenn ich mich später einmal verbessern möchte, kann ich die Ausbildung zur eidgenössisch diplomierten Pharma-Betriebsassistentin absolvieren. Die zusätzlichen Kompetenzen würden sich auch finanziell auswirken.

Kürzlich haben Sie Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung geprüft. Was spricht Sie bei den e-Learning-Angeboten besonders an?

Da ich berufstätig bin, ist es mir wichtig, dass ich keine fixen Zeiten einhalten muss. Beim e-Learning kann ich meine Zeit frei einteilen und so Arbeit und Fort- oder Weiterbildung optimal miteinander verbinden. Ausserdem lerne ich gern allein, so schnell oder so langsam, wie es mir am besten entspricht. Es braucht aber sicher auch etwas mehr Durchhaltewillen als bei einem geregelten Schulbesuch.

Als Pharma-Assistentin sind Sie praktisch tätig und haben zahlreiche Publikumskontakte. Wie empfinden Sie da eine Weiterbildung im stillen Kämmerlein?

Das Lernen allein zu Hause, in aller Ruhe ist für mich der Ausgleich zum manchmal hektischen Berufsalltag.

Die Zeiteinteilung beim e-Learning ist sicher einfacher als bei einem Schulbesuch. Werden Ihnen aber die persönlichen Kontakte mit anderen Absolventinnen nicht fehlen?

Wie gesagt, ich lerne gerne allein. Ausserdem liebe ich es, beim Lernen Musik zu hören. Das ist in einer Schule natürlich nicht möglich. Und wenn ich etwas besprechen möchte, darf ich mich sicher an meine Arbeitskolleginnen oder an meinen Chef wenden.

Ihr Beruf ist sehr anspruchsvoll und bedingt ein breites Wissen über Medikamente und deren Wirkung. Glauben Sie, dass Sie als Pharma-Assistentin über längere Zeit mithalten könnten ohne entsprechende und adäquate Weiter- und Fortbildung?

Sicher nicht. Weiter- und Fortbildungen sind zwar für alle Berufstätigen wichtig und sinnvoll. Der Medikamentenmarkt ändert sich aber derart schnell, dass wir schnell weg vom Fenster sind, wenn wir uns nicht regelmässig auf dem Laufenden halten. Pharma-Assistentinnen lernen zwar täglich Neues bei der Ausübung des Berufs. Um aber wirklich informiert zu sein, sind strukturierte Fortbildungen sicher besser.

Sie können sich also vorstellen, von e-Learning Gebrauch zu machen?

Ja, durchaus. Einfach nicht sofort, weil ich nach einem längeren Auslandaufenthalt hier erst wieder richtig Fuss fassen will. ▮

Interview: Christa Rüedi

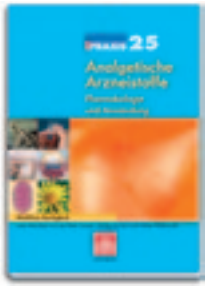
E-Mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

La traduction française paraîtra dans un prochain numéro du pharmaJournal.

Analgetische Arzneistoffe

Matthias Bastigkeit

Pharmakologie und Anwendung
Offizin & Praxis: Band 25, Govi-Verlag 2008.
344 Seiten, broschiert.
ISBN: 978-3-741-088-5, € 38.-.



Schmerzzustände sind in der Offizin ein allgegenwärtiges Thema und die Methoden zur Schmerzbekämpfung sind äusserst vielseitig. Diese kompakte Übersicht über alle Aspekte der Analgesie stellt die Pharmakotherapie in den Mittelpunkt, ohne den Schmerzpatienten aus den Augen zu verlieren.

Auf eine kurze, prägnante Einführung zu Schmerzphysiologie, -gedächtnis, -chronifizierung und -klassifizierung folgen die sehr praxisbezogenen und ausführlichen Besprechungen der Einteilung der Analgetika (leider ohne WHO-Schema), der Applikationswege (inkl. Hinweise zu Einnahme von Brausetabletten, Einnahmezeitpunkt, Teilen von Tabletten, Umgang mit TTS, Einführen von Suppositorien usw.) und, als Hauptteil, der einzelnen analgetischen Wirkstoffe: die weitgefasste Palette reicht von Aspirin, Paracetamol und Ibuprofen über die Coxibe, Metamizol und die Opioide zu den spezifischen Migränetherapeutika, Cannabinoiden, NMDA-Antagonisten, Ionenkanalmodulatoren, Neuroleptika usw. Auch alternative Wirkstoffe und Heilverfahren wie Phytotherapie (z. B. Weidenrinde, Teufelskralle, Weihrauch), Homöopathie und «Biochemie» finden Platz.

Schematisch gegliedert findet sich zu jedem Wirkstoff: «was?, wogegen?, wie wirkt es?, Pharmakokinetik, Beratungshinweise, wie viel und wann?, was kann passieren?, wann nicht?, mit wem nicht?» und vieles mehr.

Erwähnenswert ist das Kapitel zur Analgesie in besonderen Lebensphasen (Kinder, Schwangere, Betagte, Abhängige, Substituionspatienten).

Klare Tabellen mit kritischen Bemerkungen und Nutzen/Risiko-Bewertungen, vielsagende Illustrationen und ein umfassendes Literaturverzeichnis, das auch klinische Studien einschliesst, machen das Buch nicht nur zu einem Nachschlagewerk in der Offizin, sondern auch zu einem Lehrmittel für Studenten und Pharma-Assistentinnen. ▮

Doris Ballinari, Apothekerin pharmaSuisse
E-Mail: doris.ballinari@pharmasuisse.org

Antibiotika und Antimykotika

Medizinisch-pharmakologisches Kompendium, Band 8

Grit Ackermann (Hrsg.)

Substanzen, Krankheitsbilder, Erregerspezifische Therapie
3., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage, WVG 2009. 548 Seiten mit 293 Tabellen und 27 Strukturformeln, kartoniert.
ISBN: 978-3-8047-2494-5. € 49.90.



Breitband oder gezielter Einsatz? Zeigen Sie Ihre Kompetenz durch Fachwissen, gegenüber Patienten und Ärzten – eine Orientierung in der immer umfangreicher werdenden Zahl antimikrobieller Wirkstoffe.

«Der korrekte empirische und gezielte Einsatz von Substanzen mit antimikrobieller Aktivität ist ein wesentlicher Faktor für den Heilungsprozess, die Entwicklung von Komplikationen und einer evtl. vorliegenden Grundkrankheit sowie die resultierenden wirtschaftlichen Komponenten», sagen die Autoren.

Bordetellen, Legionellen, Brucellen, Bartonellen, Nonfermenter (?) und Tonsillopharyngitis, Urethritis, Salpingitis, Lymphadenitis, Kanalikulitis (?) … alles findet sich in diesem Buch. Für den Apotheker besonders interessant ist der Teil mit den Beschreibungen der einzelnen Antibiotika, Tuberkulostatika und Antimykotika: Geschichte, Einteilung, Pharmakokinetik, Stellung in der Therapie, Wirkspektrum, Indikationen, Resistenzen, Kontraindikationen, Tabellen zu Dosierung/Applikation, UAW, Interaktionen und eine Beurteilung der Substanz liefern dem Apotheker das Rüstzeug zur Beantwortung von Fragen der Patienten bei der Dispensation und der verschreibenden Ärzte. Ein umfassendes Abkürzungsverzeichnis, ein Kapitel zur antimikrobiellen Therapie spezieller Patientengruppen, ein äusserst übersichtliches Literaturverzeichnis und ein Fertigarzneimittel-Register, in das löblicherweise auch die Spezialitäten der Schweiz und Österreichs miteinbezogen wurden, ergänzen dieses medizinisch-pharmakologische Kompendium, das für Transparenz und Sicherheit in der Offizin sorgt. ▮

Doris Ballinari, Apothekerin pharmaSuisse
E-Mail: doris.ballinari@pharmasuisse.org

Wenn Hunde und Katzen husten

Matthias Scholer

Die Atmungsorgane der Haustiere unterscheiden sich nur wenig von denen des Menschen. Deshalb sind auch die Pathologien vergleichbar und vierbeinige Patienten mit Atemwegserkrankungen können grundsätzlich auch in der Apotheke behandelt werden. Bei der Aufarbeitung der Fälle sind jedoch einige tierspezifische Pathologien zu berücksichtigen.

Die Anatomie der Atmungsorgane von Hunden und Katzen ist grundsätzlich mit der des Menschen vergleichbar. Der augenfälligste Unterschied ist sicherlich die Nasenform der Hunde, die je nach Rasse extrem variieren kann. So sind bei den «langnasigen» Rassen (z.B. Windhund) die Nasengänge stark in die Länge gezogen. Bei brachycephalen Rassen (z.B. Mops) sind sie hingegen extrem gestaucht. Bei diesen Rassen ist deshalb bereits unter physiologischen Umständen ein stenotisches Atemgeräusch hörbar. Eine allfällige Rhinitis verstärkt diese schnell und die Tiere leiden rasch unter Atemnot. Folglich muss bei diesen Patienten bereits bei leichten Irritationen der Nasenschleimhaut eine Therapie eingeleitet werden.

Ursachen für Nasenausfluss

Zu Beginn einer Atemwegserkrankung wird vom Besitzer häufig Nasenausfluss beobachtet. Dabei ist es wichtig nachzufragen, wie die Qualität des Ausflusses ist und ob dieser ein- oder beidseitig besteht. Als Ursache für eine Rhinitis gelten Erkältungen, Allergien, Infektionserkrankungen, Reizungen (z.B. Passiv-Rauchen, Feinstaub), Pilzinfektionen, Fremdkörper, Tumoren und Zahnwurzelvereiterungen mit Durchbruch in die Nasenhöhle.

Symptome sind dabei häufiges Niesen, Nasenreiben und wässriger bis eitriger Nasenausfluss. Die Behandlung zielt grundsätzlich auf eine Elimination der Ursache und eine Erleichterung der Atmung ab. Letztere beginnt mit dem Entfernen allfälliger Verkrustungen im Nasenbereich und dem Einfetten des Nasenspiegels mit Vaseline oder einer Heil- und Wundsalbe. Zudem können die Tiere mit Emser Salz, Kamille, Hunde auch mit ätherischen Ölen bedampft werden. Dazu eignen sich Verdampfer für Kinder oder aber die Tiere werden in ihre Transportbox verbracht, ein Becken mit der Inhalationslösung davor platziert und das Ganze mit einem Tuch abgedeckt. Parallel dazu kann der Heilungsprozess je nach Arzneimittelbild mit diversen homöopathischen Mono- bzw. Kombipräparaten unterstützt werden.

Ein Sonderfall stellt die allergisch bedingte Rhinitis dar. Dabei gelten Pollen, Staub, Katzenstreu und Zigarettenrauch als häufigste Auslöser. Flankierende Massnahmen wie Luftbefeuchter bzw. intranasal Meerwassertropfen können die Symptome etwas lindern. Bei Pollenallergien sollte zudem das Fell nach Spaziergängen feucht abgewischt werden, da die Haare wie ein Filter den Blütenstaub einbehalten. Antihistaminika finden bei Hunden und Katzen auf Grund ihrer reduzierten Wirksamkeit und den sedativen Nebeneffekten wenig Anwendung. Hyposensibilisierungen sind in Spezialkliniken möglich, jedoch recht aufwändig und kostenintensiv.

Husten

Als eine der häufigsten Ursachen für Husten gilt eine infektiöse Tracheobronchitis. Als Primärerreger treten dabei einerseits harmlose Erkältungsviren, andererseits aber auch hochinfektiöse Erreger auf. Dazu zählen bei Hunden Staupeviren und bei Katzen jene des Katzenschnupfens. Gegen diese bieten die jährlichen Impfungen jedoch einen verlässlichen Schutz.

Doch auch die weniger pathogenen Viren können zu ernsthaften Erkrankungen führen, wenn bakterielle Sekundärinfektionen die virale Primärinfektion überlagern. Typischerweise zeigen diese Patienten einen kräftigen und feuchten Husten, der im Heilungsverlauf zum Teil in einen trockenen Reizhusten übergeht. Die Behandlung richtet sich in erster Linie gegen die Infektion. Antibiotika sollten jedoch nur bei Bedarf und nach einer Diagnosestellung eingesetzt werden.

Zur Erleichterung der Atmung werden symptomatisch Sekretolytika wie beispielsweise Bromhexin und Acetylcystein appliziert. Antitussiva mit Codein eignen sich zudem dazu, den Reizhusten speziell nachts zu dämpfen. Flankierend kann auch versucht werden, das Immunsystem unspezifisch zu stärken. Dafür eignen sich neben veterinärmedizinischen Paraimmunitätsinducern entsprechende Vitamin- und phytomedizinische Produkte.

Neben dieser Hauptätiologie werden folgende tierspezifische Hustenauslöser im Praxisalltag regelmässig beobachtet:

Trachealkollaps

Durch eine Chondromalazie flachen die Trachealringe ab oder die dorsale Trachealmembran fehlt. Dies wird häufig bei mittelalten und alten Hunden

typischerweise am Thoraxeingang beobachtet. Ein Trachealkollaps tritt zudem häufig sekundär bei einer Vergrösserung der linken Herzkammer auf, wenn diese auf die Hauptbronchien drückt. Da die Erkrankung nicht lebensbedrohlich ist, zielt die Therapie auf eine Kontrolle der Stenose und nicht auf Heilung ab. Als erste Massnahme sollten die Tiere ohne Halsband, sondern mit einem Brustgeschirr geführt werden. Damit wird die Trachea nicht noch zusätzlich dem Zug an der Leine ausgesetzt.

Symptomatisch können Antitussiva abgegeben werden.

Parasiten

Lungen- und Herzwürmer reizen bei ihrer Körperwanderung unter anderem auch das Lungenparenchym und lösen so heftige Hustenanfälle aus. Insbesondere bei Patienten, welche aus dem Mittelmeerraum zurückgekehrt sind bzw. im Zwinger leben, muss an eine parasitäre Ätiologie gedacht werden. Eine Entwurmung bei Verdacht auf Herzwurmbefall sollte jedoch nur unter tierärztlicher Kontrolle geschehen, da das Abtöten der Würmer zu Embolien führen kann.

Felines Asthma

Insbesondere Katzen zeigen häufig allergisch bedingte, obstruktive Atemwegserkrankungen. Reizstoffe wie Aerosol, Parfüm, Zigarettenrauch und Umweltgifte gelten dabei als primäre Auslöser. Die klinischen Symptome können mild und chronisch bis schwerwiegend und akut auftreten. Die betroffenen Tiere zeigen dabei eine expiratorische Dyspnoe, keuchende bis pfeifende Atemgeräusche und oft chronischen Husten. Dieser Husten endet typischerweise mit Hochwürgen von Schleim, weshalb er von den Besitzern meist als Erbrechen fehlinterpretiert wird.

Zwingerhusten

Dabei handelt es sich um eine hoch ansteckende Infektionskrankheit bei Hunden, die sich insbesondere bei engem Kontakt (z. B. Zwinger, Ausstellun-

Auswahl Therapeutika bei Atemwegserkrankungen

Schulmedizin

Wirkstoff	Dosierung Hund	Dosierung Katze	Indikation
Bromhexin	1 mg/kg peroral	1 mg/kg peroral	Sekretolytika
Acetylcystein	Inhalation: 10–20% Lösung mit pH 7–9 Peroral: 3-mal tgl. 5 mg/kg Grosse therapeutische Breite → individuelle Anpassung	50 ml/h während 30–60 Min. alle 12 h mittels Zerstäuber	Mukolytika
Dextromethorphan	1–2 mg/kg 3- bis 4-mal tgl peroral	1–2 mg/kg 3- bis 4-mal tgl peroral	Chronischer, nicht produktiver Husten
Diphenhydramin	0,2–2 mg/kg 1-mal tgl	0,2–2 mg/kg 1-mal tgl	Allergien, Husten u. a. Kombination mit Codein möglich.

Komplementärmedizin

Indikation	
Katzenschnupfen	Allium cepa C30 Belladonna C30 Euphrasia officinalis C30 Diverse TCM Mischungen
Rhinitis/Sinusitis	Pestwurz Pulsatilla C30
Bronchitis des Hundes	Pestwurz Antimonium tartaricum C30 Byronica alba C30 Phosporus C30
Felines Asthma	Silica C30 Diverse TCM Mischungen

→ Diese Zusammenstellung stellt eine willkürliche Auswahl dar und ist nicht abschliessend.

→ Die Anwendung der Wirkstoffe muss individuell angepasst werden.

→ Alle Angaben sind ohne Gewähr.

→ Bei der Abgabe von Tierarzneimitteln sind insbesondere bei Nutztieren die Vorschriften der TAMV zu beachten.

gen) rasch ausbreitet. Auslöser ist dabei eine Mischinfektion mit verschiedenen Viren (Parainfluenza-, Adeno- und humanen Influenzaviren) und Bakterien (Bordetella bronchiseptica, E.coli, Pseudomonas, Mykoplasmen). Die Behandlung umfasst, wie oben erläutert, das Bekämpfen der Erreger, Erleichtern der Atmung und Stärken des Immunsystems.

Herzhusten

Bei therapieresistentem Husten muss immer auch an eine Herzerkrankung gedacht werden. Herzmuskelerkrankungen können zu Lungenödemen und entsprechenden Hustenreizen führen. Insbesondere bei Katzen werden im fortgeschrittenen Alter häufig hypertrophe Kardiomyopathien beobachtet. ▮

Weiterbildung FPH in Nutztierpharmazie

Seit 2004 bietet pharmaSuisse ein Weiterbildungsprogramm FPH in Nutztierpharmazie an. Der erfolgreiche Abschluss führt zum Fähigkeitsausweis FPH in Nutztierpharmazie.
Informationen finden Sie unter www.pharmasuisse.org.

Weiterführende Literatur

Kaiser S; Arzneitherapie bei Heimtieren; Verlag Huber und Lang; ISBN 3-8047-2079-X

Yin S, Nolte I; Praxisleitfaden Hund und Katze; Verlag schlütersche; ISBN 3-87706-740-9

Löscher W, Ungemach F, Kroker R; Grundlagen der Pharmakotherapie bei Haus- und Nutztieren; Verlag Paul Parey; ISBN 3-489-56716-1

Wynn S, Marsden S; Leitfaden Naturheilverfahren in der Kleintierpraxis; Verlag Urban & Fischer; ISBN 3-437-56830-2

Tierarzneimittelkompendium und Wirkstoffdatenbank: www.tierarzneimittel.ch

Korrespondenzadresse

Dr. med. vet. Matthias Scholer
E-Mail: matthias.scholer@vetgate.ch

Pharmacie vétérinaire

Lorsque les chiens et les chats toussent

Matthias Scholer

Les organes respiratoires des animaux domestiques ne sont pas fondamentalement différents de ceux de l'homme. Les pathologies sont donc comparables et les patients à quatre pattes souffrant d'infection des voies respiratoires peuvent en principe être traités par le pharmacien également. Lors du traitement des cas, il faut malgré tout tenir compte de quelques pathologies spécifiques aux animaux.

Dans leur anatomie, les organes respiratoires des chiens et des chats sont en principe comparables à ceux de l'homme. La différence la plus marquante est certainement la forme du nez chez les chiens. Cette dernière peut extrêmement varier en fonction de la race. Chez les races «à long nez» (p.ex. lévrier), les fosses nasales tirent fortement en longueur. Chez les races brachycéphales (p.ex. carlin), elles sont par contre très écrasées. Chez ces races, une sténose est par conséquent audible dans des circonstances physiologiques déjà. Une éventuelle rhinite renforce rapidement cet état, et les animaux souffrent très vite de détresse respiratoire. Un traitement doit donc être initié à la moindre irritation de la muqueuse nasale.

Causes de l'écoulement nasal

Au début d'une infection des voies respiratoires, le propriétaire observe fréquemment un écoulement nasal. Il est donc important de demander quelle est la qualité de l'écoulement et de se renseigner s'il se manifeste d'un seul côté ou des deux. Les causes d'une rhinite peuvent être des refroidissements, allergies, maladies infectieuses, irritations (p.ex. exposition à la fumée passive, aux particules de poussière), mycoses, corps étrangers, tumeurs et abcès dentaire avec percement dans la cavité nasale.

Les symptômes se manifestent sous forme d'éternuements fréquents, de grattage du nez et d'écoulement nasal aqueux à purulent. Le traitement vise à éliminer les causes et à faciliter la respiration. Dans le dernier cas, il s'agit de retirer les éventuelles croûtes dans le nez et à enduire la truffe de vaseline ou d'un onguent désinfectant et cicatrisant. En outre, les animaux peuvent être vaporisés avec du sel d'Ems, de la camomille et les chiens aussi avec des huiles essentielles. Les vaporisateurs pour enfants conviennent parfaitement. Il est aussi possible de placer les animaux dans leur cage de transport, de disposer un

bassin avec la solution pour inhalation juste devant, puis de recouvrir le tout d'un drap. Parallèlement, le processus de guérison peut être soutenu, suivant le tableau clinique, par diverses mono-préparations ou préparations combinées homéopathiques.

La rhinite allergique constitue un cas particulier. Les pollens, la poussière, la litière de chats et la fumée de cigarettes comptent parmi les déclencheurs les plus fréquents. Des mesures complémentaires comme l'emploi d'humidificateurs ou de solutions nasales à base d'eau de mer peuvent quelque peu soulager les symptômes. Lors d'allergie aux pollens, le pelage devrait en outre être nettoyé avec un chiffon humide après les promenades, dans la mesure où les poils retiennent le pollen comme un filtre. Les antihistaminiques ne sont pas utilisés fréquemment chez les chiens et les chats en raison de leur efficacité réduite et de leur effet sédatif. Des désensibilisations sont envisageables dans des cliniques spécialisées. Elles sont toutefois relativement longues et onéreuses.

Toux

La trachéobronchite infectieuse est considérée comme une des causes les plus fréquentes de la toux. Les agents primaires sont d'une part des virus bénins du refroidissement et d'autre part des agents pathogènes hautement infectieux. Chez les chiens, il peut s'agir du virus de la maladie de carré et chez les chats de celui de la rhinotrachéite. Les vaccinations annuelles offrent cependant une protection efficace.

Les virus moins pathogènes peuvent aussi provoquer des maladies sérieuses lorsque les infections secondaires bactériennes interfèrent avec l'infection primaire virale. Typiquement, ces patients présentent une toux sévère et humide qui peut se transformer en partie en une toux irritative pendant le processus de guérison. Le traitement se dirige en premier lieu contre l'infection. Il faudrait toutefois utiliser les antibiotiques uniquement en cas de besoin et après l'établissement d'un diagnostic.

Sélection de médicaments lors d'infections des voies respiratoires

Médecine traditionnelle

Principe actif	Posologie chien	Posologie chat	Indication
Bromhexine	1mg / kg (oral)	1 mg/kg (oral)	Sécrétolytiques
Acétylcystéine	Inhalation: 10–20% Solution avec pH 7–9 Oral: 3 /j 5 mg/kg Grande marge thérapeutique → adaptation individuelle	50 ml/h pendant 30 à 60 min. toutes les 12 h au moyen d'un pulvérisateur	Mucolytiques
Dextrométhorphane	1–2 mg/kg 3–4 /j (oral)	1–2 mg/kg 3–4 /j (oral)	Toux chronique, non productive
Diphenhydramine	0,2–2 mg/kg 1 /j	0,2–2 mg/kg 1 /j	Allergies, toux, etc. Association possible avec la codéine

Médecine complémentaire

Indication	
Rhinotrachéite	Allium cepa C30 Belladonna C30 Euphrasia officinalis C30 Divers mélanges TCM
Rhinite / Sinusite	Pétasite Pulsatilla C30
Bronchite du chien	Pétasite Antimonium tartaricum C30 Byronica alba C30 Phosporus C30
Asthme félin	Silica C30 Divers mélanges TCM

→ Cette liste représente une sélection personnelle et n'est donc pas exhaustive.

→ L'utilisation des principes actifs doit être adaptée individuellement.

→ Données fournies sans aucune garantie.

→ Lors de la remise de produits vétérinaires, il faut tout particulièrement observer les directives de l'Ordonnance sur les médicaments vétérinaires (OMédV).

Pour faciliter la respiration, des sécrétolytiques comme p.ex. de la bromhexine et de l'acétylcystéine sont appliqués de manière symptomatique. En outre, les antitussifs contenant de la codéine sont appropriés pour soulager la toux irritative, tout particulièrement la nuit. On peut aussi essayer de renforcer le système immunitaire de manière non spécifique au moyen d'inducteurs para-immunitaires ou de produits vitaminiques et phytomédicinaux correspondants.

Hormis cette étiologie principale, les déclencheurs de la toux suivants, spécifiques aux animaux, sont régulièrement observés dans la pratique quotidienne:

Collapsus trachéal

Une chondromalaxie entraîne l'aplatissement des annaux trachéaux ou l'absence de membrane trachéale dorsale. Ceci est fréquemment observé chez les chiens d'âge moyen à vieux, typiquement à l'entrée du thorax. De plus, un collapsus trachéal survient fréquemment de façon secondaire, lors de l'agrandissement du ventricule gauche, lorsque ce dernier opprime les bronches principales. Comme la maladie ne met pas en jeu le pronostic vital, le traitement cherche à contrôler la sténose et non à obtenir la guérison. Une des premières mesures consiste à promener les animaux sans laisse, mais avec un harnais pectoral. De cette façon, la trachée n'est pas encore exposée au tirement de la laisse.

Symptomatiquement, il est possible de remettre des antitussifs.

Parasites

Les vers pulmonaires et les vers cardiaques attaquent entre autres aussi le parenchyme pulmonaire lors de leur progression et déclenchent ainsi de fortes quintes de toux. Il faut songer à une étiologie parasitaire, tout particulièrement en présence d'animaux revenus de l'espace méditerranéen ou d'animaux qui vivent dans un chenil. Si une infestation par des vers cardiaques est soupçonnée, il faudrait toutefois uniquement procéder à une déshelminthisation sous la supervision d'un vétérinaire, étant donné que l'éradication des parasites peut provoquer des embolies.

Asthme félin

Les chats présentent souvent des maladies obstructives des voies respiratoires dont l'origine est allergique. Des substances irritantes comme les aérosols, le parfum, la fumée de cigarette et les polluants sont considérés comme des déclencheurs primaires. Les symptômes cliniques peuvent se manifester de façon légère et chronique mais aussi chronique et sérieuse. Les animaux touchés présentent alors une dyspnée expiratoire, une respiration haletante à sifflante et souvent une toux chronique. Cette toux se termine normalement par une expectoration de glaire. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les propriétaires l'interprètent souvent à tort comme des vomissements.

Toux des chenils

Il s'agit chez les chiens d'une maladie infectieuse hautement contagieuse qui se répand rapidement, notamment en cas de contacts étroits (p.ex. dans les chenils, les expositions, etc.). Le déclencheur est une infection mixte avec divers virus (virus de la parainfluenza, adénovirus et virus d'influenza humain) et bactéries (bordetella bronchiseptica, e.coli, pseudomonas, mycoplasmes). Le traitement consiste, comme mentionné plus haut, à lutter contre les agents infectieux, à faciliter la respiration et à renforcer le système immunitaire.

Toux cardiaque

En présence de toux résistant au traitement, il faut toujours songer aussi à une maladie cardiaque. Les maladies du muscle cardiaque peuvent entraîner des œdèmes pulmonaires et des stimuli tussigènes correspondants. Des cardiomyopathies hypertrophiques sont souvent observées chez les chats d'un âge avancé. ▮

Littérature complémentaire

Kaiser S; Arzneitherapie bei Heimtieren; Verlag Huber und Lang; ISBN 3-8047-2079-X

Yin S, Nolte I; Praxisleitfaden Hund und Katze; Verlag schlütersche; ISBN 3-87706-740-9

Löscher W, Ungemach F, Kroker R; Grundlagen der Pharmakotherapie bei Haus- und Nutztieren; Verlag Paul Parey; ISBN 3-489-56716-1

Wynn S, Marsden S; Leitfaden Naturheilverfahren in der Kleintierpraxis; Verlag Urban&Fischer; ISBN 3-437-56830-2

Tierarzneimittelkompendium und Wirkstoffdatenbank: www.tierarzneimittel.ch

Adresse de correspondance

Dr méd. vét. Matthias Scholer

E-mail: matthias.scholer@vetgate.ch

Formation complémentaire FPH en pharmacie vétérinaire dans le domaine des animaux de rente

Depuis 2004, pharmaSuisse propose un programme de formation complémentaire FPH en pharmacie vétérinaire dans le domaine des animaux de rente. A la fin, les participants peuvent acquérir le certificat de formation complémentaire FPH correspondants.

Pour de plus amples informations, consulter le site www.pharmasuisse.org.

19 | 9.2009

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 24.9.2009, 147. Jahrgang

Nr. | No
19



Baldrian

Wirksamkeit und Wirkeintritt S. 5

Valériane

Efficacité et délai d'action p. 9

→ Pharmazie und Medizin · Pharmacie et médecine

AKA: pflanzliches Sedativum

CMPS: sédatif végétal

→ Politik · Politique

Bon marché ou avantageux?

Billig oder kostengünstig?

→ Markt · Economie

Mehr Kompetenzen in der Grundversorgung

Soins de premier recours: compétences accrues

Baldrian als pflanzliches Sedativum

Chantal Schlatter

Baldrian hat eine Jahrhunderte lange Tradition in der Behandlung von nervösen Unruhezuständen und Schlafstörungen. Aber kann seine Anwendung auch rational begründet werden? Der folgende Artikel berichtet über neue Erkenntnisse zu möglichen Wirkmechanismen und die aktuelle Evidenz bezüglich Wirksamkeit und Wirkeintritt.

Insomnie ist charakterisiert durch Ein- und Durchschlafstörungen, mehrmaliges Aufwachen in der Nacht, frühmorgendliches Erwachen oder ungenügende Schlaftiefe. Zweifellos sind Schlafstörungen ein weitverbreitetes Phänomen. Nicht ausschliesslich, aber besonders häufig betroffen ist die ältere Bevölkerung, wobei es im Alter auch zur physiologischen Abnahme der Schlafdauer kommt.

Eine zu kurze Schlafdauer führt zur Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten und der Psychomotorik und zu Stimmungsschwankungen. Auch das Immunsystem leidet unter zu wenig Schlaf. Die am häufigsten angewandten synthetischen Schlafmittel (Benzodiazepine) wirken agonistisch am GABA-Rezeptorkomplex und besitzen sowohl eine Schlaf-induzierende als auch eine Schlaferhaltende Wirkung. Allerdings reduzieren sie den Traumschlaf (REM-Schlaf) und zeigen im Elektroenzephalogramm (EEG) eine Zunahme des leichten Schlafes sowie eine Unterdrückung des Slow-Wave-Schlafes (SWS), also des Tiefenschlafes, welcher für die Regenerationsprozesse entscheidend ist. [1] Bei längerfristiger Einnahme von Benzodiazepinen besteht das Risiko zur Entwicklung einer Abhängigkeit.

Hohe Erwartungen an Phytopharmaka

Pflanzliche Arzneimittel erfreuen sich wachsender Beliebtheit. Man erhofft sich von ihnen dieselbe Wirksamkeit wie von synthetischen Pharmaka aber ohne die entsprechenden Nebenwirkungen. Idealerweise sollten pflanzliche Sedativa weder das Schlafmuster negativ beeinflussen noch zur Abhängigkeit führen. Ausserdem sollte die Nebenwirkungsrate tief und die therapeutische Breite gross sein, was in der Selbstbehandlung besonders wichtig ist.

Evolutionsbiologisch betrachtet, synthetisieren Pflanzen ihre sekundären Inhaltsstoffe nicht zum Wohle des Menschen, sondern zur Abwehr von Fressfeinden. Und dennoch hat sich die Menschheit die Wirkung der Pflanzen seit jeher nutzbar gemacht. Da es sich dabei um biologisch aktive, wirksame Substanzen handelt, muss analog zu den synthetischen Arzneistoffen damit gerechnet werden, dass auch unerwünschte Wirkungen und Interaktionen auftreten. Die pauschale Annahme, dass es sich um natürliche und damit grundsätzlich ungefährliche Substanzen handelt, ist falsch. Als Beispiel seien die Hepatotoxizität von Kava-Kava- oder das Interaktionspotenzial von Johanniskraut-Inhaltsstoffen zu nennen.

Alte Tradition – junge Erkenntnisse

Baldrian kann auf eine über 300 Jahre alte Tradition zur Behandlung von nervösen Unruhezuständen und Schlafstörungen zurückblicken, und dennoch sind die Erkenntnisse über seine Wirkweise relativ jung und unvollständig. Erste Studien zur Wirksamkeit beim Menschen wurden in den 1980er Jahren durchgeführt. Die Veröffentlichung systematischer Reviews und Meta-Analysen zur Wirksamkeit und Sicherheit liegt nur ein paar Jahre zurück [2–5]. Und wenn man die neusten Erfolge bei der Identifizierung der wirksamen Inhaltsstoffe betrachtet, stehen wir gerade erst am Anfang. [1,6]



Valeriana officinalis (Baldrian)

Als Arzneidroge werden die Wurzeln des in Europa und Asien heimischen Arznei-Baldrians verwendet (Valeriana officinalis). Zu den Inhaltsstoffen zählen Valepotriate, leichtflüchtige Sesquiterpene wie Valerensäure, Lignane, Fettsäuren, Alkaloide und Aminosäuren wie GABA. Der charakteristische Geruch entsteht durch die Zersetzung der Valepotriate. Valepotriate haben mutagene Eigenschaften in vitro, weshalb die besonders valepotriatreichen Sorten wie Valeriana edulis und Valeriana wallichii heute nicht mehr zur Herstellung von Arzneidrogen verwendet werden. [1,7] Zudem sind Valepotriate sehr thermo- und chemolabil und daher in Extrakten und Teezubereitungen kaum mehr enthalten.

Natürlich hat es nicht an Studien zur Untersuchung des aktiven Wirkprinzips von Baldrian gemangelt. Der Extrakt selbst ist reich an γ-Amino Buttersäure (GABA). Da GABA die Blut-Hirn-Schranke jedoch nicht durchdringen kann, ist eine Bindung an die zentralen GABA-Rezeptoren in vivo eher unwahrscheinlich. [1] Allerdings sind weitere Stoffe wie die Flavonderivate 6–Methylapigenin und Biapigenin entdeckt worden, welche ebenfalls eine hohe Affinität zur Benzodiazepinbindungsstelle des GABA-Rezeptors aufweisen. Höchstwahrscheinlich werden diese Substanzen jedoch im Magen-Darm-Trakt und in der Leber enzymatisch verändert, sodass ihre Bioverfügbarkeit vermutlich gering ist. Es ist aber auch denkbar, dass die Metaboliten dieser Flavonoide eine stärker sedierende Wirkung entfalten als die Ausgangssubstanzen selbst. [1]

Eine weitere Entdeckung ist das hydrophile Lignan Olivil, welches mit hoher Affinität an Adenosin-A1–Rezeptoren bindet. [6] Im menschlichen Organismus besitzt Adenosin eine Schlaf fördernde Wirkung, welche über Rezeptoren-Bindung zustande kommt. Bei anhaltend

hoher Aktivität des Gehirns akkumuliert Adenosin, wirkt sedierend und schützt so das Gehirn vor Überlastung. Dieser Adenosin-A1–Rezeptor vermittelte Effekt von Baldrian steht als Wirkmechanismus zurzeit im Vordergrund.

Die Kommission E* empfiehlt eine Extraktdosis entsprechend zwei bis drei Gramm Droge einmal bis mehrmals täglich. Diese Menge entspricht ca. 600 mg Baldrianextrakt pro Tag. Bei apothekenüblichen Baldrianpräparaten wird diese Dosis in der Regel durch die Einnahme von ein bis zwei Tabletten bzw. Dragées erreicht. Zur Behandlung von Einschlafstörungen wird gemäss Fachinformationen empfohlen, die Präparate ungefähr eine Stunde vor dem Zubettgehen einzunehmen.

Es befinden sich auch Kombinationspräparate mit Hopfen und Melisse im Handel.

Wirkt es oder wirkt es nicht?

In einer Studie bei älteren Patienten mit Schlafproblemen wurde bei 63 Prozent eine subjektive Verbesserung der Schlafqualität festgestellt. Allerdings wurde eine Verbesserung auch bei 43 Prozent in der Placebo-Gruppe beobachtet, der Unterschied war statistisch nicht signifikant. [8] Eine Studie bei gesunden Patienten ohne Schlafprobleme, die sowohl subjektive als auch objektive Prüfparameter einsetzte (Schlafpolygrafie mit EEG zur Überwachung der Schlafqualität und Aktigrafie zur Messung der Bewegungsaktivität im Schlaf), zeigte ebenfalls eine Verbesserung der subjektiven Empfindung, jedoch keine Veränderung der objektiven Parameter. [9] Eine zweite Aktigrafie-basierte Studie fand in Patienten mit Insomnie eine statistisch signifikante Verkürzung der Einschlafzeit, allerdings war die hohe Dosis von 900 mg mit Morgenmüdigkeit assoziiert. [10] Bei einer kleinen Studie mit Insomnie-Patienten von über 60 Jahren fand sich keine Veränderung nach der ersten Dosis, jedoch eine Abnahme des leichten Schlafes hin zu einer Zunahme des Tiefenschlafes nach achttägiger Therapie. [11] Im Gegensatz dazu kam es in einer nächsten Studie nach vierwöchiger Therapie zu einer Abnahme des Tiefenschlafes und zu einer Zunahme der Leichtschlafphasen [12], was eher der ungünstigen Beeinträchtigung der Schlafqualität von Benzodiazepinen entspricht, immerhin aber eine GABA-erge Wirkung bestätigen würde. Eine weitere Studie zeigte nach zweiwöchiger Therapie eine Abnahme der Einschlafzeit in der Schlafpolygrafie, aber keine allgemeine Verbesserung der Schlafqualität. [13] Baldrian wurde auch als Therapeutikum nach Benzodiazepin-Entzug geprüft. Es zeigte eine leichte Verbesserung der Schlafqualität, die Zeit bis zum Einschlafen wurde jedoch nicht positiv beeinflusst. [14] Ausserdem wurde die Wirkung von Baldrian mit derjenigen des Benzodiazepins Oxazepam verglichen. Nach sechs Behandlungswochen erwies sich Baldrian als ebenso wirksam wie Oxazepam. [15] Leider wurden nur subjektive Prüfparameter eingesetzt, auch ein zusätzlicher Vergleich mit Placebo wäre interessant gewesen. In den erwähnten Studien wurden entweder Monopräparate oder Kombinationen von Baldrian-/Hopfenextrakt untersucht. Die Extrakte waren entweder wässrige (heute nicht mehr relevant) oder äthanolische bzw. methanolische Auszüge.

Dieser Überblick soll veranschaulichen, wie heterogen sich die Studien und die Ergebnisse zur Wirksamkeit präsentieren. Wie die meisten pflanzlichen Arzneistoffe – Johanniskraut einmal ausgenommen – leidet auch Baldrian an einem Mangel an qualitativ hochwertigen klinischen Studien. Die Studien unterscheiden sich stark bezüglich Patientenkollektiv, Prüfparameter, Extrakteigenschaften, Anwendung und Einnahmedauer, sodass die Ergebnisse nur schwer verglichen und eingeordnet werden können. Das widerspiegelt sich auch in der Schlussfolgerung entsprechender Reviews und reicht von «unwirksam» [3] über «nicht konklusive Evidenz» [4] bis zu «mögliche Wirkung». [2,5]

Baldrian scheint ein gutes Sicherheitsprofil aufzuweisen, nur selten sind gastrointestinale Beschwerden oder Hautreaktionen zu beobachten.

Trotz allem gilt zu bedenken: «Absence of Evidence is not Evidence of Absence», wie es selbst Cochrane-Autoren, die Hüter der Evidenz basierten Medizin, schon formuliert haben. Der Wirksamkeitsnachweis von Phytopharmaka stellt eine ganz besondere Herausforderung dar. Es ist durchaus möglich, dass Baldrian bei Schlafstörungen nicht nur subjektiv, sondern auch (auch) objektiv wirkt, der definitive Beweis aber bisher aus verschiedensten Gründen noch nicht erbracht werden konnte. Auch möglich ist, dass der Effekt durch Phytopharmaka wie Baldrian und Hopfen vielleicht nicht mit denselben Parametern zu erfassen ist, wie wir uns das von den klassischen Hypnotika gewöhnt sind. Höchstwahrscheinlich lässt sich mit Phytopharmaka im Gegensatz zu den synthetischen Hypnotika kein Schlaf erzwingen, sondern vielmehr durch eine Verminderung der nervösen Anspannung die Schlafbereitschaft fördern. [1] Auch hier stehen wir erst am Anfang der Geschichte: Neue, bessere und grössere Studien werden mit Spannung erwartet.

Akut- oder Langzeittherapie?

Traditionell wird angenommen, dass die Wirkung von Baldrian sich erst allmählich aufbaut und die maximale Wirkung erst nach zwei bis vier Wochen erwartet werden kann. Allerdings wurde die Zeit bis zum Wirkeintritt in Studien nicht systematisch untersucht, sondern indirekt abgeleitet. Es gibt jedoch vereinzelt Studien, die eine erste schlafpolygrafische Untersuchung bereits nach der ersten Dosis ansetzten. In diesen Studien konnten nach einer Einzeldosierung keine Veränderungen beobachtet werden. [9,11,16] Auf der anderen Seite gibt es auch Hinweise, dass unmittelbare zentralnervöse Effekte möglich sind. So wurden in einer Studie mit einer sehr hohen Dosierung eines Baldrianextraktes (1500 mg) bereits vier Stunden nach der ersten Einnahme Veränderungen im EEG aufgezeichnet. [17] Ebenfalls interessant ist diesbezüglich eine Studie im Zusammenhang mit dem Lignan Olivil, das an zentrale Adenosin-A1–Rezeptoren bindet. Den Patienten wurde zuerst eine hohe Dosis des zentral stimulierenden Andenosin-Antagonisten Koffein verabreicht. Die Einnahme eines kombinierten Baldrian-/Hopfenextraktes hob die stimulierende Wirkung des Koffeins am Adenosinrezeptor bereits 60 Minuten später auf. [6] Diese Beobachtung stimmt damit überein, dass Rezeptor vermittelte Effekte in der Regel sofort eintreten. Allerdings nur, wenn die Konzentration am Rezeptor genügend hoch ist. Dass in der Literatur dennoch die Hinweise überwiegen, dass eine klinisch signifikante Verbesserung des Schlafes mit

* wissenschaftliche Kommission für Phytotherapie des deutschen Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

Baldrian nicht unmittelbar erreicht wird, könnte auch an einer zu tiefen (initialen) Dosierung der Baldrianpräparate liegen. Gemäss aktueller Datenlage ist ein Wirkeintritt (jedoch) vermutlich frühestens nach ein bis zwei Wochen regelmässiger Einnahme zu erwarten. Dies bestätigte auch eine Anwendungsbeobachtung bei Patienten, die während vier Wochen jeweils abends ein bis zwei Dosen des Prüfpräparats einnahmen. Bei 40,3 Prozent der Patienten trat eine Wirkung bereits innerhalb der ersten fünf Behandlungstage ein, bei 26,4 Prozent erst zwischen dem fünften und dem zehnten Tag, bei 14,6 Prozent nach dem zehnten Tag und bei 18,8 Prozent trat auch nach vier Wochen Behandlung keine Wirkung ein. [18]

Fazit

Auf molekularer Ebene wurden verschiedene Wirkmechanismen postuliert, wobei die Wirkung als Adenosin-A1–Rezeptor-Agonist am vielversprechendsten scheint. Diese Studien sprechen für eine pharmakologische Wirkung von Badrian bei Schlafstörungen, für eine objektive klinische Wirkung konnten bisher jedoch keine «harten Beweise» gemäss den Kriterien der «Evidence based Medicine» erbracht werden.

Aufgrund der guten Sicherheit von Baldrianpräparaten kann ein Therapieversuch empfohlen werden. Die Präparate sollten allerdings über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen regelmässig eingenommen werden, Einzelanwendungen «on demand» scheinen – zumindest in den heute zugelassenen Dosierungen – keine sofortige Wirkung zu haben. Dafür eignet sich Baldrian im Gegensatz zu den Benzodiazepinen unter Umständen auch für eine längerfristige Therapie.

Wenn nach zwei Wochen regelmässiger Einnahme eines Baldrianextraktes oder eines kombinierten Phytopharmakons keine Besserung eingetreten ist, sollte der Patient einen Arzt konsultieren. ▮

Dieser Artikel wurde im Auftrag der AKA verfasst von Dr. Chantal Schlatter, Apothekerin, Basel.

Wir danken Prof. Ueli Honegger, Wohlen b. Bern, für die Durchsicht des Manuskripts.

Korrespondenzadresse
Arzneimittelkommission der Schweizer Apotheker AKA
Postfach 5247, 3001 Bern
Tel. 044 994 75 63
Fax 044 994 75 64
E-Mail: mail@aka.ch

Literatur

[1] Unger M. Pflanzliche Sedativa. Pharm Unserer Zeit 2007; 36: 206–12.
[2] Bent S, Padula A, Moore D, Patterson M, Mehling W. Valerian for sleep: a systematic review and meta-analysis. Am J Med 2006; 119: 1005–12.
[3] Taibi DM, Landis CA, Petry H, Vitiello MV. A systematic review of valerian as a sleep aid: safe but not effective. Sleep Med Rev 2007; 11: 209–30.
[4] Werneke U, Turner T, Priebe S. Complementary medicines in psychiatry: review of effectiveness and safety. Br J Psychiatry 2006; 188: 109–21.
[5] Wheatley D. Medicinal plants for insomnia: a review of their pharmacology, efficacy and tolerability. J Psychopharmacol 2005; 19: 414–21.
[6] Schellenberg R, Sauer S, Abourashed EA, Koetter U, Brattstrom A. The fixed combination of valerian and hops (Ze91019) acts via a central adenosine mechanism. Planta Med 2004; 70: 594–7.
[7] Gooneratne NS. Complementary and alternative medicine for sleep disturbances in older adults. Clin Geriatr Med 2008; 24: 121–38, viii.
[8] Leathwood PD, Chauffard F. Quantifying the effects of mild sedatives. J Psychiatr Res 1982; 17: 115–22.
[9] Balderer G, Borbely AA. Effect of valerian on human sleep. Psychopharmacology (Berl) 1985; 87: 406–9.
[10] Leathwood PD, Chauffard F. Aqueous extract of valerian reduces latency to fall asleep in man. Planta Med 1985: 144–8.
[11] Schulz H, Stolz C, Muller J. The effect of valerian extract on sleep polygraphy in poor sleepers: a pilot study. Pharmacopsychiatry 1994; 27: 147–51.
[12] Rodenbeck A, Simen S, Cohrs S, et al. Veränderte Schlafstadienstruktur als Hinweis auf die GABAerge Wirkung eines Baldrian-Hopfen-Präparates bei Patienten mit psychophysiologischer Insomnie. Somnologie 1998; 2: 26–31.
[13] Donath F, Quispe S, Diefenbach K, Maurer A, Fietze I, Roots I. Critical evaluation of the effect of valerian extract on sleep structure and sleep quality. Pharmacopsychiatry 2000; 33: 47–53.
[14] Poyares DR, Guilleminault C, Ohayon MM, Tufik S. Can valerian improve the sleep of insomniacs after benzodiazepine withdrawal? Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2002; 26: 539–45.
[15] Ziegler G, Ploch M, Miettinen-Baumann A, Collet W. Efficacy and tolerability of valerian extract LI 156 compared with oxazepam in the treatment of non-organic insomnia--a randomized, double-blind, comparative clinical study. Eur J Med Res 2002; 7: 480–6.
[16] Diaper A, Hindmarch I. A double-blind, placebo-controlled investigation of the effects of two doses of a valerian preparation on the sleep, cognitive and psychomotor function of sleep-disturbed older adults. Phytother Res 2004; 18: 831–6.
[17] Vonderheid-Guth B, Todorova A, Brattström A, Dimpfel W. Pharmacodynamic effects of valerian and hops extract combination (Ze 91019) on the quantitative-topographical EEG in healthy volunteers. Eur J Med Res 2000; 5: 139–44.
[18] Notter D, Brattström A, Morandell D, Polasek W. Wirksamkeit und Sicherheit eines Baldrian-Hopfen-Kombinationspräparates bei verschiedenen Schlafstörungen. Eine Therapiebeobachtung. Phytotherapie 2003; 3: 2–5.

Sparbemühungen im Parlament

Generikum ist nicht gleich Generikum

Im Bemühen, die steigenden Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen und die ausserordentlich hohen Krankenkassen-Prämien des nächsten Jahres zu reduzieren, diskutiert das eidgenössische Parlament zur Zeit den Vorschlag, wonach künftig nur noch das billigste Generikum abgegolten werden soll. Dass dies nicht immer die beste und auch kostengünstigste Lösung ist, weiss der Apotheker Michel Buchmann, seit langem in der pharmazeutischen Betreuung von Heimen tätig, aus langjähriger Erfahrung.

Michel Buchmann, Sie setzen sich dezidiert dafür ein, dass nicht das billigste, sondern das optimale Generikum vergütet werden soll. Können Sie uns an einem konkreten Beispiel zeigen, weshalb billig nicht immer optimal ist?

In unserem Apothekeralltag haben wir regelmässig mit Patienten zu tun, die gerade aus dem Spital entlassen wurden. Vor ihrem Spitalaufenthalt erhielten sie eine Behandlung mit mehreren Generika, die nicht unbedingt in der Arzneimittelliste des betreffenden Spitals aufgeführt sind. Deshalb werden sie während des Aufenthalts umgestellt und mit den von den Spitalärzten ausgewählten Arzneimitteln behandelt, die aber denselben Wirkstoff enthalten. Bei der Entlassung erhält der Patient ein Rezept mit Arzneimitteln aus der Spitalliste. Sie entsprechen nicht denen, die der Patient bereits zu Hause hat, enthalten aber dieselben Wirkstoffe. Es ist also grosse Vorsicht geboten und man muss gemeinsam mit dem Patienten überlegen, ob man auf bestimmte vom Spital verschriebene Generika verzichtet, um weiterhin die dem Patienten bekannten Mittel zu verwenden. Denn jetzt muss er allein und ohne Hilfe zu Hause zurechtkommen. Aus seiner Sicht hat ein Medikament eine Form und eine Farbe. Er kann sich nicht an esoterische Namen wie «Tamsulosin-Hersteller-X-Depotkapseln 0,4 mg» erinnern. Nein, er weiss, dass er «eine längliche, beigefarbene Kapsel, die etwas schwer zu schlucken ist» einnehmen muss. Daher ist die Auswahl der Arzneimittel unverzichtbar, um die Behandlungssicherheit zu gewährleisten und Überdosierungen zu vermeiden, kostet aber Zeit.

Mit solchen Situationen sind wir konfrontiert, wenn eines Tages der Entscheid fällt, immer das billigste Generikum abgeben zu müssen. Und es scheint mir unmöglich, diese Arbeit zu leisten, weil uns die Zeit fehlen wird. Und da die Patienten zu Hause nicht immer eine Pflegerin zur Seite haben, bin ich überzeugt, dass die Hospitalisationen aufgrund von Arzneimittelunfällen zunehmen werden. Denn wie sollen wir sicherstellen, dass alle «Tabletten unterschiedlicher Form und Farbe», die der Patient zu Hause hat, auch denselben Wirkstoff enthalten? Ich kann also keinen sogenannten Sparmassnahmen zustimmen, deren Effekt überhaupt nicht nachgewiesen ist, die aber mit Sicherheit hohe therapeutische Risiken bergen.



Michel Buchmann

Billig ist damit auch nicht immer kostengünstig. Weshalb macht Ihrer Meinung nach das Parlament diesen Unterschied bei den Generika nicht?

Weil die Parlamentarier allein von der Frage der Kostenersparnis besessen sind. Und man kann nicht von ihnen verlangen, sowohl die galenische, klinische als auch therapeutische Seite zu verstehen und überdies mindestens zwei Landessprachen zu beherrschen. Die Weisheit eines Politikers liegt darin, in seinen Entscheidungen dem übergeordneten Allgemeininteresse den Vorrang zu geben. Es ist von öffentlichem Interesse, erschwingliche Gesundheitsleistungen für alle bereitzustellen; das darf aber nicht so weit gehen, dass man therapeutische Risiken eingeht und damit die Kosten in die Höhe treibt. Hier verläuft die Grenze, die wir nicht überschreiten dürfen.

Sie haben nicht nur langjährige Erfahrung als Offizinapotheker, sondern auch in der pharmazeutischen Betreuung von Alters- und Pflegeheimen. Dort sind mit Ärzten, Apothekern und Pflegepersonal zahlreiche Personen in die Medikation involviert. Wer soll Ihrer Meinung nach hauptverantwortlich dafür sein, dass das optimale Generikum verabreicht wird?

Bei der Betreuung von Alters- und Pflegeheimen gibt die Sicherheit des Patienten unter Berücksichtigung des besten Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses den Ausschlag für die Auswahl der Generika. Zu Beginn meiner Tätigkeit in den Alters- und Pflegeheimen wurden in den Freiburger Einrichtungen keine Generika verabreicht. Derzeit sind 30 Prozent der in den Einrichtungen verwendeten Präparate Generika. Mit ihnen musste sich das Pflegepersonal vertraut machen. Es dauerte drei Jahre, bis wir in Zusammenarbeit mit den Ärzten all diese neuen Medikamente eingeführt hatten. Jetzt haben sich neue Vorgehensweisen etabliert, was den Patienten die Sicherheit garantiert. In Zukunft muss für ein Generikum erst nachgewiesen werden, dass es eine deutliche Verbesserung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses bringt, bevor wir gemeinsam entscheiden, es in die

Therapie aufzunehmen. Es darf auf keinen Fall vernachlässigt werden, dass jede Änderung die Gefahr von Behandlungsfehlern birgt, selbst bei Fachpersonen. Können Sie sich daher einen ständigen Wechsel von Medikamenten vorstellen, ohne dass es zu Irrtümern kommt, insbesondere bei alten und alleinstehenden Menschen?

Sie engagieren sich seit vielen Jahren auch für die Qualitätszirkel, in denen Ärzte und Apotheker sehr erfolgreich zusammenarbeiten. Die Erfahrung zeigt, dass diese Kooperation hilft, Kosten zu sparen. Würde die Vorschrift, dass nur noch das billigste Generikum vergütet wird, die Arbeit der Qualitätszirkel nicht stark einschränken oder sogar sinnlos machen?

Die Arbeit der QZ dient nicht primär dem Austausch von Originalpräparaten durch Generika. Mit Sicherheit nicht! Die Hauptarbeit besteht für jede therapeutische Klasse darin, auf der Grundlage der jüngsten wissenschaftlichen Publikationen zu analysieren, welche Innovation die Industrie bietet.

Wir wollen gegenüber den verschreibenden Ärzten die Pseudoinnovationen kenntlich machen, die ungerechtfertigt ein älteres, hinreichend bekanntes und dokumentiertes Präparat verdrängen sollen. Wir befassen uns vor allem mit therapeutischer Substitution, nicht mit Generika. Selbstverständlich stellen wir aber systematisch alle neuen Generika auf dem Markt vor, die einen wirklichen therapeutischen Nutzen bieten, was nicht immer der Fall ist.

Kann daraus gefolgert werden, dass im Bemühen, Kosten zu sparen, initiative Aktivitäten verunmöglicht werden, die bereits jetzt erfolgreich dazu beitragen, Kosten zu sparen?

Wenn über die Senkung der globalen Arzneimittelkosten gesprochen wird, darf man nicht vergessen, dass sich die Kosten aus dem Produkt der Multiplikation von Preis/Einheit mal der Anzahl der vom Patienten verbrauchten Einheiten ergeben. Wenn beispielsweise einem Patienten ein Jahr lang ein Lipidsenker zu CHF 1.– pro Tablette verschrieben wird, betragen die Kosten für den Lipidsenker CHF 365.–. Diese Kosten können gesenkt werden, indem man dem Arzt vorschlägt, als erste Wahl einen Lipidsenker zu CHF 0.7/Tbl. zu verschreiben, wenn dieser dieselbe Wirkung zeigt wie der erste (den Nachweis führen die Qualitätszirkel). Die jährlichen Gesamtkosten belaufen sich dann auf CHF 255.50. Dieselbe Kostensenkung würde sich einstellen, wenn der Patient das erste Präparat zu CHF 1.–/Tbl. nur 255 Tage einnimmt.

In diesem Fall gilt der Arzt als einer, der kostengünstig verschreibt. Tatsächlich aber verschreibt er teure Präparate an einen Patienten mit geringer Compliance. Man kann also feststellen, dass sich hinter einer Veränderung der Arzneimittelkosten vollkommen unterschiedliche Situationen verbergen können. Und nicht zwangsläufig führt eine Senkung der Arzneimittelpreise auch zu einer Senkung der Behandlungskosten.

Dies wird umso deutlicher, wenn man die Verschreibungspraxis zweier Ärzte vergleicht. Der eine verordnet 5 Prozent seiner Patienten Arzneimittel, der andere 14 Prozent, was ebenfalls die Gesamtkosten in die Höhe treibt. Es ist nicht leicht zu entscheiden, wer Recht und wer Unrecht hat. Allerdings können diese Parameter in den Qualitätszirkeln diskutiert werden. Unbestritten ist aber, dass eine Senkung der Arzneimittelpreise keinerlei Einfluss auf die Anzahl der Patienten hat, die eine Behandlung erhalten.

Haben Sie einen konkreten Vorschlag, mit welchen Massnahmen das Parlament die Kostenfrage im Gesundheitswesen entschärfen könnte?

Der einzige Weg zu einer tatsächlichen Senkung der Medikamentenkosten ist die Kooperation in interdisziplinären Zirkeln, in denen Verschwiegenheit und Vertraulichkeit gelten und keinerlei wirtschaftliche Anreize das Ziel konterkarieren. Unsere Ergebnisse in den Qualitätszirkeln Arzt-Apotheker liefern den Beweis, unabhängig von der Preispolitik des BAG. Aber leider hört uns niemand zu. Hier sollte wirklich das Parlament aktiv werden. ▮

Interview: Christa Rüedi
E-Mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Tous les génériques ne sont pas équivalents

Dans sa volonté de maîtriser l'augmentation des coûts de santé et de réduire les primes maladie exceptionnellement élevées de l'année prochaine, le Parlement fédéral discute actuellement d'une proposition qui prévoit de ne plus rembourser à l'avenir que le générique le meilleur marché. Michel Buchmann, pharmacien notamment très engagé dans l'assistance pharmaceutique des homes, sait d'expérience qu'il ne s'agit pas toujours de la solution la plus appropriée et certainement pas la plus avantageuse.

Michel Buchmann, vous vous opposez fermement à l'idée de ne rembourser que le générique le meilleur marché. Pouvez-vous nous expliquer à l'aide d'un exemple concret pour quelle raison le générique le meilleur marché n'est pas forcément le mieux adapté?

Régulièrement, dans notre pratique officinale, nous gérons des patients sortant d'un séjour hospitalier. Ils disposaient avant leur admission stationnaire d'un traitement associant différents génériques qui ne sont pas nécessairement dans la liste des médicaments de l'hôpital concerné. Pendant le séjour hospitalier, un switch est donc mis en place pour traiter avec les médicaments choisis par les médecins de l'hôpital, mais contenant le même principe actif. Il s'en suivra donc une ordonnance de sortie d'hôpital, composée de médicaments de la liste de l'hôpital et qui ne sont pas les mêmes que le patient possède déjà à la maison, quoique composés des mêmes principes actifs. De façon très prudente, il faut donc, avec le patient, analyser la situation et renoncer à certains génériques prescrits par l'hôpital pour continuer d'utiliser les médicaments identifiables par le patient qui, maintenant, est seul et sans aide à la maison. Pour lui, un médicament a une forme et une couleur. Il ne peut pas se souvenir de noms ésotériques comme «Tamsulosin-FabricantX-Depocaps 0.4 mg». Non il sait qu'il doit prendre «une capsule allongée beige un peu difficile à avaler». Ce travail de triage de produits, nécessaire pour garantir la sécurité des traitements et des surdoses, est long et indispensable.

Il correspond assez bien aux situations que nous devrions gérer si la décision de toujours fournir le générique le meilleur marché tombait un jour ou l'autre. Cela me paraît impossible à réaliser faute de temps. Et comme les patients, à la maison, n'ont pas tous une infirmière pour les aider, je suis certain que les hospitalisations dues à des accidents thérapeutiques iraient en augmentant. En effet, comment garantir que tous les «comprimés de forme et de couleur différentes» à disposition des patients à la maison contiennent le même principe actif?

Je ne peux donc pas accepter des économies qui sont loin d'être démontrées mais qui ont pour effet certain de créer de l'insécurité thérapeutique.

Bon marché ne signifie pas forcément avantageux. Pourquoi le Parlement ne fait-il à votre avis pas cette différence avec les génériques?

Parce que les parlementaires sont obnubilés par la seule nécessité d'économiser. Et l'on ne peut pas leur demander de comprendre à la fois la galénique, la clinique et la thérapeutique, en plus de la maîtrise d'au minimum deux langues nationales. La sagesse d'un politicien réside dans le fait de ne décider que dans l'intérêt général prépondérant. Il est d'intérêt public d'avoir des soins de santé économiquement supportables pour tous, mais pas au point de créer de l'insécurité en matière thérapeutique qui va augmenter les coûts. Nous avons là le seuil à ne pas franchir.

Vous avez non seulement de longues années d'expérience en tant que pharmacien d'officine, mais aussi dans le domaine de l'assistance pharmaceutique en EMS. Dans ce genre d'établissements, le traitement médicamenteux est à la fois confié aux médecins, aux pharmaciens et au personnel soignant. Qui devrait à votre avis décider en dernier ressort quel générique doit être remis?

C'est la sécurité du patient, dans le cadre du rapport coût/efficacité le meilleur, qui définit le choix des génériques dans le cadre de l'assistance pharmaceutique en EMS. Au tout début de la prise en charge de cette activité en EMS, les génériques n'étaient pas utilisés dans les établissements fribourgeois. Actuellement 30% des emballages en EMS sont des génériques que les infirmières ont dû apprendre à connaître. Il a fallu trois années pour arriver à introduire tous ces nouveaux médicaments, dans le cadre de discussions avec les médecins concernés. Des habitudes nouvelles ont maintenant été mises en place, signe de sécurité pour les patients. Il faudra, à l'avenir, qu'un nouveau générique fasse la démonstration d'une sérieuse modification du rapport coût/efficacité pour que l'on décide ensemble de l'introduire dans la thérapie. Il faut absolument rappeler que tout changement augmente le risque d'erreurs, même chez les professionnels. Alors, pouvez-vous



Michel Buchmann

imaginer des changements continus de médicaments, sans erreurs, chez les patients, surtout lorsqu'ils sont âgés et seuls?

Depuis de nombreuses années, vous animez également des cercles de qualité au sein desquels les médecins et les pharmaciens collaborent très efficacement. L'expérience a montré leur capacité à diminuer les coûts. Est-ce que l'obligation de remettre le générique le meilleur marché ne risque pas de considérablement restreindre le travail des cercles de qualité voire de le réduire à néant?

Le travail en CQ ne se résume pas à mettre en place des déplacements thérapeutiques de médicaments originaux vers les génériques. Non! Le travail principal consiste à analyser, dans chaque groupe thérapeutique, l'innovation proposée par l'industrie, sur la base des publications scientifiques les plus récentes. Il s'agit de mettre en lumière chez le prescripteur les pseudo-innovations qui ne méritent pas de supplanter les anciens traitements bien connus et largement documentés. Nous travaillons donc surtout sur des substitutions non pas génériques mais thérapeutiques. Mais il est évident que nous présentons systématiquement tous les génériques nouveaux apparaissant sur le marché et qui apportent réellement un plus en matière thérapeutique, ce qui n'est pas toujours le cas.

Peut-on en conclure que les objectifs d'économies brisent toute initiative qui contribue efficacement à réduire les coûts déjà aujourd'hui?

Lorsque l'on parle de baisser les coûts globaux des médicaments, il ne faut pas oublier que le coût est un multiple du prix/unité par le nombre d'unités utilisées par le patient. Si par exemple, il est prescrit à un patient un hypolipémiant à fr. 1.– par comprimé pour une année, le coût de l'hypolipémiant sera de fr. 365.–. On peut réduire ce coût en proposant au médecin de prescrire en première intention un hypolipémiant à fr. 0.7/cpr s'il est aussi efficace que le premier (preuve apportée dans les cercles de qualité). A ce moment le coût annuel sera de fr. 255.50. Ce même coût pourra être atteint si le premier patient n'utilise les cpr à fr. 1.– que pendant 255 jours.

L'on parlera alors d'un médecin qui prescrit bon marché; mais en fait, il prescrit cher à un patient peu compliant. L'on constate donc qu'une variation de coûts de médicaments cache des situations totalement différentes. Et ce n'est pas parce que l'on baisse le prix des médicaments que l'on va automatiquement baisser les coûts des traitements.

D'autant plus que si nous considérons les pratiques de deux médecins, l'un en prescrira à 5% de sa clientèle et l'autre à 14%, ce qui augmentera d'autant les coûts globaux. Qui a tort et qui a raison n'est pas simple à décider. Toutefois, ces paramètres peuvent être discutés en cercle de qualité. Ce qui est sûr, c'est que la baisse du prix des produits n'aura aucune influence sur le nombre de patients recevant la thérapie.

Avez-vous une proposition concrète sur la façon dont le Parlement pourrait régler la question des coûts dans le système de santé?

La seule façon de réduire réellement les coûts des médicaments consiste à travailler en cercle interdisciplinaire, dans la discrétion et la confiance, en l'absence d'incitations économiques allant à contresens. Nos résultats des cercles de qualité pharmaciens-médecins sont là pour le démontrer, indépendamment de la politique de l'OFSP en matière de prix. Mais qui est prêt à nous entendre? Il s'agit vraiment d'une voie sur laquelle pourrait s'engager le Parlement. ▮

Interview: Christa Rüedi
E-mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Préalpes fribourgeoises

Philippe Bailly

Le CAP, par la diversité et la qualité des enseignements qu'il propose aux officinaux, a contribué à faire entrer notre métier dans la modernité. Mais pour que ces mutations ne soient pas synonymes d'une perte d'identité, il a su également maintenir la place des enseignements traditionnels de la pharmacie.

C'est ainsi que la sortie botanique annuelle contribue au maintien de cette tradition pharmaceutique qui, de Pline et Galien en passant par Paracelse jusqu'à Potier (découverte de la vinorelbine à partir de Cataranthus roseus, du Taxotère à partir de l'if), montre la dualité profonde de la science pharmaceutique. Science qui, puisant ses intuitions dans un savoir empirique ou une observation apparemment vaine de la diversité naturelle, sait l'exploiter dans les manifestations les plus pointues de la chimie organique et de la pharmacologie au service des patients.

Médecine de «bonne femme» toujours actuelle

Le 11 juin au matin, ce sont quatorze confrères très motivés qui, bravant une météo des plus maussades, se retrouvent sur le parking de Lavaux avant d'entamer la montée au Col de Soladier au pied de la Cape au Moine, but de notre excursion du jour. La végétation est en pleine floraison et nous allons pouvoir découvrir une centaine d'espèces au cours de cette journée. Notre but n'est pas l'observation obligée de raretés botaniques; mais cette sortie va être l'occasion de constater que des plantes courantes de nos montagnes, classées depuis des lustres dans la catégorie des remèdes dits de «bonne femme», retrouvent une certaine aura dans l'utilisation «moderne» de la phytothérapie.

Le bugle rampant, sous forme de teinture-mère, peut constituer une alternative dans le traitement de la fibromyalgie à raison de 30 gouttes de TM trois fois par jour; elle peut être associée à l'achillée millefeuille (herbe au charpentier) dans le traitement des contractures, lombalgies et spasmes douloureux (20 gouttes toutes les deux heures du mélange des 2 TM, à espacer dès amélioration).

La gentiane jaune que nous apprenons à différencier du vératre est elle aussi redécouverte par la phytothérapie moderne. Ses principes amers connus depuis toujours (elle est prescrite en TM à raison de 25 gouttes trois fois par jour au début des repas pour les troubles digestifs) sont supplantés par son action antipsychotique et antidépressive. Elle a d'ailleurs été étudiée par le professeur Hostettmann qui travaille sur les effets IMAO de la gentisine et autres xanthones contenues dans la plante.

Nous avons l'occasion d'observer au cours de cette sortie plusieurs plantes de la famille des Labiées à activité immunomodulatrice telles que le thym serpolet et l'origan utilisables sous forme de totum ou d'huile essentielle.

Le lotier corniculé, humble petite Fabacée, est utilisé pour le traitement des angoisses suscitant des réveils nocturnes.

Ces quelques exemples glanés le long du chemin, et qu'il serait possible de multiplier au gré d'une grande partie des plantes observées, nous montrent le regain d'intérêt suscité par la phytothérapie contemporaine.

Phytothérapie pour une santé durable

La crise économique et sociétale que nous traversons est peut-être le prélude à un changement de paradigme, un retour à une utilisation moderne et raisonnée des plantes dans le traitement des troubles fonctionnels. C'est la place qui leur revient de droit, à la confluence des impératifs économiques, des soucis d'efficacité et de l'aspiration générale des populations occidentales à des méthodes plus naturelles. Je ne peux que céder la parole au Professeur Pelt: «On rejoint la sensibilité moderne en faveur de pratiques plus respectueuses et moins destructrices de la nature, et de la nature humaine aussi, qui viennent inscrire la phytothérapie dans l'ensemble des démarches en faveur de ce qu'on pourrait qualifier de «santé durable». ▮



Participants attentifs malgré le temps maussade

Adresse de correspondance
Marie-José Barbalat
Pharmacienne
Responsable CAP
E-mail: amj.barbalat@bluewin.ch

Bibliographie
JM Morel traité pratique de phytothérapie Grancher 2008

Binz Thommen Flore de la Suisse

Lauber Wagner Flora Helvetica Haupt 1996

La valériane, sédatif végétal

Chantal Schlatter

La valériane est utilisée traditionnellement depuis des siècles dans le traitement des états d'agitation nerveuse et des troubles du sommeil. Mais son usage peut-il aussi se justifier du point de vue rationnel? L'article suivant fait état de nouvelles découvertes sur les mécanismes d'action potentiels et l'évidence actuelle concernant son efficacité et son délai d'action.

L'insomnie se caractérise par des troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil, des réveils fréquents la nuit, un réveil trop matinal ou un sommeil pas assez profond. Les troubles du sommeil sont incontestablement un phénomène largement répandu. La population d'âge avancé est la plus fréquemment (bien que pas exclusivement) touchée, car la durée du sommeil diminue aussi physiologiquement en vieillissant.

Une trop courte durée de sommeil entraîne une atteinte des aptitudes cognitives et de la psychomotricité, ainsi que des sautes d'humeur. Le système immunitaire souffre également d'un sommeil insuffisant. Les somnifères synthétiques les plus souvent utilisés (les benzodiazépines) exercent une action agonistique sur le complexe des récepteurs GABA et ont pour effet aussi bien d'induire le sommeil que de le maintenir. Toutefois, ils réduisent le sommeil paradoxal (sommeil REM) et présentent dans l'électroencéphalogramme (EEG) une augmentation du sommeil léger ainsi qu'une répression du sommeil slow wave (SWS), donc du sommeil profond, qui est décisif pour les processus de régénération. [1]

En cas de prise de benzodiazépines pendant une période prolongée, un risque de développer une dépendance existe.

Attentes élevées à l'égard des produits phytopharmaceutiques

Les produits thérapeutiques végétaux jouissent d'une popularité croissante. On en attend la même efficacité que celle des produits pharmaceutiques synthétiques, mais sans les effets indésirables correspondants. Idéalement, les sédatifs végétaux ne devraient ni influencer négativement l'évolution du sommeil, ni entraîner une dépendance. En outre, le taux d'effets indésirables devrait être bas et le spectre thérapeutique large, ce qui est particulièrement important dans le cadre de l'autotraitement.

Du point de vue de l'évolution biologique, les plantes synthétisent leurs composants secondaires non pas pour le bien de l'être humain, mais pour se défendre contre les prédateurs. Et néanmoins, l'humanité a depuis toujours tiré profit de l'efficacité des plantes. Etant donné qu'il s'agit là de substances biologiquement actives, il faut s'attendre, comme pour les remèdes synthétiques, à ce qu'elles entraînent également des effets indésirables et des interactions. L'hypothèse globale selon laquelle il s'agit de substances naturelles et donc inoffensives par principe est fausse. Citons à titre d'exemple l'hépatotoxicité des composants du kava ou le potentiel d'interactions de ceux du millepertuis.

Tradition ancienne et découvertes récentes

La valériane a derrière elle une tradition de plus de 300 ans relative au traitement des états d'agitation nerveuse et des troubles du sommeil, et néanmoins les connaissances quant à son mécanisme d'action sont relativement récentes et incomplètes. Les premières études sur l'efficacité chez l'être humain ont été réalisées dans les années 1980. La publication de rapports et de méta-analyses systématiques sur l'efficacité et la sécurité ne date que de quelques années [2–5]. En considérant les succès les plus récents dans l'identification de ces substances actives, nous n'en sommes qu'au tout début. [1,6]



Valeriana officinalis (valériane)

Les racines de la valériane officinale (Valeriana officinalis) native d'Europe et d'Asie sont employées comme plante médicinale. Ses composants englobent des valépotriates, des sesquiterpénoïdes volatils tels que l'acide valérique, des lignanes, des acides gras, des alcaloïdes et des acides aminés comme le GABA. L'odeur caractéristique est produite par la décomposition des valépotriates. Les valépotriates ont des propriétés mutagènes in vitro, raison pour laquelle les variétés particulièrement riches en valépotriates, comme la Valeriana edulis et la Valeriana wallichii ne sont plus employées aujourd'hui pour la production de médicaments. [1,7] En outre, les valépotriates sont très instables chimiquement et thermolabiles, et n'entrent donc plus que rarement dans la composition des extraits et des tisanes.

Naturellement, les études en vue d'examiner le principe actif de la valériane n'ont pas manqué. L'extrait lui-même est riche en acide aminé γ-butyrique (GABA). Comme le GABA ne peut pas pénétrer la barrière hémato-encéphalique, une liaison aux récepteurs GABA centraux in vivo est plutôt improbable. [1] Néanmoins, d'autres substances comme les dérivés flavonoïdes 6-méthylapigénine et biapigénine ont été découvertes, qui présentent également une forte affinité avec le point de liaison des benzodiazépines du récepteur GABA. Mais ces substances sont très vraisemblablement modifiées par les enzymes dans le tractus gastro-intestinal et le foie, de sorte que leur biodisponibilité est probablement minime. Il est également concevable que les métabolites de ces flavonoïdes déploient un effet sédatif plus fort que les substances initiales elles-mêmes. [1]

Une autre découverte est la lignane hydrophile olivil, qui se lie avec une forte affinité aux récepteurs A1 de l'adénosine. [6] Dans l'organisme humain, l'adénosine exerce un effet favorisant le sommeil, produit par le biais de la liaison des récepteurs. Lors d'activité intense prolongée du cerveau, l'adénosine s'accumule, exerce un effet sédatif et protège ainsi le cerveau de la surcharge. Cet effet de la valériane transmis par le récepteur A1 de l'adénosine figure actuellement au premier plan en tant que mécanisme d'action.

La commission E* recommande une dose d'extrait correspondant à deux à trois grammes de médicament, une fois à plusieurs fois par jour. Cette quantité correspond à environ 600 mg d'extrait de valériane par jour. Pour les préparations de valériane habituelles dans les pharmacies, cette dose est atteinte en règle générale par la prise d'un à deux comprimés ou dragées. Pour le traitement des troubles de l'endormissement, il est recommandé, selon les informations professionnelles, de prendre les préparations une heure environ avant le coucher.

Il existe également dans le commerce des préparations combinées contenant du houblon et de la mélisse.

Est-ce efficace ou non?

Dans le cadre d'une étude sur des patients âgés présentant des troubles du sommeil, une amélioration subjective de la qualité du sommeil a été constatée chez 63% des sujets. Toutefois, une amélioration a été observée également chez 43% des sujets du groupe ayant reçu un placebo, la différence n'étant pas significative du point de vue statistique. [8] Une étude réalisée sur des patients en bonne santé sans problèmes de sommeil, qui utilisait des paramètres de contrôle aussi bien subjectifs qu'objectifs (polygraphie du sommeil avec EEG pour surveiller la qualité du sommeil et actimétrie pour mesurer les mouvements au cours du sommeil) a également montré une amélioration de la sensation subjective, mais aucun changement des paramètres objectifs. [9] Une deuxième étude basée sur des mesures actimétriques a trouvé chez des patients insomniaques une réduction statistiquement significative du temps d'endormissement, mais la forte dose de 900 mg était associée à une fatigue matinale. [10]

Dans le cadre d'une petite étude sur des patients insomniaques de plus de 60 ans, aucune modification n'a été relevée après la première dose, mais une diminution du sommeil léger et une augmentation du sommeil profond a été constatée après un traitement de huit jours. [11] Au contraire, dans une autre étude, un traitement de quatre semaines a conduit à une diminution du sommeil profond et à une augmentation des phases de sommeil léger [12], ce qui correspond plutôt à l'atteinte défavorable de la qualité du sommeil par des benzodiazépines, mais un effet de GABA serait confirmé tout de même.

Une autre étude a révélé, après deux semaines de traitement, une diminution du temps d'endormissement dans la polygraphie du sommeil, mais pas d'amélioration générale de la qualité du sommeil. [13] La valériane a également été examinée en tant que produit thérapeutique après le sevrage de la benzodiazépine. Une légère amélioration de la qualité du sommeil était observée, mais le temps jusqu'à l'endormissement n'a pas été influencé positivement. [14] En outre, l'effet de la valériane a été comparé à celui de la benzodiazépine oxazépam. Au bout de six semaines de traitement, la valériane s'est donc avérée tout aussi efficace que l'oxazépam. [15] Malheureusement, seuls des paramètres de contrôle subjectifs ont été employés, et une comparaison supplémentaire avec placebo aurait été intéressante. Dans les études susmentionnées, soit des monopréparations, soit des associations d'extraits de valériane et de houblon ont été examinées. Il s'agissait d'extraits soit aqueux, qui ne sont plus pertinents aujourd'hui, soit éthanoliques ou méthanoliques.

Cet aperçu a pour but d'illustrer à quel point les études et les résultats concernant l'efficacité sont hétérogènes. Comme la plupart des produits phytothérapeutiques, à l'exception du millepertuis, la valériane souffre aussi d'un manque d'études cliniques de bonne qualité. Les études sont très différentes en ce qui concerne le groupe de patients, les paramètres de contrôle, les propriétés des extraits, l'utilisation et la durée des prises, de sorte que les résultats sont difficiles à comparer et à classifier. Ceci se reflète aussi dans les conclusions des rapports correspondants qui vont de la mention «inefficace» [3] à «efficacité possible» [2,5], en passant par «évidence non probante» [4].

La valériane semble présenter un bon profil de sécurité; des troubles gastro-intestinaux ou des réactions cutanées sont rarement observés.

Malgré tout, la prudence est de mise: «Absence of evidence is not evidence of absence», comme l'ont déjà formulé même les auteurs de Cochrane, gardiens de la médecine basée sur les preuves. La preuve de l'efficacité des produits phytopharmaceutiques représente un défi particulier. Il est tout à fait possible que la valériane exerce, en cas de troubles du sommeil, un effet non seulement subjectif mais (aussi) objectif, alors que la preuve définitive n'en a pas encore été fournie jusqu'ici et pour toutes sortes de raisons. Il est également possible que l'effet des produits phytopharmaceutiques comme la valériane et le houblon ne puisse pas être évalué avec les mêmes paramètres que ceux auxquels nous sommes habitués dans le cas des somnifères classiques. Il est fort probable qu'au contraire des somnifères synthétiques, il ne soit pas possible de forcer le sommeil au moyen des produits phytopharmaceutiques, mais plutôt de favoriser la disposition au sommeil par le biais d'une diminution de la tension nerveuse. [1] Là aussi, nous n'en sommes qu'au début de la recherche: de nouvelles études, de meilleure qualité et à plus large spectre, sont attendues impatiemment.

Traitement aigu ou de longue durée?

Il est traditionnellement admis que l'effet de la valériane se constitue peu à peu seulement, et que l'efficacité maximale ne peut être atteinte qu'au bout de deux à quatre semaines. Toutefois, le temps qui s'écoule jusqu'à la prise d'effet n'a pas été systématiquement examiné dans le cadre des études, mais plutôt déduit indirectement. Il existe cependant certaines études qui se basaient sur un premier examen polygraphique du sommeil après la première dose déjà. Dans ces études, aucun changement n'a été observé à la suite d'un dosage unique. [9,11,16] D'autre part, il existe aussi des indications selon lesquelles des effets immédiats sur le système nerveux central sont possibles. Ainsi,

* Commission scientifique de phytothérapie de l'Institut fédéral allemand des médicaments et des dispositifs médicaux

au cours d'une recherche avec un dosage très élevé d'un extrait de valériane (1500 mg) des changements dans l'EEG ont été enregistrés quatre heures seulement après la première prise. [17] Egalement intéressante à cet égard, une étude en rapport avec la lignane olivil, qui se lie aux récepteurs centraux A1 de l'adénosine. Il a d'abord été administré aux patients une forte dose de caféine, antagoniste de l'adénosine, qui stimule au niveau central. La prise d'un extrait combiné de valériane/houblon a supprimé l'effet stimulant de la caféine sur le récepteur de l'adénosine 60 minutes plus tard déjà. [6] Cette observation concorde avec le fait que les effets produits par un récepteur interviennent en règle générale immédiatement, mais seulement lorsque la concentration est suffisamment élevée sur le récepteur. Le fait que les indications selon lesquelles une amélioration cliniquement significative du sommeil ne soit pas atteinte immédiatement avec la valériane prédominent dans les textes de référence pourrait aussi être dû à un dosage initial trop faible des préparations de valériane. Selon la situation actuelle des données, une prise d'effet doit être attendue probablement au plus tôt après une prise régulière pendant une à deux semaines. Ceci a également été confirmé par l'observation de l'application chez des patients qui avaient pris une à deux doses de la préparation étudiée pendant quatre semaines, chaque soir. Chez 40,3% des patients, un effet s'est fait sentir au cours des cinq premiers jours de traitement déjà, chez 26,4% seulement entre le cinquième et le dixième jour, chez 14,6% après le dixième jour et chez 18,8%, aucun effet ne s'est produit même au bout de quatre semaines. [18]

Conclusion

Sur le plan moléculaire, différents mécanismes d'action ont été postulés, et l'effet agoniste aux récepteurs A1 de l'adénosine semble le plus prometteur. Ces études parlent en faveur d'un effet pharmacologique de la valériane en cas de troubles du sommeil, mais aucune preuve concrète d'un effet clinique objectif n'a pu être fournie à ce jour selon les critères de la médecine basée sur les preuves.

En raison de la bonne sécurité des préparations de valériane, un essai thérapeutique peut être recommandé. Toutefois, les préparations devraient être prises régulièrement pendant une période d'au moins deux semaines, les utilisations individuelles à la demande paraissant ne pas présenter d'effet immédiat, du moins avec les posologies admises aujourd'hui. En revanche et au contraire des benzodiazépines, la valériane convient selon le cas aussi pour un traitement prolongé.

Si aucune amélioration ne s'est produite après deux semaines de prise régulière d'un extrait de valériane ou d'un produit phytopharmaceutique combiné, le patient devrait consulter un médecin. ▮

Cet article a été rédigé sur mandat de la CMPS par Chantal Schlatter, pharmacienne, Bâle

Nous remercions le Prof. Ueli Honegger, Wohlen b. Bern, pour la relecture du manuscrit.

Adresse de correspondance

Commission des médicaments des pharmaciens suisses
CMPS
Case postale 5247
3001 Berne
Tél. 044 994 75 63
Fax 044 994 75 64
E-mail: mail@aka.ch

Littérature

[1] Unger M. Pflanzliche Sedativa. Pharm Unserer Zeit 2007; 36: 206–12.
[2] Bent S, Padula A, Moore D, Patterson M, Mehling W. Valerian for sleep: a systematic review and meta-analysis. Am J Med 2006; 119: 1005–12.
[3] Taibi DM, Landis CA, Petry H, Vitiello MV. A systematic review of valerian as a sleep aid: safe but not effective. Sleep Med Rev 2007; 11: 209–30.
[4] Werneke U, Turner T, Priebe S. Complementary medicines in psychiatry: review of effectiveness and safety. Br J Psychiatry 2006; 188: 109–21.
[5] Wheatley D. Medicinal plants for insomnia: a review of their pharmacology, efficacy and tolerability. J Psychopharmacol 2005; 19: 414–21.
[6] Schellenberg R, Sauer S, Abourashed EA, Koetter U, Brattstrom A. The fixed combination of valerian and hops (Ze91019) acts via a central adenosine mechanism. Planta Med 2004; 70: 594–7.
[7] Gooneratne NS. Complementary and alternative medicine for sleep disturbances in older adults. Clin Geriatr Med 2008; 24: 121–38, viii.
[8] Leathwood PD, Chauffard F. Quantifying the effects of mild sedatives. J Psychiatr Res 1982; 17: 115–22.
[9] Balderer G, Borbely AA. Effect of valerian on human sleep. Psychopharmacology (Berl) 1985; 87: 406–9.
[10] Leathwood PD, Chauffard F. Aqueous extract of valerian reduces latency to fall asleep in man. Planta Med 1985: 144–8.
[11] Schulz H, Stolz C, Muller J. The effect of valerian extract on sleep polygraphy in poor sleepers: a pilot study. Pharmacopsychiatry 1994; 27: 147–51.
[12] Rodenbeck A, Simen S, Cohrs S, et al. Veränderte Schlafstadienstruktur als Hinweis auf die GABAerge Wirkung eines Baldrian-Hopfen-Präparates bei Patienten mit psychophysiologischer Insomnie. Somnologie 1998; 2: 26–31.
[13] Donath F, Quispe S, Diefenbach K, Maurer A, Fietze I, Roots I. Critical evaluation of the effect of valerian extract on sleep structure and sleep quality. Pharmacopsychiatry 2000; 33: 47–53.
[14] Poyares DR, Guilleminault C, Ohayon MM, Tufik S. Can valerian improve the sleep of insomniacs after benzodiazepine withdrawal? Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2002; 26: 539–45.
[15] Ziegler G, Ploch M, Miettinen-Baumann A, Collet W. Efficacy and tolerability of valerian extract LI 156 compared with oxazepam in the treatment of non-organic insomnia--a randomized, double-blind, comparative clinical study. Eur J Med Res 2002; 7: 480–6.
[16] Diaper A, Hindmarch I. A double-blind, placebo-controlled investigation of the effects of two doses of a valerian preparation on the sleep, cognitive and psychomotor function of sleep-disturbed older adults. Phytother Res 2004; 18: 831–6.
[17] Vonderheid-Guth B, Todorova A, Brattström A, Dimpfel W. Pharmacodynamic effects of valerian and hops extract combination (Ze 91019) on the quantitative-topographical EEG in healthy volunteers. Eur J Med Res 2000; 5: 139–44.
[18] Notter D, Brattström A, Morandell D, Polasek W. Wirksamkeit und Sicherheit eines Baldrian-Hopfen-Kombinationspräparates bei verschiedenen Schlafstörungen. Eine Therapiebeobachtung. Phytotherapie 2003; 3: 2–5.

Flash



Sparen im Gesundheitswesen

Der Nationalrat hat entschieden: Die dringlichen Massnahmen zur KVG-Kostendämpfung sollen Anfang 2010 in Kraft treten und bis Ende 2012 gelten. Der Ständerat wird die Vorlage in der Wintersession behandeln..
Die Zahl der Massnahmen und deren Komplexität hat die Öffentlichkeit und teils wohl auch einige Berichterstatter überfordert. Wir dürfen jedenfalls gespannt sein, wie der Ständerat die Diskussion im Oktober fortsetzt.
Wichtig für die pharmazeutische Versorgung ist der Entscheid des Nationalrats, dass künftig bei gleicher Eignung preisgünstige Medikamente zu verordnen sind. Diese Abkehr vom Billigstzwang ist zwar von einigen Medien als Sieg der Pharmalobby bezeichnet worden. Dass es vielmehr ein Sieg der Vernunft ist, der letztlich voraussehbare induzierte Zusatzkosten spart, erklärt Michel Buchmann im Interview in dieser Ausgabe.
Mit dem Entscheid des Nationalrats werden einige Einsparungen möglich sein, grundsätzliche Systemfehler werden damit aber nicht angegangen. Der Abbau von Fehlanreizen wird weiterhin ein wichtiges Thema und ein anzustrebendes Ziel bleiben. In welche Richtung prinzipielle Änderungen gehen könnten, hat Marcel Mesnil in einem Referat präsentiert, das wir im vorliegenden pharmaJournal zusammengefasst haben.

Christa Rüedi

Économies dans le système de santé

Le Conseil national a décidé: les mesures urgentes visant à maîtriser les coûts LAMal entreront en vigueur début 2010 et s'appliqueront jusqu'à fin 2012. Le Conseil aux États traitera du projet pendant la session d'hiver.
Le nombre de mesures et leur complexité a dépassé la population et probablement aussi quelques rapporteurs. Il sera intéressant de voir la façon dont le Conseil aux États poursuivra la discussion en octobre.
Pour les pharmaciens, la décision du Conseil national de s'en tenir à remettre un médicament adéquat choisi parmi les plus avantageux, et non obligatoirement le meilleur marché, est très importante. Le renoncement à l'obligation du moins cher a été qualifié par certains médias de victoire du lobby pharmaceutique. Dans l'interview qu'il a accordée, Michel Buchmann explique qu'il s'agit plutôt d'une victoire de la raison qui évitera des surcoûts induits par cette mesure.
La décision du Conseil national entraînera quelques économies, mais les erreurs fondamentales du système ne sont pas abordées. L'élimination des fausses incitations reste un sujet important et un objectif à atteindre. Marcel Mesnil a récemment tenu un exposé dans lequel il a montré dans quelle direction les changements pourraient aller. Vous en trouverez un résumé dans la présente édition du pharmaJournal.

Christa Rüedi

Formation en ligne pour se préparer à affronter l'avenir

Le comité de pharmaSuisse a récemment adopté une liste de critères que les établissements de formation continue et postgraduée doivent remplir pour que leur offre soit recommandée par la société faîtière. L'assistante en pharmacie Angela Berger s'est renseignée sur les possibilités offertes par la formation en ligne.

Madame Berger, vous venez de terminer votre formation d'assistante en pharmacie. Quelles sont donc vos perspectives professionnelles?

Mon travail à la pharmacie me plaît énormément. Les nombreux contacts avec la clientèle en font une activité à la fois variée et captivante. Aucune journée ne se ressemble. Si je décidais de me perfectionner plus tard, je pourrais suivre une formation pour devenir assistante de gestion en pharmacie avec brevet fédéral. Les compétences additionnelles se répercuteraient aussi au niveau financier.

Récemment, vous avez étudié la possibilité de suivre une formation continue ou postgraduée. Qu'est-ce qui vous attire particulièrement dans les offres de formation en ligne?

Comme je travaille, il est important pour moi de ne pas avoir d'heures fixes à respecter. Avec la formation en ligne, je peux gérer mon temps librement et parfaitement concilier travail et formation continue ou postgraduée. En outre, j'aime bien étudier seule. Ceci me permet d'avancer à mon rythme. Il est toutefois évident que ce type de formation nécessite davantage de persévérance qu'une formation bien réglée à l'école.

En tant qu'assistante en pharmacie, vous avez de nombreux contacts avec le public. Comment cela est-il compatible avec le fait de suivre une formation postgraduée seule dans son petit coin?

Le fait d'apprendre chez moi, en toute tranquillité, représente un parfait équilibre à mon quotidien parfois turbulent.

La formation en ligne permet de répartir son temps plus simplement que lors de la fréquentation d'une école. Est-ce que les contacts personnels avec d'autres étudiants ne risquent pas de vous manquer?

Comme je viens de le dire, j'aime bien étudier toute seule. En outre, j'écoute volontiers de la musique lorsque j'apprends. Ceci n'est bien sûr pas permis à l'école. Si je souhaite discuter de quelque chose, je pourrais certainement m'adresser à une collègue de travail ou à mon supérieur.

Votre travail est très exigeant et nécessite de vastes connaissances sur les médicaments et leur effet. Pensez-vous pouvoir travailler longtemps comme assistante en pharmacie sans suivre de formation continue et postgraduée adéquate?

Certainement pas. Toutes les professions se doivent de suivre des formations continues et postgraduées. Le marché des médicaments évolue à une telle vitesse que nous sommes rapidement dépassés si nous ne suivons pas régulièrement les dernières évolutions. Les assistantes en pharmacie apprennent tous les jours de nouvelles choses dans l'exercice de leur profession. Mais pour être vraiment informé, des formations continues structurées sont certainement plus efficaces.

Vous pourriez donc vous imaginer suivre une formation en ligne?

Oui, tout à fait. Mais pas tout de suite. J'aimerais d'abord me réacclimater ici après un long séjour à l'étranger. ▮



Angela Berger

Interview: Christa Rüedi
E-mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Grundversorgung muss ausgebaut werden

Christa Rüedi

Im Jahre 2008 hat das Bundesamt für Gesundheit die Gesundheitskompetenz definiert als «die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken». Anlässlich der Swiss Public Health Conference zum Thema Gesundheitskompetenz haben Vertreter verschiedener gesellschaftlicher Bereiche über ihren Beitrag zur Entwicklung individueller Gesundheitskompetenzen und zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse referiert.

Welchen Beitrag die Apotheken hier leisten können, hat Marcel Mesnil, Generalsekretär von pharmaSuisse, vorgestellt.

Grundversorgung – alleiniger Kompetenzbereich der Ärzte?

Die unzeitgemässe Gesundheitslandschaft Schweiz verursacht immer höhere Kosten und wird gleichzeitig immer ineffizienter. Spitäler klagen zunehmend über Patienten, die mit Bagatellfällen für teures Geld ihre Notfallstationen auf Trab halten. Dazu droht ein Hausärztemangel; gleichzeitig verlangen die Krankenversicherer von den Patienten, dass sie zuerst beim Hausarzt vorsprechen, bevor sie von diesem an einen (teureren) Spezialisten weitergewiesen werden.

Es wäre also dringend nötig, nicht nur die Spitäler und die Hausärzte von Bagatellfällen zu entlasten, sondern auch das «Gatekeeping» neu zu definieren und weitere Fachpersonen in die Grundversorgung mit einzubeziehen.

Die Apotheke als Teil der Grundversorgung

Eine Medizinalperson mit Hochschulausbildung gibt es in jeder der zahlreichen Schweizer Apotheken, die ohne Terminvereinbarung leicht zugänglich sind und in denen ein grosses Fachwissen kostengünstig abgerufen werden kann.

Das moderne Pharmaziestudium bietet seinen Absolventen ein breites Spektrum von medizinischen und pharmazeutischen Themen. Zentral sind Pharmakokinetik, Pharmakodynamik, klinische Pharmakologie, klinische Pharmazie, Pharmakotherapie wichtiger Erkrankungen, pharmazeutische Triage. Damit verfügen die Apotheker über ein einzigartiges Fachwissen über Anwendung und Risiken von Arzneimitteln und wichtigen Medizinprodukten. Allerdings müssten sie diese Fachkompetenz auch richtig einsetzen können. Das ist gar nicht so einfach, nimmt doch die Anzahl Medikamente, die von Apothekern in eigener Verantwortung abgegeben werden können, deren eigentliche «Arbeitsinstrumente», laufend ab.

Liste C – wohin?

Die untenstehende Tabelle zeigt klar die Tendenz, dass Liste C zunehmend an Bedeutung verliert, während sich die Listen A und B aus Rentabilitätsgründen nicht bewegen. Das hängt primär mit der Listeneinteilung neuer Produkte zusammen, die immer zuerst unter die Rezeptpflicht gestellt werden. Eine allfällige spätere Umteilung wird massgeblich von den Herstellern beeinflusst, welche diese Listeneinteilung bei Swissmedic mit kostenintensiven Studien und administrativen Auflagen beantragen. Und diese Anträge wiederum werden gestellt nach rein wirtschaftlichen Kriterien bzw. aus produktbezogener Rentabilitätsanalyse und nicht nach gesundheitspolitischen Überlegungen.

Die Folgen dieser Umverteilung sind fatal. Bagatellfälle müssen zunehmend «überversorgt» werden, weil für die entsprechenden Medikamente ein ärztliches Rezept – und damit eine ärztliche Konsultation – benötigt wird.

Zugelassene Medikamente in der Schweiz: Anteile nach Abgabekategorien

Abgabekategorie	1985	1990	2000	2005
A: Einmalige Abgabe auf Rezept eines Arztes oder Tierarztes	8.5%	7.4%	10.6%	14.4%
B: Abgabe auf Rezept eines Arztes oder Tierarztes	38.%	37.6%	42.2.%	45.3%
C: Abgabe nach Fachberatung durch Gesundheitsfachleute (Apotheken)	19.5%	20.2%	11.5%	9.7%
D: Abgabe nach Fachberatung (Apotheken und Drogerien)	28.8%	28.2%	33.0%	27.9%
E: Abgabe ohne Fachberatung	4.1%	4.6%	2.7%	2.7%

Quelle: «Pharma-Markt Schweiz» Interpharma, Ausgabe 2006

Die Gesundheitsförderungskampagnen von pharmaSuisse

Auch zum Thema Gesundheitskompetenz können Apotheken einen wesentlichen Beitrag leisten: Mit ihren regelmässigen Gesundheitsförderungskampagnen vermitteln sie das nötige Wissen, damit ihre Kunden Unfällen und Krankheiten vorbeugen, degenerative Krankheiten vermindern und durch Früherkennung von Gesundheitsrisiken und Erkrankungen grösseres Leiden und höhere Kosten reduzieren können. Prävention in der Apotheke – eine Dienstleistung, die als Grundauftrag der Apotheker im Medizinalberufegesetz verankert ist.

Fazit

Die Apotheken können zusammen mit den Grundversorgern eine effizientere und patientengerechtere Grundversorgung sicherstellen. Die Zeit ist reif, um die Aufgaben und Verantwortungen neu zu verteilen, zum Beispiel, indem Apotheker und Telemedizin den Hausarzt als Gatekeeper entlasten, der damit Kapazitäten frei hat für seine eigentliche Aufgabe als Care Manager und Notfallarzt.

Im ganzen Gesundheitssystem müssen Fehlanreize und Kompetenzüberschreitungen beseitigt werden, die eine optimale Synergie zwischen den Akteuren verhindern. So verunmöglicht die Selbstdispensation der Ärzte zum Beispiel die dringend nötige Zusammenarbeit zwischen Apotheker und Hausarzt, bewährte Modelle wie die Qualitätszirkel Arzt-Apotheker und sämtliche interdisziplinären Managed-Care-Modelle. ▮

Korrespondenzadresse
Christa Rüedi, Chefredaktorin pharmaJournal
E-Mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Swiss Public Health Conference les 27 et 28 août 2009

Développement des soins de premier recours

Christa Rüedi

En 2008, l'Office fédéral de la santé publique a précisé que «le développement de la culture sanitaire permet à chaque individu de prendre dans la vie quotidienne des décisions qui influent positivement sur la santé». A l'occasion de la «Swiss Public Health Conference» consacrée à ce sujet, des représentants de divers horizons sociaux ont expliqué quelle était leur contribution au développement des compétences individuelles en matière de santé et à la création de conditions de vie favorables à la santé.

Marcel Mesnil, secrétaire général de pharmaSuisse, a présenté le rôle des pharmacies dans ce contexte.

Soins de premiers recours – chasse gardée des médecins?

En Suisse, le paysage de la santé occasionne des coûts toujours plus élevés tout en devenant de plus en plus inefficace. Les hôpitaux se plaignent de plus en plus de devoir prendre en charge des patients qui encombrent leurs services des urgences avec des cas bagatelle. De plus, une pénurie de médecins de premier recours se profile à l'horizon. Pourtant, les assureurs-maladie exigent des patients qu'ils consultent d'abord leur médecin de famille avant de se rendre chez un spécialiste (qui coûte plus cher paraît-il).

Il devient donc urgent de décharger les hôpitaux et les médecins généralistes de ces cas bagatelle, mais aussi de redéfinir le terme de «gatekeeping» en intégrant d'autres professionnels de santé dans les soins de premier recours.

Rôle de la pharmacie dans les soins de premier recours

Dans chaque pharmacie suisse, se trouve un membre des professions médicales universitaires qui peut être consulté sans rendez-vous et met à disposition avantageusement des connaissances professionnelles étendues.

Les études en pharmacie couvrent un large spectre de thèmes médicaux et pharmaceutiques. Les éléments centraux en sont la pharmacocinétique, la pharmacodynamique, la pharmacologie clinique, la pharmacie clinique, le traitement pharmaceutique de maladies importantes, et le triage pharmaceutique. Les pharmaciens disposent donc de connais-

sances uniques sur l'utilisation et les risques de médicaments ainsi que des dispositifs médicaux principaux. Ils devraient cependant aussi pouvoir appliquer correctement leurs compétences. C'est pourtant là que le bas blesse. Le nombre de médicaments que les pharmaciens peuvent remettre sous leur propre responsabilité ne cesse de diminuer bien qu'il s'agisse en réalité de leur compétence spécifique.

Liste C – quel est son avenir?

Le tableau ci-dessous montre clairement que la liste C perd toujours plus de son importance tandis que les listes A et B ne bougent pas pour des questions de rentabilité. Ceci est principalement lié au fait que les nouveaux produits sont toujours d'abord soumis à ordonnance lors de leur inscription sur la liste. Plus tard, c'est aux fabricants de demander à Swissmedic un éventuel changement sur la base d'études coûteuses et de charges administratives considérables. Ces demandes sont donc déposées d'après des critères purement économiques et des analyses de rentabilité basées sur les produits. Les considérations de politique sanitaire sont totalement exclues de la réflexion.

Les conséquences de cette redistribution sont fatales. Les cas bagatelle nécessitent toujours plus des soins «excessifs», dans la mesure où les médicaments requis nécessitent une ordonnance médicale – et de ce fait une consultation chez le médecin.

Campagnes de promotion de la santé de pharmaSuisse

Les pharmacies peuvent également assumer un rôle essentiel dans le domaine de la culture sanitaire: grâce aux campagnes de promotion de la santé qu'elles organisent régulièrement, elles transmettent les connaissances nécessaires pour permettre à leurs patients de prévenir les accidents et les maladies, de diminuer les maladies dégénératives et d'éviter des souffrances ainsi que des coûts élevés grâce à une détection précoce des maladies et des risques pour la santé. La prévention dans les pharmacies – voici une prestation qui est ancrée dans la loi sur les professions médicales universitaires comme mission de base des pharmaciens.

Conclusion

Les pharmacies peuvent offrir des soins de premier recours adéquats et efficaces en collaboration avec les autres professionnels de la santé. Le temps est venu de redistribuer les tâches et les responsabilités. Par exemple, les pharmaciens et la télémédecine pourraient décharger le médecin de premier recours en assumant une part du rôle de gatekeeper. De la sorte, ce dernier aurait davantage de capacités pour assumer sa mission irremplaçable de «care manager» et pour être prêt à répondre aux urgences.

Dans le système de santé, il faut éradiquer les fausses incitations et les recoupements de compétences qui empêchent toute synergie entre les divers acteurs. La dispensation médicale rend impossible par exemple toute collaboration entre médecins et pharmaciens, et ne permet pas aux cercles de qualité «médecins-pharmaciens» ainsi qu'à tous les modèles «managed care» de se développer. ▮

Adresse de correspondance
Christa Rüedi, rédactrice en chef du pharmaJournal
E-mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Médicaments autorisés en Suisse: proportions en fonction des catégories de remise

Catégorie de remise	1985	1990	2000	2005
A: Remise unique sur ordonnance médicale ou vétérinaire	8.5%	7.4%	10.6%	14.4%
B: Remise sur ordonnance médicale ou vétérinaire	38.%	37.6%	42.2.%	45.3%
C: Remise après consultation spécialisée par des professionnels de santé (pharmacies)	19.5%	20.2%	11.5%	9.7%
D: Remise après consultation spécialisée (pharmacies et drogueries)	28.8%	28.2%	33.0%	27.9%
E: Remise sans consultation spécialisée	4.1%	4.6%	2.7%	2.7%

Source: «Le marché du médicament en Suisse», Interpharma, édition 2006.

20 | 10.2009

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 8.10.2009, 147. Jahrgang

Nr. | No
20



pharmActuel

massgeschneiderte Fortbildung S. 31

Formation continue sur mesure p. 32

→ Pharmazie und Medizin · Pharmacie et médecine

Medikation: Fehlermanagement

Médication: gestion des erreurs

Homéopathie: grippe

Homöopathie: Grippe

→ Politik · Politique

Master of Public Health

→ Markt · Economie

Sondage santé 2009

pharmActuel: ein Angebot von pharmaSuisse

pharmActuel: une offre de pharmaSuisse

Reine Nervensache

Astrid Czock

Bereits zum siebten Mal veranstalteten die Landesapothekerkammern Bayern und Baden-Württemberg gemeinsam mit der Österreichischen Apothekerkammer, der Landesgeschäftsstelle Vorarlberg und pharmaSuisse die alle zwei Jahre in Bregenz stattfindenden Grenzgespräche. In diesem Jahr stand die einzige gemeinsame Fortbildung, die alle Länder des deutschsprachigen Raumes an einen Ort bringt, unter dem Motto «Neurologische Erkrankungen – reine Nervensache».

Die besonderen Therapierichtungen sind aus dem Apothekenalltag nicht mehr wegzudenken. Auch bei neurologischen Erkrankungen stellen die Homöopathie und die Phytochemie wichtige Säulen in der Beratung dar. Doch wo stossen komplementäre Behandlungsansätze und Arzneimittel an ihre Grenze? Im Schlussvortrag wurde traditionellerweise «über den pharmazeutischen Tellerrand» hinaus geschaut und ein psychotherapeutisch zunehmendes Problem unserer Gesellschaft betrachtet: das Burn-Out-Syndrom.

Grundlagen neurologischer Erkrankungen

Zur Eröffnung präsentierte der Bregenzer Facharzt für Psychiatrie und Neurologie Dr. med. Franz Riedl die medizinischen Grundlagen neurologischer Erkrankungen. Das Spektrum umfasst neben groben Substanzdefekten neurologischer Strukturen auch die Mikroarchitektur des Nervengewebes. Grosse Parenchymschädigungen sind meist Folgen traumatischer Einwirkungen auf das Nervensystem. Sie umfassen makroanatomische Bereiche, die vor allem durch ihre räumliche Nähe definiert sind. Hier finden sich Schädel-Hirn-Verletzungen, traumatische Verletzungen des Rückenmarks und der peripheren Nerven, aber auch bei Durchblutungsstörungen des Gehirns, vor allem nach einem Schlaganfall oder einer Hirnblutung. Auch Infektionen des Gehirns befallen das Nervensystem grossflächig. So weist die irreversible Masern-Enzephalitis eine hohe Sterblichkeit auf. Weitere Infektionen sind die virale Haubenmeningitis, die basale Meningitis oder eine Pilzinfektion im Gehirn. Furunkeln im Kopfbereich, aber auch Mumps oder eine Grippe, können zu einer Schädigung des Gehirns führen.

Auf der nächst tieferen, zellulären Ebene entstehen Neurologische Krankheitsbilder durch Funktionsstörungen, die meist mit dem Untergang spezialisierter Nervenzellen einhergehen. Ein Beispiel dafür ist die Multiple Sklerose, bei der es durch eine Fehlsteuerung des Immunsystems zur Zerstörung der Myelinscheiden und so zu einer zunehmenden Entmarkung kommt.

Auf mikroanatomischer Ebene werden vor allem Störungen in der Neurotransmission beobachtet, die die Informationsübertragung beeinträchtigen. Beispiele sind Parkinson oder Myastenia gravis.

Die Möglichkeiten der Phytopharmaka

Den rationalen Einsatz von Phytopharmaka bei neurologischen Erkrankungen hat Prof. Theo Dingermann vom Institut für pharmazeutische Biologie an der Universität Frankfurt am Beispiel von Johanniskraut und Ginkgo biloba gezeigt. Für beide Präparategruppen sind beste klinische Evidenz verfügbar. Der Apotheker als Arzneistoffspezialist muss genau differenzieren, was Droge, was Wirkstoff und was Extrakt ist. Die Droge ist der Rohstoff im Sinne der Phytopharmaka. Ein traditioneller Extrakt ist der Tee. Wegen der geringen Bioverfügbarkeit der Wirkstoffe aus dem Tee-Extrakt sind Fertig-Arzneimittel vorzuziehen, wenn diese verfügbar sind. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWIG) erstellt Gutachten auch für Phytopharmaka. Bei Ginkgo biloba wurden von 1103 Publikationen 13 als relevant eingestuft, weitere drei wegen Mängel ausgeschlossen. Die verbleibenden zehn Publikationen belegten eine Wirkung bei 240 mg, so dass das IQWIG zum Schluss kommt, dass Patienten mit Alzheimer Demenz von einer Therapie mit 240 mg Ginkgo biloba Extrakt (EGb 761) profitieren können. 120 mg zeigen keine belegbare Wirkung. Bei den Johanniskraut-Präparaten gibt es eine fast unübersichtliche Präparatevielfalt, weshalb der Beurteilung der Extraktpräparate durch den Arzt und vor allem den Apotheker eine grosse Bedeutung zukommt. Von 75 Präparaten sind gerade neun durch genuine Studien belegt. Take-home-Message: Der Apotheker muss Phytopharmaka bewusst auswählen – jede Apotheke soll ihre «Arzneimittelkommission» haben und entscheiden, welche zwei bis drei Präparate von den 100 verkauft werden und QMS walten lassen!

Die anthroposophische Sicht

Den Schlusspunkt des ersten Fortbildungstages bildete das Referat von Dr. Germar Büngener, Facharzt für Allgemeinmedizin aus Friedrichshafen, über die Behandlung neurologischer Erkrankungen und des

Burn-Out-Syndroms aus anthroposophischer Sicht. Die Krankheit ist als prozessuales Geschehen zu verstehen. Bei einem erkrankten Menschen ist eine Abfolge von Symptomen in einem Zeitrahmen und einem bestimmten Umfeld feststellbar. So wie die Krankheitsanamnese einen wesentlichen Stellenwert hat, so steht in der anthroposophisch orientierten Medizin die Betrachtung der «Anamnese des jeweiligen Heilmittels» im Fokus. Der Burn-Out-Patient ist seelisch-körperlich frustriert. Er kann äusserlich über die Haut, Sinnessystem und Schutzhülle, mit einem Moorbad mit Kastanie und Lavendel behandelt werden, innerlich gibt man Aurum (glänzend, Licht, vereinigt veschiedenste Extreme), Apis regina, Eisen (wenn noch Schwingungsfähigkeit da ist), Phosphor (verbrennt, wie Burn-Out-Patient) und Kalium (hüllenbildend, Schutz).

Die homöopathischen Behandlungsansätze

Der zweite Tag stand im Zeichen der Homöopathie und begann mit einem Vortrag von Dr. Ulf Riker, Facharzt für Innere Medizin aus München, zum Thema: Homöopathische Behandlungsansätze – Möglichkeiten und Grenzen am Beispiel psychischer Erkrankungen. Es wurden praktische Beispiele vorgeführt, die sich nicht auf schwere psychiatrische Diagnosen beziehen, sondern häufig vorkommende, relativ leicht zu erkennende Reaktionsmuster aufweisen. So wurde bei Lampenfieber und Prüfungsangst Argentum nitricum genannt – Argentum «möchte glänzen», nitricum «Angst, es könnte etwas dazwischen kommen». Anhand von zwei Fallbeispielen wurde das Vorgehen der Homöopathie im Fall einer konstitutionellen Behandlung illustriert: Dabei wird nicht nur ein Zielsymptom herausgegriffen, vielmehr ergeben Geistes- und Gemütssymptome, allgemeine körperliche Phänomene, Modalitäten und Konstitutionsmerkmale, die aktuelle Krankheit sowie deren Beginn und Entwicklung ein Gesamtbild, dem die auszuwählende Arznei in grösstmöglicher Vollständigkeit und Ähnlichkeit möglichst widerspruchslos entspricht.

Selbstmedikation mit homöopathischen Mitteln

Homöopathische Behandlungsansätze im Rahmen der Selbstmedikation im Hinblick auf neurologische Beschwerden und Erkrankungen wurden sehr einprägsam vom Arzt und Apotheker Dr. Marcus Wiesenauer dargestellt. Typischerweise stehen Patienten mit neurologischen Beschwerden und Erkrankungen meist unter einer konventionellen Langzeitbehandlung oder einer Intervallbehandlung. Im Rahmen der Selbstmedikation steht eine therapiegestützte Selbstmedikation im Mittelpunkt (add-on-Therapie). So nannte er Scutellaria D6 (3 × 5 Globuli, 3 Wo, 5 Tg Pause) bei anfallsweise, migräneartigen, «Helm auf dem Kopf»-Kopfschmerzen. Wenn einem vor Kopfschmerzen die «Augen aus dem Kopf fallen», bei Migräneaugen, denke man an Paris Hilton und nehme Paris quadrifolia D6 (4–5 × tägl.), auch als add-on-Mittel, zusätzlich als Begleitbehandlung bei Glaukom, jedoch nicht (!) alternativ verwendbar. Bei Herpes-Symptomatik können verschiedene Mittel angewandt werden, wobei es immer wieder ums Zuhören und beobachten geht, um das passende Mittel zu finden: «learning by hearing» und «learning by gucking» und natürlich «learning by doing». Dabei ist auf die Rückmeldungen der Kunden zu achten.

Das Erschöpfungssyndrom

Den Schlusspunkt des diesjährigen Fortbildungswochenendes setzte Prof. Volker Faust mit dem Vortrag zum Thema: Burn Out: erschöpft – verbittert – ausgebrannt. Laut WHO werden im Jahr 2020 unter den zehn wichtigsten wirtschaftlichen Krankheiten fünf seelischer Natur sein. Burn Out ist jedoch keine moderne Krankheit – die «Eliasmüdigkeit» gab es schon im Alten Testament und auch Goethe galt als «Multiminister» der Dichter – ausgetrocknet ist er nach Italien geflüchtet. Burn Out ist «Belastung ohne Aussicht auf Entlastung». Es beginnt mit einer reizbaren Erschöpfung, die sich über Jahre hinweg in die psychosomatische Phase entwickelt, welches zum Erschöpfungssyndrom führt. Ein guter Indikator ist die Humorfähigkeit. Was kann der Apotheker dabei tun? Prof. Faust erhofft sich im Apotheker ein Multiplikator, einen Verbündeten. Auf den Apotheker hört man, er kann nach den Symptomen fragen, er kann nichtmedikamentöse Therapien empfehlen. Der Kunde wird wiederkommen, weil ihm zugehört wird: «Schlafen Sie ausreichend?»«Bewegen Sie sich ausreichend?» und weil er praktische Empfehlungen erhält: Fünfmal pro Woche ans Tageslicht, 30 Minuten schnell gehen oder joggen, Müsli mit Nüssen essen – «Hirnnahrung»; trockene Bürstenmassagen.

Zu guter Letzt noch ein Zitat von Prof. Faust über den Zustand der Gesundheit: «Gesund ist man erst wieder, wenn man alles wieder machen kann, was einem schadet!» ▮

Korrespondenzadresse

Dr. Astrid Czock, Apothekerin pharmaSuisse, Leiterin Abteilung Wissenschaft, Bildung und Qualität

E-Mail: astrid.czock@pharmasuisse.org

Simple question de nerfs

Astrid Czock

Pour la septième fois, les Chambres de pharmacie de Bavière et de Bade-Wurtemberg ont organisé, avec le concours de la Chambre autrichienne des pharmaciens, de la Landesgeschäftsstelle Vorarlberg et de pharmaSuisse, les entretiens de Bregenz qui ont lieu tous les deux ans. Cette année, la seule formation continue commune qui réunit tous les pays germanophones en un seul endroit, était consacrée aux maladies neurologiques.

Les orientations thérapeutiques spéciales sont devenues indissociables du quotidien officinal. L'homéopathie et la phytochimie sont des piliers importants dans le domaine des maladies neurologiques également. Mais où se situent donc les limites des traitements complémentaires et des médicaments? Comme toujours, l'exposé final a regardé au-delà du simple aspect pharmaceutique et thématisé un problème psychothérapeutique de plus en plus fréquent dans notre société: le syndrome du burnout.

Fondements des maladies neurologiques

Pour commencer, le Dr méd. Franz Riedl, spécialiste en psychiatrie et neurologie, a présenté les bases médicales des maladies neurologiques. Le spectre couvre, mis à part les grossiers dommages des structures neurologiques, également la microarchitecture du tissu nerveux. De grandes déficiences du parenchyme sont généralement la conséquence d'effets traumatiques sur le système nerveux. Ils englobent les domaines macro-anatomiques principalement définis par leur proximité spatiale. Ici se trouvent les blessures crâniennes, les blessures traumatiques de la moelle épinière et des nerfs périphériques, mais aussi les troubles de la circulation sanguine du cerveau, surtout après une attaque ou une hémorragie cérébrale. Les infections de cerveau attaquent le système nerveux à grande échelle. Ainsi, l'encéphalite irréversible due à la rougeole présente une mortalité élevée. Les autres infections sont la méningite virale de la convexité cérébrale, la méningite basale ou une infection fongique du cerveau. Les furoncles au niveau de la tête, mais aussi les oreillons ou une grippe peuvent entraîner une lésion du cerveau.

Au niveau cellulaire inférieur, les tableaux cliniques neurologiques sont occasionnés par des troubles fonctionnels qui s'accompagnent généralement de la destruction de cellules nerveuses spécialisées. Un exemple est la sclérose en plaques, où un dysfonctionnement du système immunitaire entraîne la destruction progressive de la moelle épinière.

Au niveau micro-anatomique, on observe surtout des troubles dans la neurotransmission qui perturbent la transmission d'informations. La maladie de Parkinson ou la myasthenia gravis sont des exemples typiques.

Possibilités des produits phytopharmaceutiques

Le Prof. Theo Dingermann, de l'Institut de biologie pharmaceutique de l'Université de Francfort, a présenté l'utilisation rationnelle de produits phytopharmaceutiques dans les maladies neurologiques à l'exemple du millepertuis et du ginkgo biloba. Pour les deux groupes de préparations, on dispose d'excellentes évidences cliniques. Le pharmacien, en sa qualité de spécialiste des médicaments, doit faire une distinction précise entre drogue, substance active et extrait. La drogue est la matière première dans les limites de la phytopharmacie. Un extrait traditionnel est le thé. En raison de la faible biodisponibilité des substances actives dans l'extrait de thé, il faut privilégier les produits finis lorsque ces derniers sont disponibles. L'Institut pour la qualité et l'économicité dans la santé publique (IQWIG) établit des expertises pour les produits phytopharmaceutiques également. Pour le ginkgo biloba, 13 publications sur 1103 ont été qualifiées de pertinentes; trois autres ont été exclues pour cause de lacunes. Les dix publications restantes ont présenté un effet à partir de 240 mg. L'IQWIG en conclut donc que les patients souffrant d'Alzheimer peuvent profiter d'un traitement avec un extrait de 240 mg de ginkgo biloba (EGb 761). 120 mg ne présentent pas d'effet démontrable. Pour le millepertuis, il existe une profusion confuse de préparations. Ceci confère d'autant plus de poids à l'évaluation des extraits par le médecin et surtout le pharmacien. Sur 75 préparations, seules neuf ont fait l'objet d'études recevables. Conclusion: le pharmacien doit sélectionner soigneusement les produits phytopharmaceutiques – chaque pharmacie doit disposer de sa propre «commission des médicaments», choisir deux à trois préparations vendables et appliquer le QMS!

Aspect anthroposophique

L'exposé du Dr Germar Büngener, médecin généraliste de Friedrichshafen, a marqué la fin de la première journée de formation continue. Il était consacré au traitement des maladies neurologiques et au syndrome du burnout à partir d'un aspect anthropo-

sophique. La maladie doit être considérée comme une suite de processus. La personne malade présente toute une série de symptômes dans un laps de temps et dans un contexte précis. La médecine anthroposophique observe en priorité «l'anamnèse de chaque produit thérapeutique». Le patient souffrant de burnout est frustré à la fois physiquement et mentalement. Il peut être traité extérieurement à travers la peau, les sens et la surface protectrice, avec un bain de boue avec des marrons et de la lavande. Intérieurement, il recevra de l'Aurum (brillant, lumière, associe divers extrêmes), de l'Apis regina, du fer (si le patient a encore la capacité de se mouvoir), du phosphore (brûle, tout comme le patient souffrant de burnout) et du potassium (enveloppant, protection).

Possibilités de traitement par homéopathie

Le deuxième jour était dédié à l'homéopathie. Le Dr Ulf Riker, spécialiste de médecine interne à Munich, a tenu le premier exposé de la journée intitulé «Traitements homéopathiques – possibilités et limites à l'exemple des maladies psychiques». Des exemples pratiques ont été présentés. Ils ne se rapportaient pas à des diagnostics psychiatriques sévères, mais à des réactions qui surviennent fréquemment et qui sont relativement faciles à reconnaître. L'Argentum nitricum a ainsi été cité en cas de trac et de peur des examens – l'Argentum «aimerait briller», le nitricum «craint que quelque chose vienne se mettre en travers». Le processus homéopathique a été illustré à l'exemple d'un traitement constitutionnel: à cette occasion, il n'est pas seulement recherché un symptôme-cible; ce sont plutôt les symptômes mentaux et les états d'âme, les phénomènes physiques, les modalités et la constitution, la maladie dont souffre actuellement le patient ainsi que son début et son évolution qui permettent de disposer d'une vue globale. Le médicament à sélectionner devra ensuite y correspondre de façon aussi complète et similaire que possible.

Automédication avec des produits homéopathiques

Le Dr Marcus Wiesenauer, médecin et pharmacien, a présenté de façon très claire les possibilités de traitement homéopathique des troubles et des maladies neurologiques. Typiquement, les patients souffrant de troubles et de maladies neurologiques suivent un traitement conventionnel de longue durée ou un traitement par intervalles. Dans le domaine de l'automédication, un traitement add-on est prioritaire. Il a cité Scutellaria D6 (3 5 globules, 3 semaines, 5 jours de pause) en cas de céphalée migraineuse survenant par accès. Lorsque quelqu'un souffre de telles migraines que «les yeux lui sortent de la tête», il suffit de songer à Paris Hilton et de prendre du Paris quadrifolia D6 (4 à 5 fois par jour), également utilisable comme traitement accompagnant en cas de glaucome, mais pas (!) en alternative. En cas d'herpès, il est possible d'utiliser divers produits. Pour trouver le produit approprié, il faut cependant toujours commencer par écouter et par observer: «learning by hearing» et «learning by gucking» et bien évidemment «learning by doing». Il faut également tenir compte des réactions des clients.

Le syndrome d'épuisement

Le Prof. Volker Faust a tenu le dernier exposé de ce week-end de formation continue. Il était intitulé: «Burnout: synonyme d'épuisement et d'aigreur». L'OMS estime qu'en 2020, cinq des dix principales maladies économiques seront de nature psychique. Le burnout n'est cependant pas une maladie moderne – elle est déjà mentionnée dans l'Ancien Testament et Goethe était considéré comme le «multiministre» des poètes – il a fui vers l'Italie totalement déshydraté. Le burnout est un «fardeau sans perspective d'amélioration». Cette maladie commence par une fatigue irritable qui traverse au fil des années une phase psychosomatique entraînant un syndrome d'épuisement. La capacité d'humour est un bon indicateur. Que peut faire le pharmacien contre cela? Le Prof. Faust considère le pharmacien comme un multiplicateur, un allié. Le pharmacien est entendu, il peut s'enquérir des symptômes et il peut recommander des traitements non-médicamenteux. Le client reviendra; il a l'impression d'être entendu: «Dormez-vous suffisamment?», «Faites-vous régulièrement de l'exercice?» et reçoit des recommandations pratiques: sortez cinq fois par semaine à la lumière du jour, marchez rapidement ou faites du jogging pendant 30 minutes, mangez des céréales avec des noix – «maladie pour le cerveau»; pratiquez des massages avec une brosse sèche.

Voici encore pour finir une citation du Prof. Faust sur l'état de santé: «On se sent à nouveau bien lorsque l'on peut à nouveau faire tout ce qui est mauvais pour la santé!» ▮

Adresse de correspondance

Dr Astrid Czock, pharmacienne de pharmaSuisse, responsable du département «Science, Formation & Qualité»

E-mail: astrid.czock@pharmasuisse.org

Flash



Tue Gutes und sprich davon!

Das wirtschaftliche Umfeld wird auch für Apotheken zunehmend schwieriger. Apothekerinnen und Apotheker sind deshalb gefordert, auf verschiedenen Ebenen aktiv zu werden. Wie in jedem KMU sind eine gute Betriebsstruktur und Marketingmassnahmen unerlässlich. Dazu steht eine Palette von Möglichkeiten zur Verfügung.
Damit sich Qualitäts-Apotheken von reinen Verkaufsstellen unterscheiden, ist eine regelmässige Weiter- und Fortbildung unabdingbar. In der vorliegenden Ausgabe stellen wir deshalb den Weiterbildungsstudiengang Master of Public Health vor und zum Thema Fortbildung ein Top-Angebot von pharmaSuisse, mit dem wir unsere Reihe über die Dienstleistungen der Geschäftsstelle fortsetzen: Das Programm pharmActuel, das regelmässige Fortbildungsmöglichkeiten bietet – für Abonnenten mit den wissenschaftlichen Themenheften, die sechsmal pro Jahr erscheinen, für alle Interessierten mit dem ganztägigen Symposium, das jeweils im November stattfindet. Anmeldungen für das diesjährige Symposium werden gerne noch entgegengenommen.
Last but not least nützen alle Massnahmen nicht viel, wenn nicht darüber gesprochen wird. Dazu bietet sich den beteiligten Apotheken ab nächster Woche eine ausgezeichnete Gelegenheit mit der grossen Impfberatungskampagne von pharmaSuisse. Hier können Apothekerinnen und Apotheker ihre Kompetenz in Gesundheitsfragen unter Beweis stellen in einem Thema, das nicht nur jeden Einzelnen, sondern die Gesellschaft als solche betrifft. Nutzen Sie diese Chance unbedingt, positionieren Sie sich vermehrt aktiv als Qualitätsapotheke unter dem Motto «Kompetenz und Dienstleistungen».

Christa Rüedi

Agir et l'afficher!

Le contexte économique devient de plus en plus difficile pour les pharmacies également. Ceci contraint donc les pharmaciens à agir à différents niveaux.
Comme toute PME, les pharmacies doivent disposer d'une bonne structure d'entreprise et de bonnes mesures de marketing. Elles disposent pour ce faire d'une grande variété de possibilités.
Pour que les pharmacies de qualité puissent se distinguer des purs espaces de vente, leur personnel doit impérativement suivre des formations continues et postgraduées à intervalles réguliers. Dans la présente édition du pharmaJournal, nous présentons donc le cursus de formation postgraduée «Master of Public Health» ainsi qu'une offre exceptionnelle de pharmaSuisse qui vient compléter la série de prestations du siège central. Le programme de formation continue pharmActuel publie six fois par an des cahiers scientifiques pour les abonnés et organise chaque année un symposium d'une journée auxquels tous les pharmaciens intéressés peuvent participer au mois de novembre. Le délai d'inscription au symposium de cette année n'est d'ailleurs pas encore passé.
Toutes ces mesures ne servent toutefois à rien si elles sont gardées sous silence. A partir de la semaine prochaine, les pharmacies qui participent à la campagne «Conseils de vaccination» de pharmaSuisse auront une excellente occasion d'y remédier. Les pharmaciens pourront en effet afficher leurs compétences dans le domaine de la santé en traitant d'un sujet qui concerne non seulement chaque individu mais aussi la société dans son ensemble. Ne laissez pas passer l'opportunité de positionner votre pharmacie parmi celles qui se soucient de la qualité, des compétences et des prestations.

Christa Rüedi

Grippe und Erkältungen im Visier

Michèle Imfeld

Nicht ein Tag vergeht, ohne dass von der Schweinegrippe, der Wintergrippe, dem H1N1-Virus, dem Pandemierisiko oder von den ungeheuren Mengen antiviraler Mittel, die produziert werden, ohne deren Wirksamkeit zu kennen, gesprochen wird. Hier sind die Antworten der Homöopathie dazu.

Die Homöopathie als individuelle Therapie und Ergänzung zur Schulmedizin hat unter anderem ihre Berechtigung in der Behandlung der Grippe und von Erkältungszuständen, indem sie die Abwehrkräfte des Organismus stärkt, damit dieser im Kampf gegen die Viren bestehen kann. Die Homöopathie gehört somit zu den herausragenden Therapien zur Behandlung jeder Grippe, sei es die Vogelgrippe, die Schweinegrippe oder andere Formen.

Jedem Patient sein eigenes Mittel

Die Homöopathie spielt bei Grippe und Erkältungszuständen eine wichtige Rolle, da diese schon bei den ersten Anzeichen wie tropfende Nase, Niesen, Halsschmerzen, Fieber, Kopfweh usw. zu Rate gezogen wird. Dies ist von Bedeutung, denn je schneller das homöopathische Mittel verabreicht wird, desto schneller stehen dem Körper die «Waffen» zur Verfügung, um sich von den Viren zu befreien.

In der Apotheke kann der auf klassische Homöopathie spezialisierte Apotheker die Kundschaft bestens beraten, da er ja die notwendigen Kenntnisse zur homöopathischen Prävention oder Behandlung von Grippe und Erkältungen besitzt. Er ist in der Lage, dem Patienten ein für ihn passendes Heilmittel empfehlen zu können. Unabhängig davon, ob es sich um einen Säugling, ein Kind, einen Erwachsenen oder einen älteren Menschen handelt, aufgrund seiner Kompetenz weiss er jede Situation zu analysieren und die adäquate Behandlung vorzuschlagen.

Grippe und Homöopathie: drei Beispiele ausgesuchter Arzneien

In der Homöopathie werden nur die Symptome des Patienten beachtet, um das für ihn «richtige» Mittel zu finden.

→ **Eupatorium perfoliatum** ist empfehlenswert, wenn der Patient während der Fieberzustände über Gliederschmerzen, wie wenn die Knochen gebrochen wären, klagt. Er hat Schüttelfrost zwischen 7 und 9 Uhr morgens, ist durstig – vor dem Frost – und trinkt grosse Mengen kalten Wassers. Er hat kalt und erträgt das geringste Abdecken nicht. Unter Umständen leidet er auch an galligem Erbrechen, was seinen Zustand danach etwas bessert.

→ **Baptisia tinctoria** wird verschrieben, wenn der Patient sich fühlt, als ob sein Körper in Stücke zerteilt sei. Er ist teilnahmslos, mit einer extremen muskulären Schwäche und dem Gefühl, sein Bett sei viel zu hart. Während der Fieberphasen leidet er an Schüttelfrost, meist um 11 Uhr morgens, und kann kaum Flüssigkeit schlucken trotz heftigem Durst. Sein Schweiss, wie auch sein Atem und sein Stuhl riechen übel.

→ **Gelsemium** gehört zu Fieber ohne Durst. Der Patient klagt über muskuläre Schwäche, Zittern der unteren Gliedmassen mit dem Gefühl, dass die Beine im Stehen versagen könnten. Er hat Kälteschauer über den ganzen Rücken, sein Gesicht ist von Blutandrang rötlich angelaufen und von etwas dümmlichem Ausdruck.

Diese Liste darf nicht als vollständig und abschliessend betrachtet werden.

Schon 1921 ist im Journal of the American Institute of Homoeopathy ein Artikel mit erstaunlichem und unbestrittenem Inhalt erschienen: in den Vereinigten Staaten wies die spanische Grippe bei der konventionellen Behandlung eine Mortalität von 30 Prozent auf, hingegen verloren nur gerade 1 bis 4 Prozent der homöopathisch behandelten Personen ihr Leben. [1] ∎

Adresse de correspondance
Michèle Imfeld
Fachapothekerin FPH Klassische Homöopathie
Lehrbeauftragte an der Universität Genf
E-Mail: imfeld@homeoconseil.org

Übersetzung
Cornelia Roth
Fachapothekerin FPH Klassische Homöopathie
Präsidentin der Schweizerischen Apotheker-Gesellschaft für Homöopathie (SAGH)
E-Mail: c.roth@sahp.ch

[1] Journal of the American Institute of Homoeopathy, W. A. Dewey, M. D., Université de Michigan, Vol. XIII, Nº 11, May 1921, p. 1038

Grippe et refroidissements dans la cible

Michèle Imfeld

Pas un jour ne passe sans que l'on parle de la grippe H1N1, de la grippe hivernale, du risque de pandémie ou des quantités massives d'antiviraux qui sont produits sans savoir s'ils seront efficaces. Les réponses de l'homéopathie.

L'homéopathie, thérapie individualisée et partenaire de choix de l'allopathie, a sa place dans le traitement de la grippe et des refroidissements puisqu'elle renforce les défenses de l'organisme pour lutter contre les virus. Elle reste une thérapie de référence pour chaque grippe, qu'elle soit aviaire, H1N1 dite porcine, ou autre.

A chaque patient son remède

L'homéopathe a un rôle de premier plan à jouer dans cette pathologie dans la mesure où il est consulté dès les premiers symptômes (nez qui coule, éternuements, maux de gorge, fièvre, maux de tête …). C'est important, car plus vite le remède homéopathique est administré, plus vite l'organisme sera «armé» pour se débarrasser du virus.

En officine, le pharmacien spécialisé renseigne ses clients: il possède les connaissances nécessaires à la prévention ou au traitement de la grippe et des refroidissements en homéopathie. Il est également capable de leur conseiller un remède homéopathique personnalisé, adapté à leurs besoins. Qu'il s'agisse d'un bébé, d'un enfant, d'un adulte ou d'une personne âgée, de par sa compétence, le pharmacien sait analyser chaque situation et appliquer le traitement le mieux adapté.

Grippe et homéopathie: trois exemples de remèdes

En homéopathie, seuls les symptômes propres à la personne sont pris en compte pour trouver «son» remède.

→ **Eupatorium perfoliatum** est conseillé lorsque le malade a une sensation de brisure des os pendant la fièvre. Il est parcouru de frissons entre 7 et 9 heures du matin, avec soif – avant le frisson – de grandes quantités d'eau froide. Il est frileux et ne supporte pas d'être tant soit peu découvert. Il peut avoir des vomissements de bile qui améliorent son état.

→ **Baptisia tinctoria** est prescrit lorsque le malade a l'impression que son corps est en morceaux. Il est indifférent à tout, avec une extrême faiblesse musculaire et une sensation de lit trop dur. Pendant la fièvre, il a des frissons à 11 heures du matin et ne peut avaler que des liquides. Il a très soif. Sa transpiration, son haleine et ses selles sont fétides.

→ **Gelsemium** correspond à une fièvre sans soif. Le malade se plaint de fatigue musculaire, de tremblements des membres inférieurs avec l'impression que ses jambes vont lâcher. Il a des frissons le long du dos. Sa face est rouge sombre, congestionnée et d'apparence hébétée.

Compte tenu de ce qui précède, cette liste ne peut être considérée comme exhaustive.

En 1921 déjà, le Journal of the American Institute of Homoeopathy rapportait un fait étonnant et non contesté depuis: [1] aux Etats-Unis, lors de la grippe espagnole, la médecine conventionnelle comptait une mortalité de 30% et les personnes traitées par l'homéopathie de 1 à 4%. ∎

Adresse de correspondance
Michèle Imfeld
Pharmacienne FPH en homéopathie classique
Chargée d'enseignement à l'Université de Genève
E-mail: imfeld@homeoconseil.org

[1] Journal of the American Institute of Homoeopathy, W. A. Dewey, M. D., Université de Michigan, Vol. XIII, Nº 11, May 1921, p. 1038

Ausbildung in Public Health

Andrea Merkel

Die Universitäten Basel, Bern und Zürich bieten einen interuniversitären Weiterbildungsgang Master of Public Health (MPH) an mit dem Lernziel, Fachleute im Gesundheitswesen auf wissenschaftlicher Basis zu fächer- und funktionsübergreifendem Denken und Handeln zu befähigen.

Die Absolventinnen und Absolventen sollen sich unter optimaler Verwendung der vorhandenen Ressourcen für die Gesundheit der Bevölkerung einsetzen können.

Der Weiterbildungsgang Master of Public Health

Für die Zulassung zu diesem Weiterbildungsstudiengang ist ein universitärer Hochschulabschluss oder Fachhochschulabschluss auf Masterstufe gefordert in einem Public Health-relevanten Studienfach (Human- und Veterinärmedizin, Pharmazie, Pädagogik, Psychologie, Soziologie und Wirtschaftswissenschaften usw.) sowie Berufserfahrung.

Der Weiterbildungsstudiengang ist als einer der ersten «Master of Advanced Studies» im Bereich Gesundheit und Medizin national akkreditiert und mit einem Gütesiegel ausgezeichnet worden, was seinen nationalen und internationalen Stellenwert verstärkt. Qualitätsmanagement wird auch hier gross geschrieben.

Ein Kernstück dieser Weiterbildung ist der trans- und interdisziplinäre Ansatz von Public Health. Ziel ist es, den im Gesundheitswesen Tätigen gemeinsame Perspektiven sowie ein definiertes Instrumentarium von Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln. Konzeptionelles Denken, methodische Instrumente und Fachkenntnisse sowie deren problemorientierte Anwendung werden unter anderem in Epidemiologie, Statistik, Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitspolitik, Gesundheitsmanagement und Gesundheitsökonomie gelehrt.

Absolventinnen und Absolventen des Weiterbildungsstudiengangs sollen in der Lage sein,

- → sich ein Bild über den Gesundheitszustand der Bevölkerung oder von Bevölkerungsgruppen zu machen,
- → Bedürfnisse und Probleme der Bevölkerung in Bezug auf die Gesundheit zu erkennen,
- → im interdisziplinären Ansatz die notwendigen Interventionen vorzuschlagen, zu planen und durchzuführen,
- → durchgeführte Interventionen zielgerichtet evaluieren zu können.

Projektarbeit und Master-Thesis

Das Ausführen einer Projektarbeit gibt den Studierenden die Gelegenheit, das im Studium vermittelte Wissen in die Praxis umzusetzen und so das Erreichen einer professionellen Handlungskompetenz zu beweisen. Eine Publikation oder ein schriftlicher Bericht (Master-Thesis) fasst die Ergebnisse zusammen.

Im Rahmen des MPH-Studiums hat die Autorin dieses Artikels die Master–Thesis mit dem Titel «Public Health Curriculum für Pharmazeuten der ETH Zürich im 5. Studienjahr» verfasst. Die Arbeit wird nachfolgend vorgestellt.

Einleitung

Die heutige Aufgabe der Apotheke ist es, der Bevölkerung ein niederschwelliges Angebot in der Gesundheitsversorgung zu bieten. Um gegenüber den neuen Herausforderungen bestehen zu können, unterstützen die WHO, das amerikanische Institute of Medicine sowie die Fédération internationale pharmaceutique (FIP) die Evolution, welche eine akademische Lehre und Forschung fordert, die die Kompetenzen der Medizinalpersonen entwickelt und fördert. Die von der WHO (Region Europa) erarbeitete «Agenda 21» gibt einen Referenzrahmen und konkrete Handlungsschwerpunkte, um die Gesundheit ins Zentrum der Entwicklung unserer Gesellschaft zu stellen. Die Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG) hat in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit und dem Projekt Nationale Gesundheitspolitik Schweiz die für die Schweiz relevanten Ziele definiert. Dafür wurde das Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG) vom 23. Juni 2006 verabschiedet. Es ist seit dem 1. September 2007 in Kraft. Darin werden die Anforderungen, welche die universitären Aus- und Weiterbildungen erfüllen müssen, umschrieben und geregelt.

Das Ziel der Aus– und Weiterbildung ist es, die gesellschaftliche Komplexität zu widerspiegeln und der Tatsache Rechnung zu tragen, dass Medizinalpersonen gegenüber der Gesellschaft eine große Verantwortung tragen, die weit über den kurativen Aspekt hinausgeht.

In den universitären Ausbildungen wird im MedBG Art. 9f von den Absolventinnen und Absolventen der Pharmazie neben anderem verlangt, dass sie Aufgaben zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie zur Verhütung von Krankheiten übernehmen. Damit die Apotheker diese Aufgaben

erfüllen können, müssen sie auch eine entsprechende Ausbildung haben. Die Anforderungen werden im Lernzielkatalog definiert.

Im Rahmen der Projektarbeit für die Erlangung des Master of Public Health wurden die Erwartungen an die PH-Ausbildung bei Pharmazeuten an der ETH Zürich im 5. Studienjahr erarbeitet.

Methode

Mit zwei Gruppen wurden je zehn Experten-Interviews durchgeführt, die anschliessend qualitativ mittels strukturierender Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Die erste Gruppe umfasste namhafte Persönlichkeiten inklusiv Hochschulprofessoren aus dem Umfeld Public Health. Die zweite Gruppe bestand aus Offizinapothekern mit wenig bis viel Berufserfahrung und solchen, die zusätzlich bei pharmaSuisse, in der Politik oder in der Pharmazieausbildung tätig sind. Die Erwartungen der beiden Gruppen wurden miteinander und mit dem Ist-Zustand der Ausbildung verglichen.

Resultate

Die aktuelle Ausbildung enthält vor allem Pharmaceutical-Care- und wenige Health-Care-Themen. Die verstärkte Vermittlung von Public Health wird von beiden Gruppen als sehr wichtig erachtet. Vor allem von der Public Health-Gruppe wird jedoch erwartet, dass die Ausbildung einhergehen muss mit einem neuen Denken und einer Berufsbildveränderung. Das neue Denken umfasst hauptsächlich das Bewusstsein für die übergeordnete Aufgabe, die die Apotheke und die Apotheker im Gesundheitswesen haben und die für die Zukunft der Apotheke von zentraler Bedeutung ist. Damit verbunden ist die Forderung nach einem neuen Berufsbild der Offizinapotheke, das diesen Anforderungen gerecht wird, und nach einer Anpassung im Curriculum, das vermehrt Medizinalpersonen und nicht Pharmazeuten ausbilden muss. Die Apotheker erwarten vom PH-Curriculum vor allem Unterstützung für den Kontakt mit der Kundschaft.

Die Resultate der Arbeit geben eine Handlungsanweisung für die Weiterentwicklung des Curriculums und zeigen das Spannungsfeld zwischen individueller Ebene und Bevölkerungsebene auf, in der sich die Apotheke bewegt. ▮

Weitere Informationen zum Weiterbildungsprogramm: www.public-health-edu.ch

Korrespondenzadresse
Andrea Merkel, Apothekerin MPH
E-Mail: andrea.merkel@bluewin.ch

Meldung vermuteter unerwünschter Wirkungen nach A(H1N1)-Grippeimpfung

Mitteilung von Swissmedic

Apothekerinnen und Apotheker sind aufgerufen, während der kommenden Impfkampagne vermutete unerwünschte Wirkungen der neuen A(H1N1)-Impfstoffe zu melden. Swissmedic stellt dafür eigens ein einfaches Online-System, das «PaniFlow System» bereit, welches über das Swissmedic Pandemie Portal (www.swissmedic.ch/pandemieportal.asp) erreichbar ist. Es erlaubt, die Sicherheit der neuen Impfstoffe bei einem bisher nicht erreichten breiten Einsatz in der Schweiz effizient zu überwachen und frühzeitig allfällig notwendige zusätzliche Sicherheitsmassnahmen einzuleiten.

Die Pandemische Grippe breitet sich zurzeit weltweit aus. Die Weltgesundheitsbehörde (WHO) hat am 11. Juni 2009 die pandemische Phase ausgerufen (Stufe 6). Stufe 6 bedeutet, dass es in mindestens zwei von sechs WHO-Regionen zu einer anhaltenden Mensch-zu-Mensch-Übertragung gekommen ist. Die Schweiz hat 13 Millionen Dosen A(H1N1)-Grippeimpfstoffe bei GlaxoSmithKline und Novartis für die erwartete A(H1N1) pandemische Grippe bestellt. Bei der Zulassung der A(H1N1)-Grippeimpfstoffe stützt sich Swissmedic ebenso wie die Behörden des Auslands auf neue klinische Studien und, wie bei den jährlich angepassten saisonalen Impfstoffen auch, auf die Datenbasis zu vergleichbaren Influenza-Impfstoffen.

Die neuen A(H1N1)-Pandemie-Grippeimpfstoffe werden voraussichtlich ab Oktober 2009 verfügbar sein und sollen, sobald die Zulassung durch Swissmedic erfolgt ist, im Rahmen einer Impfkampagne eingesetzt werden.

Beim breiten Einsatz der neuen Impfstoffe im Rahmen der Impfkampagne gilt es, seltene Risiken und Probleme besonders bei speziellen Patientengruppen (Kleinkinder, Schwangere) frühzeitig zu erfassen. Mit dieser Publikation möchte Swissmedic mögliche Fragen zur Meldung vermuteter unerwünschter Wirkungen zu diesen A(H1N1)-Grippeimpfstoffen vor Beginn der Impfkampagne klären.

Das neue Swissmedic Pandemie Portal

Um Fachleute und Öffentlichkeit über die A(H1N1)-Grippeimpfstoffe, deren Überwachung sowie damit zusammenhängende Fragen auf möglichst einfache Art auf dem Laufenden zu halten, hat Swissmedic ein Pandemie Portal geschaffen. Dieses ist ab Oktober verfügbar www.swissmedic.ch/pandemieportal.asp und wird während der Dauer der A(H1N1) Impfkampagne operationell sein.

Das PaniFlow System

Um die Sicherheit der beiden neuen A(H1N1)-Grippeimpfstoffe nach der Zulassung laufend und effizient zu überwachen, hat Swissmedic ein einfaches internet-basiertes System zur online Meldung von vermuteten unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) der neuen Grippeimpfstoffe entwickelt – das PaniFlow System. Der Zugang zu diesem System erfolgt über das Pandemie Portal. (Der Link zur Internetadresse für die UAW-Meldungen wird erst beim Start der Impfkampagne aktiviert.)

Swissmedic wird auf dem Pandemie Portal laufend über den aktuellen Stand der A(H1N1)-Grippeimpfstoff-Vigilance informieren (www.swissmedic.ch/pandemieportal.asp).

Apothekerinnen und Apotheker sowie Ärztinnen und Ärzte können die vermuteten UAW nach Impfung mit den A(H1N1)-Grippeimpfstoffen einzig direkt online über das PaniFlow System melden. Eine Direktmeldung durch Patienten ist nicht vorgesehen.

Die Firma Pharma Focus Consulting AG (PFC), eine Contract Research Organisation, verarbeitet die UAW-Meldungen zu den (H1N1)-Grippeimpfstoffen im Auftrag der Swissmedic.

Zur Unterstützung der Meldenden für Fragen im Zusammenhang mit UAW-Meldungen nach einer erfolgten A(H1N1)-Grippeimpfung oder bei Problemen mit der Online-Eingabe wurde eine **Gratis-Telefon-Hotline (0800 800 199)** eingerichtet.

Im Gegensatz zur «normalen» Pharmacovigilance wird im Rahmen des «PaniFlow» Systems nach einer UAW-Meldung kein individuelles Feedback an den meldenden Apotheker oder Arzt erfolgen.

Was ist in PaniFlow einzugeben?

Vermutete UAW, bei denen ein A(H1N1)-Grippeimpfstoff in Betracht kommt, die:

- → innerhalb von 8 Wochen nach einer Impfung aufgetreten und
- → Hauptanlass für eine Arztkonsultation und
- → nicht eindeutig durch eine andere Ursache bedingt sind.

Zu melden sind alle schwereren oder ungewöhnlichen UAW, besonders systemische Überempfindlichkeitsreaktionen, Fieber über 39°, Organreaktionen (z.B. Konvulsionen, Neuritis, Arthritis, Thrombopenie), sowie alle Formen von Autoimmunerkrankungen, die neu aufgetreten sind oder sich verschlimmert haben, daneben ausgeprägte Lokalreaktionen (z.B. Schwellung, die zwei Gelenke überschreitet oder mehr als sechs Tage anhält).

Ebenfalls zu melden sind unerwartete Häufungen bekannter oder unbekannter Reaktionen (im Hinblick auf mögliche Qualitätsprobleme einer Impfstoffcharge).

Bitte melden Sie online über das einfache PaniFlow System. Dieses wird über www.swissmedic.ch/pandemieportal.asp zugänglich gemacht.

Was wird nicht mit PaniFlow erfasst?

Alle vermuteten UAW zu allen anderen Arzneimitteln, insbesondere zum saisonalen Grippeimpfstoff und zu antiviralen Arzneimitteln. Bitte richten Sie diese Berichte wie bisher mit dem «gelben UAW-Meldeformular» an die Regionalen Pharmacovigilance Zentren. Das Formular und entsprechende Hinweise sind verfügbar auf www.swissmedic.ch → Marktüberwachung → Pharmacovigilance.

Antivirale Medikamente gegen Influenza

Im Rahmen der Pandemie – wenn aus medizinischer Sicht die breite Anwendung von Oseltamivir/Tamiflu® und Zanamivir/Relenza® erforderlich ist – können diese antiviralen Mittel nach sorgfältiger Nutzen/Risiko-Evaluation des Arztes/der Ärztin auch bei Risikogruppen eingesetzt werden, wie bei (Klein-)Kindern und Schwangeren, bei denen wenig Erfahrung mit deren Anwendung vorliegt. Vermutete UAW-Meldungen zu diesen antiviralen Medikamenten werden ebenfalls nach dem üblichen Verfahren mit dem gelben UAW-Meldeformular an die regionalen Zentren gemeldet.

Swissmedic dankt allen Fachleuten, die – trotz der ohnehin grossen Belastung während einer Pandemie – aktiv zum Schutz der Bevölkerung beitragen, indem sie neue oder schwerwiegende UAW der eingesetzten Medikamente zeitnah melden. ▮

Korrespondenzadresse
Rudolf Stoller
Abteilung Arzneimittelsicherheit (AMS)
Swissmedic, Schweizerisches Heilmittelinstitut
Hallerstrasse 7
3000 Bern 9
E-Mail: vigilance@swissmedic.ch

Le système PaniFlow

Afin d'optimiser l'efficacité de la surveillance de la sécurité des deux nouveaux vaccins contre la grippe A (H1N1) après leur autorisation, Swissmedic a développé un système basé sur internet, appelé PaniFlow, qui permettra de saisir en ligne leurs effets indésirables (EI) suspectés. Ce système sera accessible au travers du portail Pandémie (le lien vers l'adresse internet qui permettra de saisir les EI ne sera activé qu'au début de la campagne de vaccination).

Swissmedic mettra également en ligne sur son portail Pandémie (www.swissmedic.ch/pandemieportal.asp), toutes les informations régulièrement actualisées concernant la vigilance spécifique des vaccins contre la grippe A (H1N1).

Les EI suspectés survenant après vaccination contre la grippe A (H1N1) peuvent immédiatement et seulement être annoncés en ligne par les pharmaciens et les médecins sur le système PaniFlow. L'annonce directe par les patients n'est pas prévue.

Sur mandat de Swissmedic, l'organisme de recherche sous contrat Pharma Focus Consulting AG (PFC) traitera les annonces d'effets indésirables suspectés liés aux vaccins contre la grippe (H1N1).

Par ailleurs, une **hotline gratuite (0800 800 199)** a été mise en place pour répondre aux questions des professionnels de santé relatives aux annonces d'EI après vaccination contre la grippe A (H1N1) ou pour leur fournir une aide en cas de problème de saisie des annonces.

De plus, contrairement à ce qui se pratique dans le cadre de la pharmacovigilance «normale», le système PaniFlow ne prévoit pas d'envoi de feed-back individuel au médecin auteur de l'annonce.

Que faut-il saisir dans PaniFlow?

Les EI suspectés pour lesquels un vaccin contre la grippe A (H1N1) peut être en cause :

→ survenant dans un délai de huit semaines après la vaccination,
→ représentant la raison principale de la consultation et
→ ne pouvant être associés avec certitude à aucune autre cause.

Doivent être annoncés tous les EI graves ou inhabituels, en particulier les réactions d'hypersensibilité systémiques, une fièvre supérieure à 39 °C, des réactions organiques (p. ex. convulsions, névrite, arthrite, thrombopénie) ainsi que toute forme de maladie auto-immune d'apparition récente ou aggravées et les réactions locales marquées (p. ex. œdème étendu sur plus de deux articulations ou durant plus de six jours).

Enfin, il convient d'annoncer également toute accumulation inattendue de réactions connues ou inconnues (dans la perspective de possibles défauts de qualité d'un lot de vaccins).

Prière de bien vouloir saisir les annonces en ligne via le système PaniFlow, accessible à l'adresse suivante: www.swissmedic.ch/pandemieportal.asp.

Que ne faut-il pas saisir dans PaniFlow?

Les EI suspectés liés à tout autre médicament, en particulier au vaccin contre la grippe saisonnière et aux antiviraux. Prière d'adresser ces annonces selon la procédure habituelle (formulaire jaune «Annonce d'effets indésirables suspectés d'un médicament (EI)»), aux centres régionaux de pharmacovigilance. Ce document ainsi que les instructions correspondantes sont disponibles en ligne sur notre site internet www.swissmedic.ch → Surveillance du marché → Annonces d'effets indésirables (Pharmacovigilance).

Médicaments antiviraux contre le virus de la grippe

Dans le cadre de la pandémie, si, selon un avis médical, l'utilisation à grande échelle d'oseltamivir/Tamiflu® et de zanamivir/Relenza® est requise, ces médicaments antiviraux pourront également être prescrits après évaluation médicale bénéfice/risque soignée et malgré une expérience limitée, à des groupes à risque, tels que (jeunes) enfants et femmes enceintes. Les annonces d'EI suspectés liés à ces antiviraux devront également être envoyées aux centres régionaux de pharmacovigilance selon la procédure habituelle au moyen du formulaire jaune prévu à cet effet.

Swissmedic remercie par avance tous les professionnels de la santé qui contribueront activement à la protection de la population en annonçant le plus rapidement possible les EI graves ou nouveaux liés aux médicaments administrés, et ce malgré l'important surcroît de travail auquel ils devront faire face du fait de la pandémie de grippe. ▮

Adresse de correspondance
Rudolf Stoller
Institut suisse des produits thérapeutiques
Division sécurité des médicaments
Hallerstrasse 7
3000 Berne 9
E-mail: vigilance@swissmedic.ch

Grippe A (H1N1) pandémique 2009

Annonce d'effets indésirables suspectés survenant après vaccination contre la grippe A (H1N1)

Communication de Swissmedic

Les pharmaciens sont appelés à annoncer tout effet indésirable suspecté des vaccins contre la grippe pandémique A (H1N1) 2009 durant l'ensemble de la campagne de vaccination à venir. Swissmedic met à disposition dans ce but un système de saisie en ligne simple et spécifique, le système PaniFlow, accessible par le portail pandémique (www.swissmedic.ch/pandemieportal.asp) qui va permettre d'effectuer une surveillance optimale de la sécurité de nouveaux vaccins utilisés à une échelle non encore atteinte en Suisse, et de prendre dans les meilleurs délais, si nécessaire, les mesures complémentaires qui s'imposent.

La grippe pandémique se répand actuellement à travers le monde. En date du 11 juin 2009, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré la phase pandémique (phase 6). La phase 6 signifie qu'une propagation interhumaine soutenue a eu lieu dans au moins deux des six régions de l'OMS.

La Suisse a commandé 13 millions de doses de vaccins contre la grippe A (H1N1) auprès de GlaxoSmithKline et Novartis. L'autorisation donnée par Swissmedic s'appuie, à l'instar des autorités étrangères, sur les études cliniques récentes et, comme pour les vaccins contre la grippe saisonnière qui sont modifiés chaque année, sur la base de données relatives à des vaccins comparables.

Ces nouveaux vaccins devraient être disponibles à partir du mois d'octobre 2009 et seront administrés dans le cadre d'une campagne de vaccination dès lors qu'ils auront été autorisés par Swissmedic.

Il faut lors d'une utilisation à très grande échelle des nouveaux vaccins dépister le plus précocement possible les risques rares et en particulier les problèmes survenant chez des groupes de patients spécifiques (jeunes enfants, femmes enceintes). Par le présent document, Swissmedic entend apporter des réponses à d'éventuelles questions ayant trait à l'annonce des effets indésirables suspectés liés à ces vaccins contre la grippe A (H1N1) et ce avant le début de la campagne de vaccination.

Le nouveau portail Pandémie de Swissmedic
Swissmedic a créé un portail Pandémie, qui permettra aux professionnels de santé et au grand public d'accéder très facilement à des informations régulièrement mises à jour concernant les vaccins contre la grippe A (H1N1), leur surveillance et les questions qui s'y rapportent. Ce portail, qui est accessible dès octobre à l'adresse www.swissmedic.ch/pandemieportal.asp, restera opérationnel pendant toute la durée de la campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1) pandémique.

Le système PaniFlow

Afin d'optimiser l'efficacité de la surveillance de la sécurité des deux nouveaux vaccins contre la grippe A (H1N1) après leur autorisation, Swissmedic a développé un système basé sur internet, appelé PaniFlow, qui permettra de saisir en ligne leurs effets indésirables (EI) suspectés. Ce système sera accessible au travers du portail Pandémie (le lien vers l'adresse internet qui permettra de saisir les EI ne sera activé qu'au début de la campagne de vaccination).

Swissmedic mettra également en ligne sur son portail Pandémie (www.swissmedic.ch/pandemieportal.asp), toutes les informations régulièrement actualisées concernant la vigilance spécifique des vaccins contre la grippe A (H1N1).

Les EI suspectés survenant après vaccination contre la grippe A (H1N1) peuvent immédiatement et seulement être annoncés en ligne par les pharmaciens et les médecins sur le système PaniFlow. L'annonce directe par les patients n'est pas prévue.

Sur mandat de Swissmedic, l'organisme de recherche sous contrat Pharma Focus Consulting AG (PFC) traitera les annonces d'effets indésirables suspectés liés aux vaccins contre la grippe (H1N1).

Par ailleurs, une **hotline gratuite (0800 800 199)** a été mise en place pour répondre aux questions des professionnels de santé relatives aux annonces d'EI après vaccination contre la grippe A (H1N1) ou pour leur fournir une aide en cas de problème de saisie des annonces.

De plus, contrairement à ce qui se pratique dans le cadre de la pharmacovigilance «normale», le système PaniFlow ne prévoit pas d'envoi de feed-back individuel au médecin auteur de l'annonce.

Que faut-il saisir dans PaniFlow?

Les EI suspectés pour lesquels un vaccin contre la grippe A (H1N1) peut être en cause :

→ survenant dans un délai de huit semaines après la vaccination,
→ représentant la raison principale de la consultation et
→ ne pouvant être associés avec certitude à aucune autre cause.

Doivent être annoncés tous les EI graves ou inhabituels, en particulier les réactions d'hypersensibilité systémiques, une fièvre supérieure à 39 °C, des réactions organiques (p. ex. convulsions, névrite, arthrite, thrombopénie) ainsi que toute forme de maladie auto-immune d'apparition récente ou aggravées et les réactions locales marquées (p. ex. œdème étendu sur plus de deux articulations ou durant plus de six jours).

Enfin, il convient d'annoncer également toute accumulation inattendue de réactions connues ou inconnues (dans la perspective de possibles défauts de qualité d'un lot de vaccins).

Prière de bien vouloir saisir les annonces en ligne via le système PaniFlow, accessible à l'adresse suivante: www.swissmedic.ch/pandemieportal.asp.

Que ne faut-il pas saisir dans PaniFlow?

Les EI suspectés liés à tout autre médicament, en particulier au vaccin contre la grippe saisonnière et aux antiviraux. Prière d'adresser ces annonces selon la procédure habituelle (formulaire jaune «Annonce d'effets indésirables suspectés d'un médicament (EI)»), aux centres régionaux de pharmacovigilance. Ce document ainsi que les instructions correspondantes sont disponibles en ligne sur notre site internet www.swissmedic.ch → Surveillance du marché → Annonces d'effets indésirables (Pharmacovigilance).

Médicaments antiviraux contre le virus de la grippe

Dans le cadre de la pandémie, si, selon un avis médical, l'utilisation à grande échelle d'oseltamivir/Tamiflu® et de zanamivir/Relenza® est requise, ces médicaments antiviraux pourront également être prescrits après évaluation médicale bénéfice/risque soignée et malgré une expérience limitée, à des groupes à risque, tels que (jeunes) enfants et femmes enceintes. Les annonces d'EI suspectés liés à ces antiviraux devront également être envoyées aux centres régionaux de pharmacovigilance selon la procédure habituelle au moyen du formulaire jaune prévu à cet effet.

Swissmedic remercie par avance tous les professionnels de la santé qui contribueront activement à la protection de la population en annonçant le plus rapidement possible les EI graves ou nouveaux liés aux médicaments administrés, et ce malgré l'important surcroît de travail auquel ils devront faire face du fait de la pandémie de grippe. ▮

Adresse de correspondance
Rudolf Stoller
Institut suisse des produits thérapeutiques
Division sécurité des médicaments
Hallerstrasse 7
3000 Berne 9
E-mail: vigilance@swissmedic.ch

Agenda 2009

Oktober/octobre

21. Umdasch-Seminar: Kaufgefühle, Oberentfelden
22. Umdasch-Seminar: Kaufgefühle, Oberentfelden
28.–30. IFAS Romandie, Lausanne

November / novembre

4. Collegium Hönggerberg, Forum Molekulare Wissenschaften, Zürich
10./11. pharmaSuisse: Delegiertenversammlung / Assemblée des délégués, Bern

Den Veranstaltungskalender finden Sie auch auf www.pharmaSuisse.org unter Pharmazie&Fachpublikum → Beruf Apotheker → Fortbildung FPH/Weiterbildung FPH → Veranstaltungskalender
Le calendrier des manifestations se trouve également sur www.pharmasuisse.org, sous Pharmaciens&Politique → Profession pharmacien → Formation postgraduée/Formation continue → Calendrier des manifestations.

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH**

Manifestations reconnues par la FPH officine (O), hôpital (H) et homéopathique (HOM)

Date	O/H/ Hom	titre	organisateur	lieu	heure	informations	PC/ Module	numéro d'identification	prix
Octobre									
14.10.	O	Quale futuro per la medicina ambulatoria?	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	Lugano	14.00–18.00	Tél. 022 989 01 28 raul.schlegel@sanofi-aventis.com	29	**2**-114-11-09-P29	gratuit
21.10.	O	Farmacovigilanza: casi pratici	pharmActuel	Manno Aragonite	19.30	Fax: 091 923 39 09	15	**1**-3-257-09-P15	20.– con abbonamento, 30.– senza abbonamento
21.10.	O	La terapia antibiotica empirica	OFCT	Locarno	12.00	Tél. 091 922 68 66 segretariato@ofct.ch	9	**1**-10-56-09-P9	gratuit
28.10.	O	Lo scompenso diabetico	OFCT	Locarno	12.00	Tél. 091 922 68 66 segretariato@ofct.ch	9	**1**-10-57-09-P9	gratuit
Novembre									
02.11.	O	Migraines, céphalées et sclérose en plaque	CAP	Martigny	08.30–18.00	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	62.5	**1**-2-172-09-P62.5	Membres du CAP: 330.– Non-membres: 400.–
03.11.	O/H	GSASA Generalversammlung	GSASA	Genève	sur demande	www.escp-gsasa2009.org	25	**1**-103-408-09-P25	gratuit
03./10./17./24.11. + 01./09.12.	O	Comment conduire et stimuler votre équipe en pharmacie?	Global Management Sàrl	Ouchy	19.30–22.00	Tél. 026 409 77 20 info@gmrh.ch	123.75	**3**-15-48-09-P123.75	450.–
03.11.	O	Migraines, céphalées et sclérose en plaque	CAP	Gd-Saconnex	08.30–18.00	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	62.5	**1**-2-172-09-P62.5	Membres du CAP: 330.– Non-membres: 400.–
09.11.	O	Migraines, céphalées et sclérose en plaque	CAP	Gd-Saconnex	08.30–18.00	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	62.5	**1**-2-172-09-P62.5	Membres du CAP: 330.– Non-membres: 400.–
10.11.	O	Migraines, céphalées et sclérose en plaque	CAP	Morges	08.30–18.00	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	62.5	**1**-2-172-09-P62.5	Membres du CAP: 330.– Non-membres: 400.–
11.11.	O	Le artriti	OFCT	Locarno	12.00	Tél. 091 922 68 66 segretariato@ofct.ch	9	**1**-10-58-09-P9	gratuit
13.11.	O	Le concept CERES	ebi-pharm ag	Chavannes-de-Bogis	09.30–17.00	Tél. 031 828 12 22 office@ebi-pharm.ch	50	**1**-30-108-09-P50	100.–
16.+ 23.11.	O	Comment conduire et stimuler votre équipe en pharmacie?	Global Management Sàrl	Ouchy	19.30–22.00	Tél. 026 409 77 20 info@gmrh.ch	41.25	**3**-15-49-09-P41.25	250.–
18.11.	O	Epatiti croniche B e C	OFCT	Locarno	12.00	Tél. 091 922 68 66 segretariato@ofct.ch	9	**1**-10-59-09-P9	gratuit
19.11.	O	Casi ematologici	OFCT	Mendrisio	12.30	Tél. 091 922 68 66 segretariato@ofct.ch	9	**1**-10-52-09-P9	gratuit

Nous vous demandons de conserver le calendrier des manifestations FPH car les dates de ces manifestations ne seront mentionnées qu'une seule fois dans le pharmaJournal.
Domaines de compétences (correspond au 1er chiffre du numéro d'identification)
1: Compétences pharmaceutiques 2: Compétences en santé communautaire 3: Compétences en gestion 4: Compétences personnelles

→

FPH-anerkannte Veranstaltungen im Bereich Offizin (O)- und Spitalpharmazie (S) sowie klassischer Homöopathie (H)

Datum	O/S/H	Titel	Veranstalter	Ort	Zeit	Informationen	KP/Modul	ID-Nummer	Preis
Oktober									
21.10.	O	Der Generikamarkt Schweiz	Pfizer AG	Bern	19.30–21.30	Tel. 071 914 70 40 pfizeracademy@sto.ch	16.5	**1**-113-16-09-P16.5	gratis
22.10.	O	Neue Therapiekonzepte bei Diabetes Typ 2 + Hypercholesterinämie	Pfizer AG	Basel	19.15–20.15	Tel. 071 914 70 43 pfizer@sto.ch	8.25	**1**-113-17-09-P8.25	gratis
26.10.	O	Der Generikamarkt Schweiz	Pfizer AG	Chur	19.15–20.15	Tel. 071 914 70 43 pfizer@sto.ch	8.25	**1**-113-17-09-P8.25	gratis
27.10.	O	Verschreibungen für Kinder (k)ein Problem!	pharmActuel	Luzern	19.00	e-odermatt@bluewin.ch	15	**1**-3-255-09-P15	Abonnenten: 20.–; Nicht-Abonnenten: 30.–; Studenten: 5.–
30.+ 31.10.	O	Wärmeprozesse in der Anthroposophischen Pharmazie	VAEPS	Arlesheim	14.00	Tel. 061 228 79 26 info@vaeps.ch	86	**1**-289-4-09-P86	175.– bis 250.–
31.10.	O	Pharmaziegeschichte	SGGP	Bern	16.00–19.00	Tel. 031 322 03 56 claudia.zerobin@gmx.ch	18.75	**1**-73-8-09-P18.75	gratis
November									
02.11.	O	Spagyrik Lehrgang 1 «Spagyrik und akute Krankheiten»	Spagyros AG	Zürich	10.00–18.00	Tel. 031 959 55 88 kurse@spagyros.ch	50	**1**-142-33-09-P50	172.15
03.11.	O	Spagyrik Lehrgang 1 «Spagyrik und akute Krankheiten»	Spagyros AG	Zürich	08.30–16.00	Tel. 031 959 55 88 kurse@spagyros.ch	50	**1**-142-33-09-P50	172.15
06.11.	O	Selbstmanagement	Metabasis GmbH	auf Anfrage	09.00–18.00	Tel. +49 7153 612 29 71 info@metabasisgmbh.de	50	**4**-204-12-09-P50	345.–
06.11.	O	Pädiatrie – ein Entwicklungszyklus Teil 1: Neugeborene, Säuglinge + Kleinkinder	Agfam	Zürich	08.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	50	**1**-1-17-09-P50	380.– im 6er-Abonnement, 420.– als Einzelkurs
06.+ 07.11.	H	Jugendliche in der Homöopathie	Simillimum	Bern	09.00–17.00	www.simillimum.ch	100	KH-10-04-09-P100	420.–
09.11.	O	Die Lösung der Nachfolge in KMU	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-52-09-P50	590.–
09.11.	O	Spagyrik Lehrgang 2 «Spagyrik und chronische Krankheiten»	Spagyros AG	Gümligen	10.00–18.00	Tel. 031 959 55 88 kurse@spagyros.ch	50	**1**-142-32-09-P50	172.15
09.11.	O	Der Generikamarkt Schweiz	Pfizer AG	Zürich	19.15–20.15	Tel. 071 914 70 43 pfizer@sto.ch	8.25	**1**-113-17-09-P8.25	gratis
10.11.	O	Mitarbeiterbeurteilung als zentrales Führungsinstrument	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-53-09-P50	590.–
10.11.	O	Up-date Untere Atemwege/ COPD	medinform GmbH	Zürich	08.30–12.00	Tel. 044 391 76 45 info@medinform.ch	25	**1**-226-109-09-P25	200.–
10.11.	O	Spagyrik Lehrgang 2 «Spagyrik und chronische Krankheiten»	Spagyros AG	Gümligen	08.30–16.00	Tel. 031 959 55 88 kurse@spagyros.ch	50	**1**-142-32-09-P50	172.15
10.11.	O	Intervision	Fosumos	Glarus	19.00	Tel. 079 206 02 79 www.fosumos.ch	25	**1**-238-14-09-P25	gratis
11.11.	O	Chronisch entzündliche Erkrankungen	Hepart AG	Zürich	10.00–16.00	Tel. 071 666 83 40 maria.fattore@hepart.com	33.25	**1**-177-21-09-P33.25	110.–
11.11.	O/S	Das Neuste aus der Therapie der Migräne + der Trigeminusneuralgie	Kantonsapotheke Zürich	Zürich	18.30	severine.fuchs@kaz.zh.ch	12.5	**1**-103-409-09-P12.5	gratis
11.11.	O	Aufbauseminar Erkältungskrankheiten	Weleda AG	Arlesheim	09.00–17.30	Tel. 061 705 21 21 mkaeser@weleda.ch	50	**1**-99-10-09-P50	120.–
11.11.	O	Verkaufstechniken im Wandel	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-54-09-P50	590.–
11.11.	O	Stellvertreter-Assistent oder Vertretung	Metabasis GmbH	auf Anfrage	09.00–18.00	Tel. +49 7153 612 29 71 info@metabasisgmbh.de	50	**4**-204-9-09-P50	345.–
11.–14.11.	O	Einführung in die Gesundheitsökonomie	Uni Bern	Bern	08.15	Tel. 031 631 32 11 health.administration@rw.unibe.ch	175	**2**-83-52-09-P175	1650.–
12.11.	O	Basic 3	Heidak AG	Emmenbrücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-01-09-P50	195.–

→

12.11.	O	IV + Sucht II	Fosumos	Sargans	19.00	Tel. 079 206 02 79 www.fosumos.ch	25	**1**-238-8-09-P25	gratis
12.11.	O	Refresherkurs	Schweiz. Tropeninstitut	Zürich	08.00–12.00	www.sti.ch	25	1-46-39-09-P25	250.–
12.11.	O	Refresherkurs	Schweiz. Tropeninstitut	Zürich	13.00–17.00	www.sti.ch	25	1-46-39-09-P25	250.–
12.11.	H	Kardiovaskuläre Erkrankungen Hypertonie	SAHP	Luzern	09.15–17.15	www.sahp.ch	50	KH-01-16-09-P50	200.– bis 220.–
12.11.	H	Psychiatrische Verläufe	ZAKH	Zürich	18.15–20.45	www.zakh.ch	25	KH-02-23-09-P25	90.–
13.11.	O	Management by Zahlen-Bilanzanalyse	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-55-09-P50	590.–
13.+ 14.11.	H	Spinnen + Milben	Indrani Meier	Thalwil	09.00–18.00	www.indrani-meier.ch	100	KH-12-02-09-P100	420.–
13.– 15.11.	H	Sepia mit Henny Heudens-Mast	Artis Homöopathicae	Solothurn	13.00	info@artis-pfs.ch	138	KH-08-09-09-P138	480.–
14.11.	O	Das metabolische Syndrom + dessen Krankheiten	ebi-pharm ag	Olten	09.30–17.00	Tel. 031 828 12 22 office@ebi-pharm.ch	50	**1**-30-130-09-P50	120.–
14.11.	O	Einführungs-/Orientierungs-veranstaltung	VAEPS	Arlesheim	09.30–16.30	Tel. 061 228 79 26 info@vaeps.ch	20	**1**-289-2-09-P20	100.– bis 150.–
14.+ 15.11.	H	Die Arbeit von Massimo Mangialavori	Samuel Hahnemann Schule	Aarau	08.45–18.30	info@hahnemann.ch	100	KH-06-07-09-P100	400.–
15.11.	O	pharmActuel Symposium	pharmaSuisse	Bern	09.00–16.40	pharmActuel@ pharmaSuisse.org	50	keine ID-Nummer	gratis bis 150.–
16.11.	O	Üben mit Fallbeispielen	medinform GmbH	Zürich	13.30–17.00	Tel. 044 391 76 45 info@medinform.ch	25	**1**-226-104-09-P25	200.–
16.11.	O	Master of Using HEIDAK-Ängste + Traumata	Heidak AG	Emmenbrücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-02-09-P50	1950.–
17.11.	O/S	Investigator-initiierte Studien: Von der Idee bis zur Durchführung	Unispital Basel	Basel	17.30	www.spital-pharmazie-basel.ch	8.25	**1**-103-410-09-P8.25	gratis
17.11.	O	Qualitätszirkel Komplementärmedizin, Schwerpunkt Spagyrik	Spagyros AG	Gümligen	19.00–21.30	Tel. 031 959 55 88 kurse@spagyros.ch	20.75	**1**-142-35-09-P20.75	86.10
17.11.	O	Effizienzsteigerung durch moderne Arbeitstechnik	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**4**-48-56-09-P50	590.–
17.+ 18.11.	O	Konfliktmanagement – Konflikte erkennen, steuern + lösen	Metabasis GmbH	auf Anfrage	09.00	Tel. +49 7153 612 29 71 info@metabasisgmbh.de	100	**4**-204-13-09-P100	675.–
18.11.	O	Sozialversicherungen + Lohnabrechnung	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-57-09-P50	590.–
18.11.	O	Führungsgrundlagen	Apotheken Drogerien Dr. Bähler	Olten	08.30–17.30	Tel. 055 416 14 29 www.achillea.ch	50	**3**-315-01-09-P50	440.–
18.11.	O	Sucht + Alter	Fosumos	St. Gallen	19.30	Tel. 079 206 02 79 www.fosumos.ch	25	**1**-238-12-09-P25	gratis
19.11.	O	Phytotherapie + Sport	SMGP	Baden	09.00–17.00	Tel. 058 934 59 80 kurse-smgp.isfm@zhaw.ch	46	**1**-20-14-09-P46	70.– bis 250.–
19.11.	O/S	Nosokomiale Infektionen: Biotech-Forum 2	Universität Basel	Zürich	14.00–17.30	Tel. 061 328 79 09 www.spitalpharmazie.ch	25	**1**-103-411-09-P25	gratis
19.11.	O	Master of Using HEIDAK-Ängste + Traumata	Heidak AG	Emmen-brücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-02-09-P50	1950.–
19.11.	O	Sozialversicherungsrecht bei Aufenthalt + Erwerbstätigkeit von Ausländern in der Schweiz	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-35-09-P50	590.–
20.11.	O	Basic 4	Heidak AG	Emmen-brücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-01-09-P50	195.–

Haben Sie Anregungen, Bemerkungen, Vorschläge zu Kursprogrammen oder einzelnen Kursen?
Wir freuen uns auf Ihr Feedback! Fax 031 978 58 59; kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Veuillez adresser vos remarques, suggestions et propositions concernant les programmes ou les divers cours à Madame Kathrin Zybach (fax 031 978 58 59; e-mail: kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Mitteilungen Communications

Grossbritannien: Apotheker wollen Gleichberechtigung

Seit Mai 2006 können Apotheker und Krankenpfleger in Grossbritannien fast alle zugelassenen Medikamente verschreiben. Für die Zusatzbezeichnung «Independent Prescriber» muss eine sechsmonatige Zusatzausbildung absolviert werden. Die Befugnisse sind jedoch unterschiedlich: Während Betäubungsmittel für Apotheker tabu sind, dürfen Pflegekräfte insgesamt 13 Controlled Drugs wie Methadon oder Diamorphin verschreiben. Die britische Apothekerkammer fordert nun Gleichberechtigung. Auf diese Weise wollen die Apotheker das Gesundheitssystem entlasten: Sowohl Krankenpfleger als auch Apotheker sollen Rezepte für alle Betäubungsmittel ausstellen dürfen.
www.apotheke-adhoc.de

Deutschland: Aus für «Apotank»

Es ist vorbei, bevor es richtig losging: Das Pick up-Modell «Apotank» in Shell-Tankstellen wurde mit sofortiger Wirkung eingestellt. Man habe das Projekt in gegenseitigem Einvernehmen beendet, sagte ein Mitarbeiter der Apotheke, die hinter der Idee steckte. Ein niedersächsischer Apotheker hatte zunächst in vier Tankstellen Pick up-Stationen aufgestellt. Über einen Exklusivvertrag mit Shell wollte er langfristig mehr als 2000 Pick up-Stellen in Tankstellen anbieten. Doch schon der Zwischenschritt, das Modell auf 20 Filialen zu erweitern, schlug fehl. Der Mineralölkonzern hatte den politischen Gegenwind offenbar nicht erwartet und war «ein bisschen nervös» geworden. Die «Abholstellen in Tankstellen» wurden in der politischen Diskussion zuletzt gerne als Beispiel für eine unerwünschte Entwicklung im Arzneimittelversandhandel angeführt.
www.apotheke-adhoc.de

Schweden: Tankstelle statt Apotheke

In Kürze können in Schweden nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel an Tankstellen und in Supermärkten verkauft werden. Mittlerweile stehen Details zu Verkaufsbedingungen und Arzneimittelsortiment fest. Die schwedische Arzneimittelaufsicht hat eine Übersicht aller Medikamente herausgegeben, die zum 1. November aus der Apothekenpflicht entlassen werden. Neben Erkältungsmitteln, Nasensprays, Mitteln gegen Sodbrennen, Abführmitteln, Entschäumern stehen auch Antimykotika, Mittel gegen Haarausfall, kortisonhaltige Dermatika, Kopfschmerzmittel, pflanzliche Beruhigungsmittel und sogar die «Pille danach» auf der Liste. Einzelhändler, die künftig rezeptfreie Arzneimittel vertreiben wollen, müssen sich bei den Behörden registrieren. Die Medikamente müssen so im Verkaufsraum platziert sein, dass sie der direkten Aufsicht des Personals unterliegen und deutlich ist, dass es sich bei den Produkten um Arzneimittel handelt.

Eine besondere Schulung braucht das Personal nicht; falls bei den Verbrauchern Bedarf nach Beratung besteht, sind die Ladenangestellten verpflichtet, ihnen die nächste Apotheke zu nennen.
www.apotheke-adhoc.de

†

Todesanzeige

Wir haben die traurige Pflicht, unsere Mitglieder vom Hinschied von

Herrn

Dr. Paul Grünig-Baumann

13.1.1919–8.9.2009

Apotheker, Einigen
Mitglied des Verbands seit 1947
Freimitglied seit 1985

in Kenntnis zu setzen.

Wir sprechen seinen Angehörigen unser herzliches Beileid aus und werden dem Verstorbenen ein ehrendes Andenken bewahren.

pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverband
Der Vorstand

†

Todesanzeige

Wir haben die traurige Pflicht, unsere Mitglieder vom Hinschied von

Frau

Daisy Valerie Hagemann-Lerch

20.1.1929–2.8.2009

Apothekerin, Basel
Mitglied des Verbands seit 1957
Freimitglied seit 1998

in Kenntnis zu setzen.

Wir werden die Verstorbene in bester Erinnerung behalten und entbieten ihrer Familie unsere aufrichtige Anteilnahme.

Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse
Der Vorstand

Österreich: Apotheker und Ärzte schliessen Frieden

In Niederösterreich haben Apotheker und Ärzte ihren nun schon seit mehr als einem Jahr andauernden Streit eigenen Angaben zufolge beigelegt. «Ich bekenne mich zu der hohen Qualität der Arzneimittelversorgung in Österreich durch öffentliche Apotheken und ärztliche Hausapotheken», sagte der Ärzte-Chef. Der Apotheker-Präsident erklärte: «Ich halte eine enge Kooperation zwischen Ärzte- und Apothekerkammer für wichtig und bin davon überzeugt, dass der neue kollegiale Umgang auch im Sinne der Patienten richtig ist.» Der Streit zwischen Ärzten und Apothekern hatte sich an Regelungen zur Arzneimittelabgabe auf dem Land entzündet. Im Laufe der Debatte hatten die Mediziner die komplette Aufhebung aller Beschränkungen für Praxisapotheken gefordert. Die Apotheken hatten dadurch ihre Existenz bedroht gesehen.
ww.apotheke-adhoc.de

pharmaSuisse: Neue Mitglieder
pharmaSuisse: Nouveaux membres

Um die Mitgliedschaft beim Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse bewerben sich:
Ont posé leur candidature à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse:

Apotheker/Pharmaciens
Borchard Christiane, Arzier, VD
Bonomi Maria Vittoria, Milano, IT
Legoût Hélène, Belmont, VD

Stud. pharm./Etudiants pharm.
Keller Jens, Basel, BS
Rothenbühler Karin, Lützelflüh, BE

Einsprachen gemäss Reglement Art. 3 Ziff. 3.2 sind innert 10 Tagen schriftlich mit Begründung an den Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld zu richten.

Selon l'art. 3 chiffres 3.2 du règlement, les oppositions éventuelles doivent être motivées et adressées par écrit, dans les 10 jours, à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld.

Widerruf der Zulassung
Révocation de l'autorisation de mise sur le marché

Folgende Gründe sind möglich /
Motifs envisageables:
1. Verzicht auf den Vertrieb / Arrêt de la distribution
2. Löschung im Überprüfungsverfahren / Radiation dans le cadre de la procédure de réexamen
3. Entlassung aus der Heilmittelkontrolle / Radiation du contrôle des médicaments

Zeichen / Signe	Präparat / Produit	Widerruf per / Révocation au
Humanpräparate/Produits à usage humain		
1	Aranesp 15 Mikrogramm, Injektionslösung in Durchstechflasche	23. 6. 2009
1	Aranesp 25 Mikrogramm, Injektionslösung in Durchstechflasche	23. 6. 2009
1	Aranesp 40 Mikrogramm, Injektionslösung in Durchstechflasche	23. 6. 2009
1	Aranesp 60 Mikrogramm, Injektionslösung in Durchstechflasche	23. 6. 2009
1	Bonidon-75, Depocaps	31. 12. 2009
1	Didronel, comprimés	28. 12. 2009
1	Endobulin S/D	31. 12. 2009
1	Lubex fest, Hautwaschemulsion in fester Form	31. 5. 2010
1	Nelsons Noctura, homöopathische Tabletten bei nervösen Schlafstörungen	22. 6. 2009
1	Nelsons Pollenna, homöopathische Tabletten bei Heuschnupfen	22. 6. 2009
1	Nelsons Sinusit, homöopathische Tabletten bei Nasennebenhöhlenkatarrh	22. 6. 2009
1	Nelsons Travella, homöopathische Tabletten bei Reisebeschwerden	22. 6. 2009
1	Nephrotect, Infustionslösung	8. 7. 2006
1	Stocrin 50 mg, Kapseln	14. 8. 2009
1	Stocrin 100 mg, Kapseln	14. 8. 2009
1	Stocrin 200 mg, Kapseln	14. 8. 2009
1	Treuphadol plus, Suppositorien für Erwachsene	17. 7. 2009
1	Treuphadol plus Tabs, teilbare Oblongtabletten	17. 7. 2009
1	Treuphadol 750, Suppositorien für Erwachsene	31. 12. 2009
1	Treuphadol Tabs, (Oblongtabletten)	17. 7. 2009
Blutprodukte und Impfstoffe/ Produits sanguins et vaccins		
1	Endobulin S/D, Blutprodukt	31. 12. 2009

pharmActuel
bietet aktuelle Fortbildung

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH** Fortbildungsprogramme

Tessin

Data:	Mercoledì, 21 ottobre 2009
Soggetto:	**Farmacovigilanza: casi pratici**
Consigliere:	R. Bertoli, M. Bissig Farm FPH, Dr. E. Bernasconi
No ID:	1-3-257-09-P15
Sponsor:	Sandoz SA
Ora:	Aperitivo: 19.30 inizio relazione: 20.15
Luogo:	Manno Aragonite
Prezzo:	Fr. 20.– con abbonamento pharmActuel Fr. 30.– senza abbonamento pharmActuel
Iscrizione:	pharmActuel, c/o OFCT, Casella postale 5539, 6901 Lugano, Fax 091 923 39 09

Luzern

Datum:	Dienstag, 27. Oktober 2009
Thema:	**Verschreibungen für Kinder (k)ein Problem!**
Referent:	Dr. med. Raoul Furlano, Universitäts-Kinderspital beider Basel
ID-NR:	1-3-255-09-P15
Sponsor:	Mepha Pharma
Zeit:	Apero: 19.00 Uhr Vortrag: 19.30 Uhr
Ort:	Seminarräumlichkeiten Bahnhof-restauration Luzern
Preis:	Fr. 20.– für pharmActuel-Abonnenten Fr. 30.– für Nichtabonnenten Fr. 5.– für Studenten
Anmeldung:	e-odermatt@bluewin.ch

VAEPS
Verband für Anthroposophisch
Erweiterte Pharmazie in der Schweiz

Anthroposophisch erweiterte Pharmazie und ihre Anwendung

(Neue berufsbegleitende Ausbildung) November 2009–2012

Zielpublikum:
ApothekerInnen, NaturwissenschaftlerInnen, weitere pharmazeutisch Tätige

Ausbildungselemente:
10 Module – aufgeteilt in 3 Wochen und 7 Wochenenden. Es können alle oder auch nur einzelne Module belegt werden. Nach vollständiger Ausbildung (Besuch aller 10 Module) wird den Teilnehmern eine Ausbildungsbestätigung ausgehändigt. **Die Module werden zur FPH-Anerkennung einzeln eingereicht.**

Dauer: 3 Jahre

Beginn: 14. November 2009 (Einführungs- & Orientierungsveranstaltung)
Ort: Pfeffingerhof, Stollenrain 11, 4144 Arlesheim und Weleda AG Arlesheim, Dychweg 14, 4144 Arlesheim

Detailprogramm ist separat erhältlich.

Kurskosten:
Einführungs- und Orientierungsveranstaltung CHF 150.– (VAEPS-Mitglieder 100.–) inkl. Mittagessen
Pro Kurstag CHF 250.– (VAEPS-Mitglieder 200.–) inkl. Mittagessen und Zwischenverpflegung. Bei mehrtägigen auswärtigen Modulen werden Unterkunft und Verpflegung zusätzlich verrechnet.

Anmeldetermine:
– für Einführungs- und Orientierungsveranstaltung, Modul 1 und Gesamt-ausbildung: bitte bis **2. November 2009**
– für einzelne Module: bitte bis **2 Monate vor Beginn**

Kontakt:
via Sekretariat VAEPS (c/o Dr. J. Maier)
Quidumweg 18, 4143 Dornach
E-Mail: info@vaeps.ch, Tel./Fax 061 228 79 26
Homepage: www.vaeps.ch

Einführungstag in den Ausbildungsgang «Anthroposophisch erweiterte Pharmazie und deren Anwendung» **Ort:** Weleda AG Arlesheim, Dychweg 14, 4144 Arlesheim	**14. November 2009**
9.30–9.45	Begrüssung der Teilnehmer Fr. Dr. M. Mennet-von Eiff
9.45–10.15	Einführungsreferat: Weshalb eine Erweiterung der Heilkunst? Fr. Dr. med. U. Wolf, Zürich
10.15–10.45	Pause
10.45–11.30	Eurythmie Fr. I. Julienne
11.30–12.15	Organisatorisches, Vorstellen des Ausbildungsganges und der Lernziele (Module/Workshops/Exkursionen/praktische selbständige Aufgaben/ Projekte/Diplomarbeit/Praktikum) M. Mennet-von Eiff
12.30–13.30	Mittagessen
13.30–14.00	Vorstellungsrunde und Erwartungen der Teilnehmer
14.00–15.30	Wahrnehmungsübungen Hans-Christian Zehnter, Biologe, Dornach
15.30–16.00	Pause
16.00–16.30	Rückblick/Fragen/Ausblick (Angaben zur begleitenden Literatur) J. Lobeck/C. Speiser/M.Mennet-von Eiff

Modul 1: Anthroposophische Menschenkunde Grundkonzepte der Anthroposophischen Medizin **Ort:** Weleda AG, Dychweg 14, 4144 Arlesheim					**15.–19. Februar 2010**
	MO	DI	MI	DO	FR
08.00–09.30	**Anthroposophische Menschenkunde** Die chemischen Stoffe, die 4 Elemente und die Wesensglieder des Menschen Dr. med. Ch. Schulthess, Arlesheim, Dr. med. P. Gutschner, Bern				
09.30–10.00	Pause				
10.00–11.15	Fortsetzung				
11.15–11.45	Pause				
11.45–12.30	Begegnung mit der Substanz A. Schmidli				
12.30–14.30	Mittagessen				
14.30–15.30	Plastizieren				
15.30–16.00	Pause				
16.00–18.00	Gesundheit und Krankheit eine Salutogenetische Betrachtung Dr. med. J. Schürholz, DL	Polaritäten Hysterie/ Neurasthenie (Zweiheit) Dr. med. F. Schirmer, Basel	Rhythmus (Dreiheit) Dr. med. K. H. Jaggi, Jegenstorf	Vier Temperamente (Vierheit) J. Bideau, F	Die Rolle der Krankheiten in der Biografie Dr. med. K. H. Jaggi, Jegenstorf
18.00–18.30	Rückblick/Ausblick Dr. M. Mennet-von Eiff, Apothekerin				

2009	**14. November 2009**	**Einführungs- und Orientierungsveranstaltung**	1 Tag
Ausbildung			
2010	**15.–19. Februar 2010**	**Methodik und anthroposophische Menschenkunde**	**Modul 1**
	(1. Woche)	Die chemischen Stoffe • Die vier Elemente • Die Wesensglieder des Menschen • Ausgesuchte Themen zu Gesundheit und Krankheit	5 Tage (40 h)
	7.–9. Mai 2010	**Evolution**	**Modul 2**
	(1. Wochenende)	Evolution der Erde, Entfaltung der Naturreiche • Drei Naturreiche und ihre Anwendung am Menschen inkl. Beispiele, Textarbeit	2½ Tage (20 h)
	2010	**Landwirtschaft**	**Modul 3**
	(2. Wochenende)	Landwirtschaft als Schwester der Medizin • Die bio-dyn. Präparate • Lebensmittelqualität, Heilpflanzenanbau	2½ Tage (20 h)
2011	**Mai 2011**	**Pharmazie**	**Modul 4**
	(2. Woche)	Tria Principia und praktische Pharmazie • Wärmeprozesse, Metalle und Planeten, Rhythmische Prozesse Therapieprinzipien, Anwendungsbeispiele: GI-Trakt, Erkältung, Stoffwechsel, Bewegungsapparat	5 Tage (40 h)
	2011	**Geologische Exkursion**	**Modul 5**
	(3. Wochenende)	Kiesel, Kalk und Ton	3 Tage (24 h)
	2011	**Spezielle pharmazeutische Prozesse I**	**Modul 6**
	(4. Wochenende)	Vegetabilisierte Metalle • Mineralische und pflanzl. Kompositionen • Anwendungsbeispiele: Herz-Kreislauf, leichte Depressionen	2½ Tage (20 h)
	2011	**Spezielle pharmazeutische Prozesse II**	**Modul 7**
	(5. Wochenende)	Äussere Anwendungen • Rhythmische Verfahren, Organpräparate • Dosierungen Anwendungsbeispiele: Dermatologie, Gynaekologie	2½ Tage (20 h)
2012	**2012**	**Regulatorisches Umfeld; Forschung und Entwicklung**	**Modul 8**
	(6. Wochenende)	Gesetzgebung CH und EU • Klinische Forschung • Potenzforschung	2½ Tage (20 h)
	2012	**Heilpflanzen-Exkursion**	**Modul 9**
	(3. Woche)		3–4 Tage (32 h)
	2012	**Mistelzubereitungen; andere komplementärmedizinische Methoden**	**Modul 10**
	(7. Wochenende)	TCM, Spagyrik, Homöopathie, Phytotherapie	2 Tage (15 h)

Das Kantonsapothekeramt des Kantons Bern macht Sie auf folgende Fortbildung aufmerksam:

Einführungskurs pharmazeutische Betreuung von Heimen und Spitälern

Ziel und Zweck
Der Kurs richtet sich an Apothekerinnen und Apotheker, die nebenamtlich Spitäler, Kliniken und/oder Heime betreuen und von den zuständigen Behörden inspiziert werden. Im Kurs werden vom Kantonsapothekeramt in Bezug auf die Inspektionen der Spitalapotheken und der Privatapotheken der Heime die gesetzlichen Grundlagen, das Vorgehen im Kanton Bern und erste Erfahrungen und Problembereiche vermittelt werden. Verantwortliche Personen aus den Betrieben berichten über Modelle von Betreuungen und Erfahrungen aus Sicht der Betriebe mit den Inspektionen.

Programm

Zeit/ Dauer	Thema	ReferentIn
5'	Begrüssung, Ziel und Zweck, Organisation	Dr. S. Steiner / Dr. E. Hufschmid
30'	Grundlagen CH/Kt. Bern (Gesetze, Leitlinien, Inspektionsgrundlagen) Vorgehen – Schwerpunkte bei der Inspektion	Dr. S. Steiner Kantonsapotheker (BE)
20'	Modelle von pharmazeutischen Betreuungen von Heimen (Bsp. Glockental, Wattenwil etc.)	Dr. E. Hufschmid Chefapothekerin STS Thun
20'	Pause mit Imbiss	
15'	Erfahrungen einer betreuenden Apothekerin (Bsp. Altersheime Utzigen, Worben)	D. Studer, Konsilliarapothekerin Heime Worben und Utzigen
35'	Problematische Punkte bei Inspektionen aus der Sicht der Behörde (Qualifizierung der Ausrüstung, Temperaturmonitoring, etc.)	Dr. J. Tinguely Casserini Stv. Kantonsapothekerin (BE)
30'	Qualitätssicherung – «Papierkram oder eine notwendige Bereicherung für ein modernes Spital» Inspektion durch Behörden aus der Sicht der Inspizierten	Dr. Ch. Wüthrich Chefapotheker PWM & PZM
20'	Diskussion, Fragen	Alle

Datum:	Mittwoch 18. November 2009
Zeit:	17.00–20.00 Uhr
Ort:	Bern, Baltzerstrasse 5, ehemaliges pharmazeutisches Institut
Anerkennung:	25 FPH-Kreditpunkte für die Weiter- und Fortbildung von GSASA und SAV
Kursgebühren:	CHF 70.– inkl. Pausenverpflegung
Veranstalter:	Kantonsapothekeramt des Kantons Bern
Anmeldefrist:	11.11.2009
Anmeldung:	Per Mail an info.kapa@gef.be.ch, per Fax an 031 633 11 68 Für weitere Fragen steht Ihnen gerne Frau Christine Bärtschi zur Verfügung unter Tel. 031 633 11 62, E-Mail: christine.baertschi@gef.be.ch.

Pharmakotherapie bei älteren Patienten

Monika Lutters

Patienten, die eine Behandlung im Spital benötigen, werden von verschiedenen Fachpersonen medikamentös betreut. Arzneimittel werden sowohl vom Hausarzt als auch vom Spitalarzt verordnet, abgegeben werden sie von der Offizin und der Spitalapotheke, verabreicht von Pflegepersonen. Dabei ergeben sich zahlreiche Schnittstellen, die Ursache vielfältiger Fehler sein können.

Der Vorfall [1]

Eine 83-jährige Frau wurde wegen eines Hirninfarkts mit Hemisyndrom links und Schluckstörungen notfallmässig ins Spital eingewiesen. Die weiteren Diagnosen waren ein Harnwegsinfekt (festgestellt bei Spitaleintritt), eine Post-Zoster-Neuralgie seit drei Jahren mit reaktiver Depression, eine Osteoporose und eine leichte Hypothyreose.

Bei Spitaleintritt betrug der Blutdruck 189/87 mm Hg. Wegen weiteren gelegentlich zu hohen Werten wurde ab dem 9. Tag Enalapril 10 mg/d sowie aufgrund einer Gewichtszunahme (58,6 auf 63 kg) Torasemid 10 mg täglich gegeben. Unter dieser Therapie nahm die Patientin in den nächsten sechs Tagen 4 kg ab. Am 16. Tag trat eine ausgeprägte Hypotonie von 80/60 mm Hg auf. Das Serumkreatinin war von 76 auf 228 µmol/l gestiegen.

Wegen der Exsikkose wurde ein peripherer Venenkatheter gelegt, mit 0,9-prozentiger NaCl-Infusion rehydriert, sowie das Torasemid und das Enalapril gestoppt. In der Folge normalisierten sich Blutdruck- und Kreatininwerte.

Nach 24 Tagen Spitalaufenthalt wurde die Patientin in ein Pflegeheim entlassen.

Kommentar

Bei der Pharmakotherapie betagter Patienten müssen neben der Polymorbidität und der Polypharmazie auch die altersbedingten Veränderungen der Pharmakokinetik und Pharmakodynamik von Medikamenten berücksichtigt werden.

Mit einem Kreatininwert von 76 µmol/l wurde wahrscheinlich eine normale Nierenfunktion angenommen. Eine Schätzung nach der Cockroft-Formel ergibt eine Kreatininclearance von 49 ml/min, was auf eine eingeschränkte Nierenfunktion hinweist. [2]

10 mg Enalapril waren demnach zu hoch dosiert. Initial hätten 5 mg Enalapril unter sorgfältiger Kontrolle der Wirkung und Nebenwirkungen wahrscheinlich ausgereicht. Die Kombination mit einem Diuretikum hat ebenfalls zu den Nebenwirkungen (Hypotonie und Exsikkose) beigetragen.

Laut den Hypertonie-Leitlinien der Universität Witten-Herdecke [3] sollte bei geriatrischen Patienten

→ die Initialdosis niedriger gewählt werden als bei jüngeren Patienten
→ langsamer auftitriert werden
→ als Mittel der ersten Wahl ein Thiaziddiuretikum gewählt werden.

Das Diuretikum war aufgrund der Ödembildung generell angezeigt. Erst bei nicht ausreichender Blutdruckkontrolle hätte man den ACE-Hemmer zusätzlich einsetzen können.

Die Pharmakotherapie bei älteren Patienten ist heikel und komplex. Schnelle Sofortmassnahmen wie im geschilderten Fall können sich als kontraproduktiv erweisen.

Eine einfache Regel für die Pharmakotherapie beim älteren Patienten lautet: «start low, go slow». Die Umsetzung dieser Regel ist bei immer kürzer werdenden Spitalaufenthalten und zunehmender Arbeitsbelastung jedoch oft schwierig. ▮

Korrespondenzadresse
Dr. Monika Lutters
Kantonsspital Baden
Spitalapotheke
5404 Baden

[1 Bulletin 18/2008 Komplikationenliste, Herausgeber: Verein Komplikationenliste und Chefärztevereinigung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin
[2 Cockcroft D, Gault MD. Nephron, 16:31-41, 1976
[3] http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Hypertonie_Start/hypertonie_start.html

Traitement médicamenteux des patients âgés

Monika Lutters

Les patients qui suivent un traitement à l'hôpital reçoivent des médicaments de divers professionnels. Des médicaments sont prescrits par le médecin de famille et le médecin d'hôpital, puis remis par la pharmacie d'officine et d'hôpital ou administrés par le personnel soignant. Ceci entraîne donc de nombreuses interfaces à l'origine de multiples erreurs.

Le cas [1]

Une femme de 83 ans a dû être hospitalisée d'urgence pour une attaque cérébrale avec syndrome unilatéral gauche et troubles de la déglutition. En outre, une infection des voies urinaires (diagnostiquée lors de l'hospitalisation), une névralgie postzostérienne de trois ans avec dépression réactionnelle, une ostéoporose et une légère hypothyréose ont été décelées.

Lors de son hospitalisation, sa tension artérielle était de 189/87 mm Hg. A partir du 9e jour, il a été remis tous les jours 10 mg d'énalapril en raison d'autres valeurs occasionnellement trop élevées, et 10 mg de torasémide en raison d'une augmentation de poids (de 58,6 à 63 kg). Avec ce traitement, la patiente a perdu 4 kg dans les six jours qui ont suivi. Le 16e jour, une grave hypotension de 80/60 mm Hg est apparue. La créatinine sérique a augmenté de 76 à 228 µmol/l.

L'exsiccose a requis la pose d'un cathéter veineux périphérique, avec perfusion de réhydratation NaCl à 0,9%, ainsi que l'arrêt du torasémide et de l'énalapril. Par la suite, la tension et le taux de créatinine se sont à nouveau normalisés.

Après 24 jours d'hospitalisation, la patiente a été transférée dans un établissement de soins.

Commentaire

Chez les personnes âgées, il faut non seulement tenir compte de la polymorbidité et de la polypharmacie, mais aussi des modifications de la pharmacocinétique dues à l'âge et de l'activité pharmacodynamique des médicaments.

Avec un taux de créatine de 76 µmol/l, la fonction rénale a probablement été jugée normale. Une estimation selon la formule de Cockroft fait apparaître une clearance créatinique de 49 ml/min., ce qui indique une fonction rénale restreinte. [2]

La dose de 10 mg d'énalapril était par conséquent trop élevée. Une dose initiale de 5 mg d'énalapril avec un contrôle strict de l'efficacité et des effets indésirables aurait vraisemblablement été suffisante. La combinaison avec un diurétique a également favorisé l'apparition d'effets indésirables (hypotension et exsiccose).

D'après les directives de l'Université Witten-Herdecke [3] sur l'hypertension, il faudrait que les patients gériatriques:

→ reçoivent une dose initiale plus faible que les patients plus jeunes;
→ subissent un titrage plus lent;
→ reçoivent un diurétique thiazidique comme produit de première intention.

Le diurétique était de toute façon indiqué en raison de la formation d'oedèmes. Il aurait uniquement fallu utiliser additionnellement un IECA en cas de contrôle insuffisant de la tension artérielle.

Le traitement médicamenteux des patients âgés est délicat et complexe. Des mesures d'urgence telles que présentées ici peuvent se révéler contre-productives.

La simple règle suivante devrait être respectée dans le traitement médicamenteux de patients âgés: «start low, go slow». Ceci se révèle toutefois difficile avec des hospitalisations de plus en plus courtes et une charge de travail toujours plus élevée. ▮

Adresse de correspondance
Dr. Monika Lutters
Kantonsspital Baden
Spitalapotheke
5404 Baden

[1] Bulletin 18/2008 Liste des complications, Editeur: Association «Liste des complications» de la Société suisse de médecine interne
[2] Cockcroft D, Gault MD. Nephron, 16: 31–41, 1976
[3] http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Hypertonie_Start/hypertonie_start.html

pharmActuel

Dominique Bätscher, Gabriella Schiffmann

Seit 25 Jahren leistet pharmActuel, ein praxisbezogenes Fortbildungsprogramm von pharmaSuisse, seinen Beitrag an den Erhalt des Wissens der Apotheker und Apothekerinnen. Über 1600 Abonnenten nutzen die FPH-anerkannte Informationsquelle und halten sich damit stets auf dem neusten Stand. Nutzen Sie die Gelegenheit der «pharmaSuisse inside»-Serie von pharmaJournal und schauen Sie hinter die Kulissen dieser beliebten Dienstleistung.

Das Arzneimittelangebot ist geprägt durch stetige Veränderungen. Umso wichtiger wird es für den Apotheker, den Überblick zu bewahren und aus der Informationsflut die medizinisch relevanten Fakten herauszukristallisieren. Mit Informationen über therapeutische Fortschritte und Neuheiten unterstützt das pharmActuel-Programm seit 25 Jahren die Apotheker in dieser Herausforderung.

Die ersten Jahre

Pionierarbeit leistete 1978 der junge Apotheker Michel Buchmann, der sich als SAV-Delegierter in einer Arbeitsgruppe der FIP engagierte, die sich mit der Organisation nationaler Fortbildungsprojekte befasste. Die so geknüpften internationalen Kontakte führten 1982 zur Entdeckung eines australischen Fortbildungs-Programms. Mit Erlaubnis wurden diese Unterlagen übersetzt und bildeten die Basis der ersten pharmActuel-Hefte.

Dank dem unermüdlichen Engagement von zahlreichen weiteren Apothekern gelang es, 1988 ein Produkt pharmActuel zu schaffen, welches von der australischen Quelle unabhängig und auf die Bedürfnisse der Apothekerschaft unseres Landes zugeschnitten war.

pharmActuel heute

Das Fortbildungsprogramm, wie wir es heute kennen, beinhaltet drei Module:

Persönliche Fortbildung

Jedes Jahr erscheinen sechs Hefte zu Themen, die in direktem Zusammenhang mit der praktischen Offizinarbeit stehen. Kolleginnen und Kollegen aus den Bereichen Medizin, Pharmazie und Biologie geben ihr Wissen ohne Einfluss aus der Werbung weiter. Jede Ausgabe wird von einem Spezialisten der Branche nachgelesen und erscheint jeweils auf Deutsch und Französisch. Damit die Lektüre der pharmActuel-Hefte an das FPH-Kontaktstudium angerechnet werden kann, enthält jede Ausgabe einen Fragebogen. Dieser kann von den Abonnenten beantwortet und anschliessend zur Korrektur an pharmaSuisse gesandt werden.

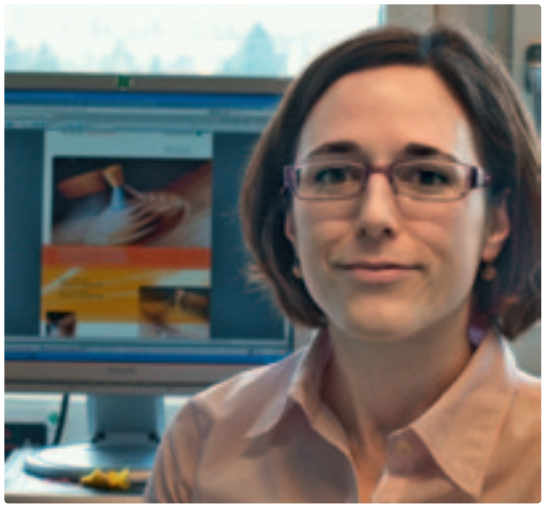
Regionale Fortbildung

Zurzeit werden von Mitgliedern der pharmActuel-Arbeitsgruppe jährlich etwa 35 FPH akkreditierte Regionalkonferenzen in verschiedenen Regionen der Schweiz organisiert. Die Veranstaltungen werden in der Regel abends durchgeführt. Die Themen der Referate setzen ihr Schwergewicht auf die praktische Beratungstätigkeit in der Apotheke.

Nationale Fortbildung

Jedes Jahr wird von der Arbeitsgruppe pharmActuel ein ganztägiges Symposium zu einem aktuellen bzw. zukunftsorientierten Thema organisiert. Über 500 Apotheker aus der ganzen Schweiz nutzen diesen Anlass, um sich fortzubilden und gleichzeitig neue Kontakte zu knüpfen oder alte wieder aufzufrischen. Für pharmActuel-Abonnenten ist der Eintritt an die FPH akkreditierte Veranstaltung kostenlos.

Das diesjährige pharmActuel-Symposium ist dem Thema Erkrankungen des Bewegungsapparates gewidmet. Es findet am 15. November 2009 im Kultur-Casino in Bern statt. Fachpersonen aus Offizin, Operationssaal und Physiotherapiepraxis zeigen am «Symposium in Bewegung», welche Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, damit die Be-



Gabriella Schiffmann, Projektleiterin pharmActuel

Möchten Sie sich für das komplette pharmActuel Programm oder das Symposium 2009 anmelden?
Weitere Informationen finden Sie auf: www.pharmaSuisse.org unter Fachpersonen → Beruf Apotheker/in → pharmActuel

wegungsfreiheit erhalten oder wiederhergestellt werden kann.

Die Arbeitsgruppe pharmActuel

Die Arbeitsgruppe pharmActuel setzt sich aktuell aus 25 Mitgliedern zusammen und wird durch Dominique Bätscher präsidiert. Die Gruppe erarbeitet die Themenvorschläge für die Hefte und das Symposium. Die Regionalkonferenzen werden von einzelnen Arbeitsgruppenmitgliedern organisiert. Die administrative Unterstützung des Projektes wird durch die Geschäftsstelle von pharmaSuisse gewährleistet. Motivation für die Mitarbeit ist die Freude am Beruf Offizinapotheker und die Möglichkeit, die Fortbildung aktiv mitzugestalten.

FPH-pharmActuel

Mit den pharmActuel Angeboten kann weiterhin ein Grossteil des Fortbildungs-Obligatoriums FPH abgedeckt werden:

Modul	FPH Punkte für das Kontaktstudium
Hefte / Fragebogen	6.25–16 / Heft*
Regionalkonferenzen	15.0–16.5 / Konferenz
Symposium	50 / Symposium

* Maximal 50 Punkte sind pro Jahr an das Kontaktstudium anrechenbar. Weitere 50 Punkte können gleichzeitig für die Lektüre der Hefte an das Selbststudium angerechnet werden.

Korrespondenzadresse
Gabriella Schiffmann, Apothekerin pharmaSuisse
E-Mail: gabriella.schiffmann@pharmasuisse.org

pharmaSuisse inside: prestations du siège central

pharmActuel

Dominique Bätscher, Gabriella Schiffmann

pharmActuel, programme de formation continue de pharmaSuisse basé sur la pratique, permet depuis 25 ans aux pharmaciens de maintenir leurs connaissances à jour. Plus de 1600 abonnés utilisent cette source d'information reconnue pour s'informer continuellement des dernières évolutions. La série «pharmaSuisse inside» du pharmaJournal vous propose un regard derrière les coulisses de cette prestation appréciée.

L'offre de médicaments est soumise à des changements permanents. Il est d'autant plus important pour le pharmacien de garder une vue d'ensemble et d'extraire les faits médicalement pertinents de toute la profusion d'informations. En fournissant des informations sur les progrès et les nouveautés thérapeutiques, le programme pharmActuel soutient depuis 25 ans les pharmaciens dans ce défi.

Les premières années

En 1978, le jeune pharmacien Michel Buchmann, qui s'est engagé en tant que délégué de la SSPh dans un groupe de travail de la FIP qui organisait des programmes nationaux de formation continue, a fourni un travail de pionnier. Les contacts internationaux ainsi noués ont permis en 1982 de découvrir l'existence d'un programme australien de formation continue. Après consentement, ces documents ont été traduits et ont servi de base aux premiers cahiers pharmActuel.

L'engagement inlassable de nombreux autres pharmaciens a permis en 1988 de créer un produit pharmActuel indépendant de son origine australienne, qui correspondait aux besoins des pharmaciens de notre pays.

pharmActuel aujourd'hui

Le programme de formation continue tel que nous le connaissons aujourd'hui comprend trois modules:

Formation continue personnelle

Chaque année, six cahiers sont publiés sur des sujets en lien direct avec le travail pratique à l'officine. Des confrères de la médecine, de la pharmacie et de la biologie partagent leurs connaissances, sans être influencés par la publicité. Chaque numéro est relu par un spécialiste de la branche et paraît à la fois en français et en allemand. Pour que la lecture des cahiers pharmActuel puisse être comptabilisée dans la formation en groupe FPH, un questionnaire est joint à

chaque numéro. Les abonnés peuvent y répondre puis l'envoyer à pharmaSuisse pour correction.

Formation continue régionale

Actuellement, les membres du groupe de travail pharmActuel organisent tous les ans, dans différentes régions de Suisse, environ 35 conférences régionales accréditées par la FPH. Elles ont en règle générale lieu le soir. Les sujets se concentrent sur l'activité de conseil des pharmaciens dans la pratique.

Formation continue nationale

Chaque année, le groupe de travail pharmActuel organise un symposium d'une journée sur un sujet d'actualité ou d'avenir. Plus de 500 pharmaciens de toute la Suisse profitent de l'occasion pour suivre une formation continue et nouer par la même occasion de nouveaux contacts ou en rafraîchir d'anciens. L'entrée à cette manifestation reconnue par la FPH est gratuite pour les abonnés à pharmActuel.

Le symposium pharmActuel de cette année est consacré aux maladies de l'appareil locomoteur. Il aura lieu le 15 novembre 2009 au Kultur-Casino de Berne. Des spécialistes de l'officine, de la salle d'opération et de la physiothérapie présenteront, à l'occasion du «symposium en mouvement», les possibilités thérapeutiques susceptibles de maintenir ou de rétablir la liberté de mouvement.

Groupe de travail pharmActuel

Le groupe de travail pharmActuel se compose actuellement de 25 membres. Il est présidé par Dominique Bätscher et soumet des propositions de sujets pour les cahiers et le symposium. Les conférences régionales sont organisées par les divers membres du groupe de travail. Le siège de pharmaSuisse assure le soutien administratif du projet. Le plaisir à exercer la profession de pharmacien d'officine et la possibilité de définir activement le contenu de la formation continue sont des motivations suffisantes.

FPH – pharmActuel

Les offres pharmActuel permettent de couvrir une grande partie de la formation continue exigée par la FPH:

Module	Points FPH pour la formation en groupe
Cahiers / questionnaire	6.25–16 / cahier*
Conférences régionales	15.0–16.5 / conférence
Symposium	50 / symposium

* 50 points au maximum peuvent être comptabilisés tous les ans dans la formation en groupe. Pour la lecture des cahiers, 50 points supplémentaires peuvent être comptabilisés dans la formation personnelle. ▮

Adresse de correspondance
Gabriella Schiffmann, pharmacienne de pharmaSuisse
E-mail: gabriella.schiffmann@pharmasuisse.org



Gabriella Schiffmann, responsable du projet pharmActuel

Souhaitez-vous vous inscrire au programme pharmActuel complet ou au symposium 2009?
Vous trouverez de plus amples informations sur le site www.pharmaSuisse.org sous Professionnels → Profession pharmacien → pharmActuel.

Alle Jahre wieder

Christa Rüedi

santésuisse hat bereits zum siebenten Mal die Ergebnisse der Bevölkerungsumfrage sondage santé präsentiert. In Zeiten explodierender Gesundheitskosten ist es interessant zu wissen, wo die Bevölkerung sparen würde – obwohl einige Vorschläge wenig Sinn machen oder auf fehlenden Informationen beruhen.

Die Umfrage zeigt, dass den meisten Befragten (immerhin 80%) klar ist, dass gespart werden muss – die ständig steigenden Prämien für die Grundversicherung sind eine wachsende Belastung für die Familienbudgets. Nur noch 16 Prozent finden, dass die Prämie in der Grundversicherung für sie kein Problem darstellt (2008: 24%). Auf die Frage, wo gespart werden soll, sind sich auch die meisten einig: bei den anderen. Selbstkritisch geben sie sich bei den Arztbesuchen: Kleinigkeiten sollen vermehrt ohne Arzt behandelt werden.

Ergebnisse

In den letzten Jahren hat sich wenig verändert: Immer noch möchten fast drei Viertel der Befragten keine Qualitätseinbussen in Kauf nehmen, nur etwas mehr als die Hälfte (Tendenz steigend) ist bereit, für tiefere Prämien auf gewisse Leistungen zu verzichten, und etwas mehr als die Hälfte weiss immer noch zu wenig über Sparvorschläge.

Hauptsächlich sparen möchten die Befragten in Bereichen, von denen sie wahrscheinlich nicht sofort betroffen sind, und die in letzter Zeit in den Medien präsent waren.

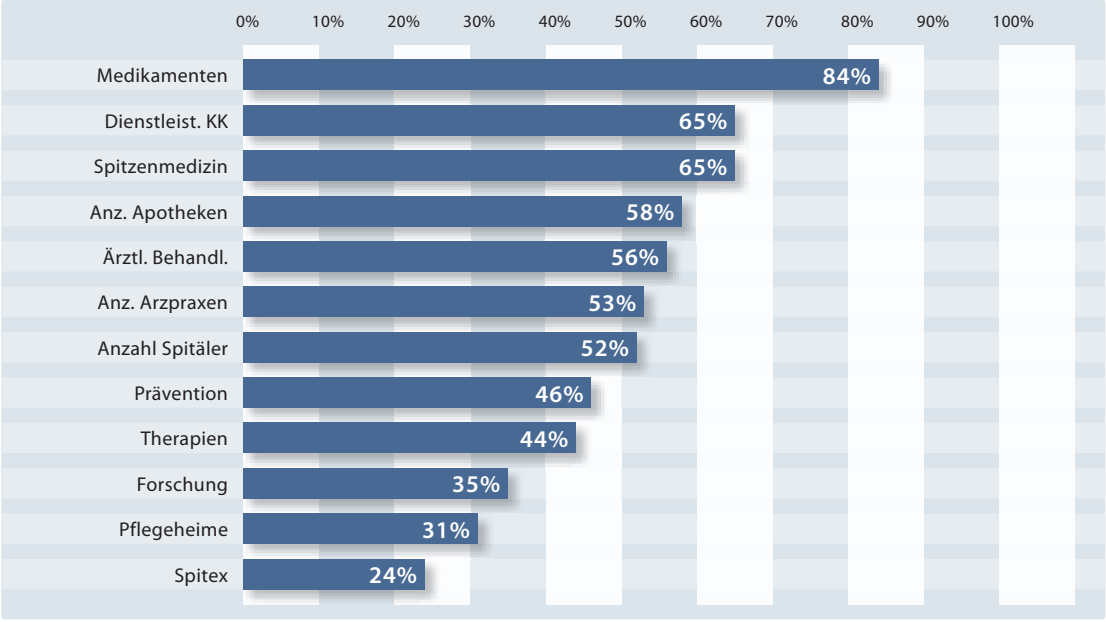
Zu diesen Resultaten hat santésuisse einige Detailergebnisse präsentiert: So orten Deutschschweizer bei den Medikamenten mehr Sparpotenzial als Westschweizer (88%/75%). Bei der Anzahl Apotheken gibt es im Gegensatz zu den Arztpraxen kein Stadt-Land-Gefälle; interessant ist aber, dass 64 Prozent der über 55-Jährigen die Anzahl der Apotheken in Frage stellen, obwohl sie vermutlich öfter auf Apotheken angewiesen sind als Jüngere. Erstaunlich ist auch der Sparwille bei den ärztlichen Behandlungen, nachdem in den Vorjahren die Ärzteschaft eher «geschont» worden ist.

Nicht bestritten ist die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken (80%/+4%) sowie zwischen Armen und reichen (87%) und damit auch die Institution Krankenversicherung.

Irrtümer und Missverständnisse

Dass die Bevölkerung nicht immer genügend informiert ist bzw. die Informationen nicht genügend zur Kenntnis nimmt, zeigt sich vor allem in drei Bereichen: Noch immer ist vielen Patienten nicht klar, dass Behandlungen von Bagatellen in den Notaufnahmestellen der Spitäler hohe Kosten verursachen, die leicht vermieden werden können.

Sparmöglichkeiten prüfen bei …



sondage santé 2009
(Basis: 1201)

Auch die Krankenversicherer selber haben eine Informationslücke zu füllen: Noch immer werden ihre Verwaltungskosten in der Grundversicherung massiv überschätzt.

Zahlreiche Personen sind auch der irrigen Meinung, durch die Schliessung von Apotheken könnten Kosten gespart werden. Immer noch ist nicht genügend kommuniziert, dass die Apotheken selber keine Kosten zulasten der Grundversicherung auslösen. Hier ist jeder einzelne Apotheker gefordert: Die zahlreichen Kundenkontakte müssen aktiv genutzt werden zu Information und Aufklärung, auch zum Beispiel mit Hilfe der von pharmaSuisse zur Verfügung gestellte Unterlagen, wie dem «Beobachter kompakt». ▮

Korrespondenzadresse
Christa Rüedi, Chefredaktorin pharmaJournal
E-Mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

sondage santé 2009

Septième édition

Christa Rüedi

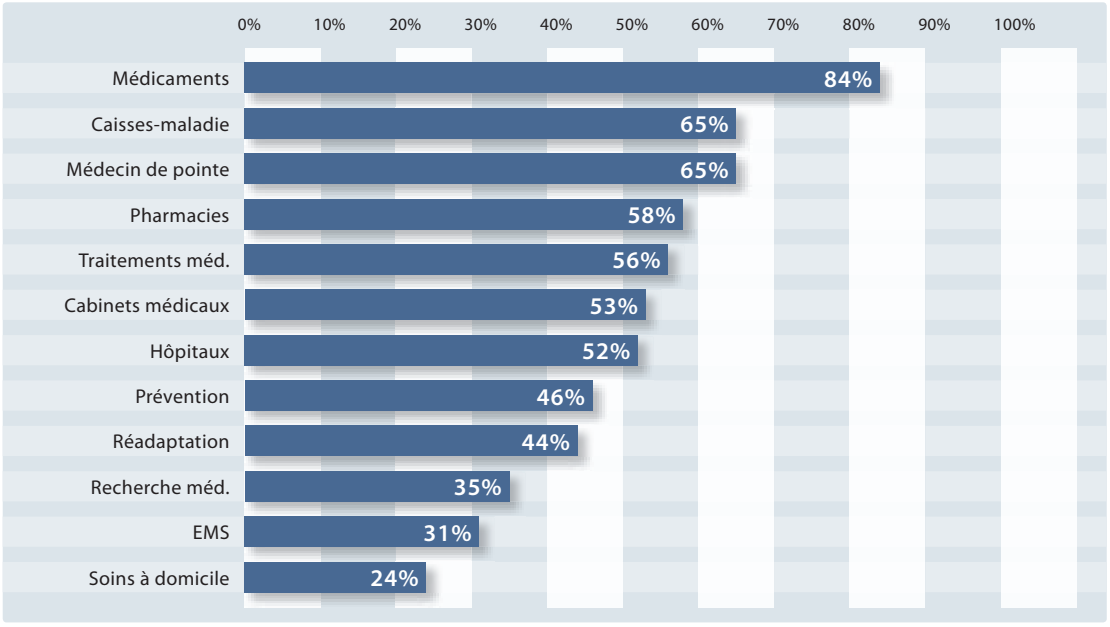
Pour la septième fois, santésuisse vient de publier les résultats de l'enquête auprès de la population intitulée «sondage santé». A l'heure de l'explosion des coûts de la santé, il est intéressant de savoir où la population serait prête à faire des économies – bien que certaines propositions soient irréalistes ou reposent sur un manque d'informations.

D'après l'enquête, la majorité des sondés (tout de même 80%) est consciente qu'il faut faire des économies. La constante augmentation des primes de l'assurance de base pèse de plus en plus sur le budget des ménages. 16% seulement (contre 24% en 2008) affirment que la prime ne leur pose pas de problème. A la question de savoir qui doit consentir des efforts, tout le monde se tourne d'abord vers l'autre. La plupart font toutefois aussi preuve d'autocritique et estiment que les bagatelles devraient plutôt essayer d'être traitées sans consultation d'un médecin.

Résultats

Les choses ont peu évolué ces dernières années: trois quarts des sondés ne sont toujours pas prêts à accepter des pertes de qualité, seuls un peu plus de la moitié d'entre eux (tendance à la hausse) seraient d'accord de renoncer à certaines prestations en

Possibilités d'économies à étudier …



sondage santé 2009
(Base: 1201)

échange de primes plus basses et seuls un peu plus de la moitié sont encore trop peu informés des propositions d'économie.

Dans la grande majorité des cas, les personnes interrogées souhaitent économiser dans des domaines qui ne les touchent pas dans l'immédiat et qui ont dernièrement fait la une des médias.

santésuisse a présenté plus de détails sur certains de ces résultats: ainsi, les Suisses allemands perçoivent un plus grand potentiel d'économies au niveau des médicaments que les Romands (88% contre 75%). En ce qui concerne le nombre des pharmacies, il n'y a pas d'écart entre les villes et la campagne comme pour les cabinets médicaux; il est néanmoins surprenant que 64% des plus de 55 ans remettent en question le nombre de pharmacies bien qu'ils utilisent probablement plus souvent leurs services que les jeunes. Il est aussi étonnant de constater la volonté d'économiser au niveau des traitements médicaux; ces dernières années, le corps médical avait en effet plutôt été «épargné».

La solidarité entre bien portants et malades (80%/+4%) tout comme entre pauvres et riches (87%) n'est pas contestée. Ceci conforte donc l'institution que représente l'assurance-maladie.

Erreurs et malentendus

Dans trois domaines en particulier, il apparaît clairement que la population n'est pas suffisamment informée ou ne s'intéresse pas assez aux informations qui lui sont fournies: de nombreux patients ne savent toujours pas que le traitement de cas bénins par les services d'urgence des hôpitaux occasionne des coûts élevés qui pourraient facilement être évités.

Les caisses-maladie elles-mêmes doivent faire des efforts de communication: en effet, leurs frais administratifs dans l'assurance de base sont toujours largement surestimés.

De nombreuses personnes pensent également à tort que la fermeture de pharmacies permettrait de réduire des coûts. Il n'a pas encore été communiqué assez clairement que les pharmacies n'occasionnent aucun coût à charge de l'assurance de base. Tous les pharmaciens doivent donc profiter activement de leurs nombreux contacts avec les clients pour les informer et apporter des éclaircissements. Les documents que pharmaSuisse met à leur disposition peuvent leur être utile. ▮

Adresse de correspondance
Christa Rüedi, rédactrice en chef du pharmaJournal
E-mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

21 | 10.2009

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 22.10.2009, 147. Jahrgang

Nr. | No
21



Orale Kontrazeptiva

Fakten, Risiken, Empfehlungen S. 4

Contraceptifs oraux

Etat des lieux, risques, recommandations p. 9

→ Pharmazie und Medizin · Pharmacie et médecine

Risiko venöser Thromboembolien unter oralen Kontrazeptiva

Risque de thromboembolies veineuses sous contraceptifs oraux combinés

Sunitinib: Update

→ Politik · Politique

Die Industrie und ihr Kritiker

L'industrie et son critique

→ Markt · Economie

Abgabe des operativen Geschäfts: die Planung

Gemeinsam gegen die Grippe mit dem Impf-Check

Valérie Maertens

Ab dem 26. Oktober 2009 lanciert das Bundesamt für Gesundheit (BAG) eine neue Kommunikationswelle der Kampagne «Gemeinsam gegen Grippe» mit dem Schwerpunkt Impfen. Dabei sollen alle in der Schweiz lebenden Personen ermuntert werden, sich über die verschiedenen Risikogruppen der pandemischen und saisonalen Grippe zu informieren und sich mit der Thematik der Impfung auseinander zu setzen. Das BAG stellt der Bevölkerung zur Einschätzung des individuellen Risikos zudem ein neues Orientierungswerkzeug zur Verfügung: den Grippe-Impf-Check.

Bei den meisten Menschen verläuft eine Grippeerkrankung ohne Komplikationen. Es gibt jedoch Gruppen, die bezüglich Ansteckung und Komplikationen anfälliger sind, wie z.B. Personen mit chronischen Krankheiten oder Personen ab 65 Jahren. Bei solchen Risikogruppen ist es besonders wichtig, die Gefahr einer Erkrankung und damit verbundener Komplikationen durch eine Impfung erheblich zu verringern. Das BAG hat aus diesem Grund einen Fragebogen entwickelt, mit dessen Hilfe interessierte Bürgerinnen und Bürger einfach und schnell herausfinden können, ob sie oder nahe Personen in ihrem Umfeld ein erhöhtes Komplikationsrisiko bei Grippe besitzen. Maximal 13 Fragen gilt es im Grippe-Impf-Check zu beantworten, um zu erfahren, ob man zu einer Risikogruppe der saisonalen oder der pandemischen Grippe gehört und welche Impfungen vom BAG empfohlen werden.

Der Grippe-Impf-Check kann elektronisch auf www.pandemia.ch oder per Telefon über die BAG Hotline Tel. 031 322 21 00 gemacht werden. Er steht in den Sprachen Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch zur Verfügung.

Alle Informationen zum Impf-Check sowie zum ausdruckbaren Resultatebogen sind zu finden unter www.pharmaSuisse.org im Mitgliederbereich. Bitte informieren Sie sich rechtzeitig, da nach dem Start der dritten Kommunikationswelle der Kampagne «Gemeinsam gegen Grippe» mit vielen Anfragen aus der Bevölkerung zu rechnen ist.

Dieser Check kann jedoch keinesfalls eine ärztliche Beratung ersetzen: Deshalb kann man nach Beenden des Impf-Checks die Risikoanalyse und Impfempfehlung ausdrucken und für eine individuelle Beratung bei einer Fachperson mitnehmen.

Das BAG wird das Thema Impfen und den Grippe-Impf-Check ab Ende Oktober 2009 über Plakate, Onlinebanner sowie zwei verschiedene TV-Spots thematisieren. Alle Informationsunterlagen können auf www.pandemia.ch heruntergeladen werden. ▮

Korrespondenzadresse
Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Abteilung Direktionsstab
Sektion Kampagnen
Telefon 031 323 87 79
E-Mail: kampagnen@bag.admin.ch



Das BAG wird an seiner Medienkonferenz vom 27. Oktober 2009 die Zusammenarbeit zwischen BAG und pharmaSuisse für die Kampagne «Impfberatung in der Apotheke» erwähnen und die Medien informieren, dass interessierte Personen den Impf-Check auch direkt in der Apotheke durchführen können.
Für Apotheker stehen im Mitgliederbereich von www.pharmaSuisse.org weiterführende Informationen zur Verfügung.

Unis contre la grippe avec le test vaccination

Valérie Maertens

Dès le 26 octobre, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) lancera une nouvelle phase de communication de la campagne «Unis contre la grippe» mettant l'accent sur la vaccination. Cela devrait encourager toutes les personnes vivant en Suisse à se renseigner sur les différents groupes à risque de la grippe pandémique et saisonnière, ainsi que d'aborder la thématique de la vaccination. En outre, l'OFSP met à disposition de la population un nouvel outil pour l'évaluation du risque individuel : le test vaccination.

Chez la plupart des personnes, la grippe disparaît sans complications. Certains groupes sont néanmoins plus sensibles à la contagion et aux complications comme par exemple les personnes atteintes d'une maladie chronique ou celles de 65 ans et plus. Pour ces groupes à risque, il est particulièrement important de réduire significativement le danger de la maladie et des complications associées par la vaccination. Pour cette raison, l'OFSP a développé un questionnaire à l'aide duquel les citoyens intéressés peuvent découvrir simplement et facilement si eux ou des personnes de leur entourage appartiennent à un groupe à risque accru de complications pour la grippe. En répondant à maximum 13 questions du test vaccination, on sait si on fait partie d'un groupe à risque pour la grippe saisonnière ou pandémique, et quelles vaccinations sont recommandées par l'OFSP.

Le test vaccination peut être effectué électroniquement sur www.pandemia.ch ou en téléphonant à la hotline de l'OFSP tél. 031 322 21 00. Il est à disposition en allemand, français, italien et anglais.

Toutes les informations concernant le test vaccination et la feuille de résultats imprimable se trouvent sur le domaine protégé du site www.pharmaSuisse.org. Nous vous recommandons de vous informer à temps. Après le lancement de la troisième phase de communication de la campagne «Unis contre la grippe», la population sera certainement nombreuse à poser des questions.

Toutefois, ce test ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale: ainsi, on peut imprimer l'analyse des risques et les recommandations de vaccination, et les emporter chez un professionnel pour un conseil personnalisé.

L'OFSP thématisera la vaccination et le test vaccination dès fin octobre 2009 sur des affiches, des bannières on-line ainsi que deux spots TV différents. Tous les documents d'information peuvent être téléchargés sur www.pandemia.ch. ▮

Adresse de correspondance
Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Etat-major de la direction
Section Campagnes
Téléphone 031 323 87 79
E-mail: kampagnen@bag.admin.ch



Lors de sa conférence de presse du 27 octobre 2009, l'OFSP évoquera sa collaboration avec pharmaSuisse pour la campagne «Votre pharmacie: Conseils de vaccination». Il informera aussi les médias que les personnes intéressées peuvent effectuer le test vaccination directement à la pharmacie. Les pharmaciens trouveront de plus amples informations sur le domaine protégé du site www.pharmasuisse.org.



Der neue Gesundheitsminister

Vor elf Jahren ist er in den Bundesrat gewählt worden und vor sechs Jahren ist er als neuer Vorsteher des Departements des Innern angetreten, um die Fehler, die seine Vorgängerin seiner Ansicht gemacht hatte, zu korrigieren: Pascal Couchepin. Jetzt tritt er zurück. Während seiner Amtszeit ist im Gesundheitswesen viel gearbeitet worden, zahlreiche Kontakte haben stattgefunden. Trotzdem ist es immer noch eine Baustelle, etliche Probleme sind von einer Lösung weiter entfernt denn je.
Der neue Bundesrat und Innenminister Didier Burkhalter steht damit vor einer grossen Herausforderung, die Erwartungen in ihn von allen Seiten sind riesig. Welche Positionen er im Gesundheitswesen vertreten, welche Ziele und welche Lösungen er anstreben wird, muss sich erst noch weisen. Eines aber ist jetzt schon sicher: Burkhalter ist bekannt für seine Konsensfähigkeit.
pharmaSuisse und die Apotheker freuen sich deshalb auf konstruktive Gespräche, haben sie doch innovative Lösungen für zahlreiche Probleme anzubieten.

Christa Rüedi

Le nouveau ministre de la santé

Pascal Couchepin a été élu au Conseil fédéral il y a onze ans et a pris la direction du Département de l'intérieur il y a six ans dans l'objectif de corriger les erreurs que son prédécesseur avait à son avis commises. Aujourd'hui, il se retire. Pendant la durée de son mandat, les choses ont beaucoup bougé dans le système de santé et de nombreux contacts ont été établis. Malgré cela, le chantier reste important et quantité de problèmes cherchent toujours une solution, voire s'en sont éloignés.
Le nouveau conseiller fédéral et ministre de l'intérieur, Didier Burkhalter, se trouve donc face à un défi de taille. Il suscite de toutes parts des attentes considérables. Personne ne sait encore quelles positions il défendra, quels objectifs il poursuivra et quelles solutions il proposera. Néanmoins, une chose est d'ores et déjà sûre et certaine: Didier Burkhalter est connu pour son sens du consensus.
pharmaSuisse et les pharmaciens se réjouissent donc de mener des entretiens constructifs avec lui et de lui présenter leurs solutions novatrices pour de nombreux problèmes.

Christa Rüedi

16 **Medikamentenentwicklung und Datentransparenz:**

Kleine Schritte*

Etzel Gysling

Ja: es trifft zu, dass die Pharmakotherapie ständig Fortschritte macht. Allerdings sind diese Fortschritte – gemessen an den Milliardensummen, die jedes Jahr in die Kassen der Pharmafirmen fliessen – ausgesprochen bescheiden. Gemäss Angaben von IMS Health kann der Pharma-Weltmarkt im Jahr 2009 auf rund 800 Milliarden Dollar geschätzt werden.

Während Jahren konnte die Industrie mit jährlichen Zuwachsraten zwischen 7 und 12% rechnen, im Jahr 2008 betrug der Zuwachs immerhin noch rund 5%. Wenn man sich aber ansieht, was z.B. in den letzten 10 Jahren an sogen. innovativen Medikamenten neu auf den Markt gekommen ist, so findet man erstaunlich wenig: einige neue Chemotherapeutika, von denen die meisten bisher vorwiegend bei relativ seltenen Krankheiten eingesetzt werden können und verschiedene Antidiabetika, für die allerdings noch kein Nutzen im Sinne einer Beeinflussung von klinisch relevanten Endpunkten nachgewiesen werden konnte. Fast alle anderen (nicht übermässig zahlreichen) Neueinführungen lassen sich unter den «Weiterentwicklungen» bekannter Strukturen und Wirkungsprinzipien einreihen. Der Fortschritt verläuft somit wirklich in kleinen Schritten und man mag wohl paraphrasieren, was einst auf dem Mond ausgesprochen wurde: «That's small steps for patients; giant leaps for the industry».

Unbedeutende UAW?

Klein sind die Fortschritte aber auch in vielen anderen Bereichen, die mit der Pharmakotherapie zusammenhängen und die für das Wohlergehen unserer Patientinnen und Patienten bedeutsam sind. Als besonders prekär empfinde ich die Information über unerwünschte Wirkungen. Ich weiss schon, dass Nebenwirkungen «langweilig» sind. Es ist für alle viel attraktiver, über spezielle Wirkungsmechanismen, über vielversprechende neue Indikationen oder auch über besonders praktische galenische Formen zu hören und zu sprechen. Auch ist mir bewusst, dass unerwünschte Wirkungen längst nicht immer in das Schema der «evidence based medicine» passen, da sie manchmal so selten sind, dass ein Nachweis in randomisierten Studien unmöglich ist. Seltene Nebenwirkungen sind aber keineswegs bedeutungslos, weil sie – bei den wenigen Betroffenen – Leib und Leben bedrohen können. Ganz allgemein sind uns unerwünschte Wirkungen zu wenig präsent. Wer weiss schnell einige Medikamente aufzuzählen, die ein langes QT-Syndrom verursachen? [1] Wer denkt beim Verschreiben von Neuroleptika daran, dass diese Arzneimittel das Risiko eines plötzlichen Herztodes erhöhen? [2] Wer ist sich der Tatsache bewusst, dass die vier 1-g-Tabletten Paracetamol , die heute so gern verschrieben werden, die maximale Tagesdosis darstellen und dass unter dieser Dosis bereits bei rund einem Drittel der Behandelten erhöhte Transaminasenwerte gefunden werden? [3] Wer berücksichtigt das Risiko der vielfältigen neuropsychiatrischen Probleme, wenn Entzugswillige mit Bupropion oder Vareniclin vom Rauchen entwöhnt werden sollen? [4] – Es liessen sich noch viele Beispiele aufzählen. Diese Tatsachen werden uns jedoch, im Gegensatz zu den «erwünschten» Wirkungen, viel zu selten in Erinnerung gerufen. Unerwünschte Wirkungen wären eines der wichtigsten Themen von Fortbildungsveranstaltungen – nur leider hören wir von den einflussreichen Professorinnen und Professoren fast nur von guten neuen Mitteln, die angeblich ausgezeichnet verträglich sind. Wer trägt die Verantwortung? Dass die Industrie möglichst wenig über unerwünschte Wirkungen sprechen will, ist einleuchtend. Die Arzneimittelbehörden orientieren sich offensichtlich in erster Linie an juristischen Überlegungen: wenn in der offiziellen Information (z.B. im Packungsprospekt) eine unerwünschte Wirkung als möglich bezeichnet wird, so genügt dies scheinbar den Behörden. Damit stellen sie sich hinter den Standpunkt der Industrie, dass nämlich ein Zusammenhang zwischen Medikament und Nebenwirkung in der Regel nicht bewiesen sei. Oft hat man den Eindruck, die Arzneimittelbehörde schütze in erster Linie die Interessen der Industrie. Eigentlich müsste diese Behörde sich schwergewichtig für die Kranken, die mit Medikamenten behandelt werden, einsetzen und deshalb im Bereich der Information über Nebenwirkungen weit aktiver sein. In einzelnen Ländern ist dies teilweise der Fall. So veranlasst die amerikanische FDA häufig Schreiben an die Ärzteschaft und verpflichtet die Hersteller, gewisse Nebenwirkungen besonders hervorzuheben («boxed warning»), wie dies vor kurzem für Bupropion und Vareniclin geschehen ist. In Europa bleibt aber die Verantwortung, sich genau über neue Probleme zu informieren, meistens an den behandelnden Ärztinnen und Ärzten hängen. Dies ist – besonders in Anbetracht der spärlichen Fortbildungsveranstaltungen zu diesem Thema – eine schwierige Aufgabe. Unabhängige Zeitschriften (wie z.B. die pharma-kritik) versuchen, dem Informationsdefizit entgegenzuwirken. Aber auch dies ist leider oft nur ein Tropfen auf einen heissen Stein. Wir planen deshalb, in unserer Zeitschrift in Zukunft noch vermehrt über Nebenwirkungen zu berichten.

Veröffentlichung von Studienresultaten

Die Information zu Medikamenten-Studien ist ein weiterer Bereich, der in den letzten Jahren nur bescheidene Fortschritte gemacht hat. Zwar ist es heute üblich, dass klinische Studien an einer zentralen Stelle registriert werden. Beispiele für solche Register sind das amerikanische ClinicalTrials.gov, das britische «Current Controlled Trials» und das «Clinical Trials Portal» der «International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations». Diese Register sind in erster Linie entstanden, weil grosse medizinische Fachzeitschriften die Veröffent-

* Zweitabdruck aus pharma-kritik Jahrgang 30, Nummer 20/2008 vom 13. August 2009

lichung von Studien, die nicht registriert waren, verweigerten. Wer aber denkt, es sei heute einfacher, unveröffentlichte Studienresultate ausfindig zu machen, täuscht sich: Nach wie vor sind Studienresultate, die nicht in Fachzeitschriften publiziert worden sind, in der grossen Mehrzahl nicht einsehbar. Die beste Quelle sind die Unterlagen der amerikanischen Arzneimittelbehörde FDA, [5] aber auch diese beinhalten nur diejenigen Studien, die von den Herstellern der Behörde vorgelegt worden waren. Die Datentransparenz, die seit Jahren von unabhängigen Stellen gefordert wird, ist damit noch längst nicht gesichert. Praktisch alle sogen. Patienteninformationen (die den an klinischen Studien Teilnehmenden vorgelegt werden) enthalten jedoch den Passus, die geplante Studie käme, wenn nicht den unmittelbar Beteiligten, so doch ähnlichen Kranken in der Zukunft zu Gunsten. Dies kann jedoch nur der Fall sein, wenn wirklich alle Studienresultate veröffentlicht werden. Fehlt ein öffentlicher Zugang zu den Resultaten, so muss wohl von einem Betrug der an den Studien teilnehmenden Personen gesprochen werden.

Fragwürdiges Sponsoring

Für eine andere Problematik, bei der kaum eine Verbesserung zu beobachten ist, sind wohl die Industrie und die Ärzteschaft gemeinsam verantwortlich. Es ist ganz einfach nicht einzusehen, warum auch die hinterste und letzte Fortbildungsveranstaltung von Pharmafirmen gesponsert sein muss. Dazu lassen sich drei einfache Überlegungen anstellen: 1. Ärztinnen und Ärzte verdienen praktisch alle genug, um nicht nur ihre Mahlzeiten und Getränke, sondern auch ihre Fortbildung selbst bezahlen zu können. 2. Fortbildungsveranstaltungen, die nur ihrer «Extras» (Imbiss, Geschenke) wegen besucht werden, sind nicht wert, besucht zu werden. 3. Die weitaus meisten der an Fortbildungsveranstaltungen Vortragenden sind auf Grund ihrer Stellung und Anstellung aufgerufen und finanziell befähigt, ihre Beiträge auch ohne substanzielles Honorar zu erbringen. Es gibt zahlreiche gute Argumente, weshalb die Fortbildung «industriefrei» sein sollte. Während die Industrie eindeutig ihren Aktionären gegenüber verpflichtet ist, Marktanteile zu gewinnen und einen Gewinn zu erzielen, hat die Ärzteschaft dagegen eine offensichtliche Verpflichtung, kranken Menschen die – auf Grund wissenschaftlicher Evidenz – möglichst beste Behandlung zukommen zu lassen. Diese beiden Verpflichtungen sind grundlegend unvereinbar. [6] Oft fällt uns gar nicht auf, in welchem Ausmass die Themen der Fortbildung von den Prioritäten der Industrie beeinflusst sind. Zurzeit ist beispielsweise bemerkenswert, wie häufig Fortbildungen zum Thema «Thrombophlebitis» oder «Thromboembolische Komplikationen» geworden sind. Wem ist bewusst, dass hier ganz handfeste Interessen mit im Spiel sind, insbesondere im Zusammenhang mit der Einführung neuer Antikoagulantien? So kann man sich zu Recht fragen, ob das Thema «Thrombophlebitis» wirklich einem dringenden Informationsbedürfnis entspricht. Ein Kritiker schreibt dazu: «Dass Ärztinnen und Ärzte vorgeschriebene Fortbildungskredite erwerben, indem sie Industrie-gesponserten Vortragenden an Industrie-gesponserten Veranstaltungen – die von Industrie-gesponserten Verbänden organisiert sind – zuhören, entspricht einer obszönen Perversion der Fortbildung, die für alle Beteiligten eine Peinlichkeit darstellt.» [7] Wenn sich dieser Zustand aber ändern soll, muss sich in erster Linie die Haltung der Ärzteschaft ändern.

Schliesslich möchte ich noch auf ein Defizit hinweisen, das im Rahmen der heute praktizierten Evidenz-basierten Medizin anachronistisch wirkt. Es ist keineswegs selten, dass Medikamente für Probleme verschrieben werden, ohne dass eine entsprechende Dokumentation der Wirksamkeit und Verträglichkeit gerade bei diesen Erkrankungen (oder auch z. B. bei einer speziellen Altersgruppe) vorläge. Unter den zahlreichen Beispielen für einen solchen «off-label»-Gebrauch können der Einsatz sehr vieler Medikamente in der Pädiatrie, die Verwendung von Antidepressiva als Schlafmittel und die wahllose Verschreibung von Metamizol genannt werden. Zum Teil erfolgt die Verordnung ausserhalb der offiziell anerkannten Indikation, weil sonst keine Alternative vorhanden ist (besonders in der Kinderheilkunde), sehr häufig aber einfach, weil die Indikation nicht kritisch genug geprüft wurde. Dass solche «off-label»-Anwendungen von der Industrie mehr oder weniger diskret gefördert werden, ist bekannt. [8] Wichtig wäre vielmehr, dass mögliche weitere Indikationen bereits eingeführter Medikamente sorgfältig geprüft würden. Dies entspricht jedoch in vielen Fällen nicht den Interessen der Industrie. ▮

Korrespondenzadresse

Dr. med. Etzel Gysling
Infomed-Verlags-AG
Bergliweg 17
9500 Wil

Quellen

[1] Maeder MT, Sticherling C. pharma-kritik 2006; 28: 33–6
[2] Ray WA et al. N Engl J Med 2009; 360: 225–35
[3] Watkins PB et al. JAMA 2006; 296: 87–93
[4] http://fda-bupro-varenic.notlong.com/
[5] http://fda-search.notlong.com
[6] http://www.josiahmacyfoundation.org/documents/Macy_ContEd_1_7_08.pdf
[7] http://plos-july21.notlong.com/
[8] Steinman MA et al. PloS Med 2007; 4: e134

Replik

Etzel Gysling spricht eine breite Palette von Themen im Zusammenhang mit der Forschung, Entwicklung und Anwendung von Arzneimitteln an. Er zeigt sich einmal mehr als gnadenloser Kritiker der Pharmaindustrie, blendet aber den Nutzen der pharmakologischen Erkenntnisse und Entwicklungen schon fast systematisch aus. Besonders deutlich wird dies zu Beginn seines Artikels, wo er den Sinn von Weiterentwicklungen von Medikamenten in Abrede stellt. Dabei müsste Gysling als Arzt wissen, dass der erste Calciumkanalantagonist, das erste Statin, die Substanzen für die Chemotherpapie aus den 50er-Jahren, die ursprünglichen Insuline längst nicht mehr zu den bevorzugten Arzneimitteln zählen. Heute profitieren die Patientinnen und Patienten zum Glück von den Weiterentwicklungen dieser Präparate. Sie sind die Regel, während «revolutionäre» Medikamente wie Glivec® selten sind. Von den 240 Arzneimitteln auf der Essential Drug List der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind 63 Prozent Weiterentwicklungen von bestehenden Substanzen. Sie tragen etwa dazu bei, Nebenwirkungen stetig zu vermindern.

Dank kontinuierlicher Innovation haben sich zum Beispiel Lebenserwartung und Lebensqualität von Diabetikern, Asthmatikern, und Krebspatienten laufend erhöht. Bei Nierentransplantationen liegt die Fünfjahresüberlebenswahrscheinlichkeit heute dank kontinuierlicher Entwicklung der Immunsuppressiva bei 97 Prozent. HIV-infizerte Patienten mussten in den 90er Jahren bis zu zwölf Pillen mehrmals am Tag einnehmen. Heute reicht eine Pille mit drei Substanzen. Und die Lebenserwartung ist ebenso gross wie bei Nichtinfizierten. Rheumatoide Arthritis ist zwar noch immer nicht heilbar. Die ersten Biologika verlangsamen oder stoppen gar das Fortschreiten der Krankheit. Bis zu 80 Prozent der Patienten sprechen auf diese neuen Medikamente an. Selbst Etzel Gysling müsste sie mit seinem Verständnis als innovativ einstufen. Bald werden zusätzliche Biologika die Situation vieler Patienten nochmals deutlich verbessern, auch wenn sie aus der Sicht von Forschung und Entwicklung nur kleine Schritte darstellen. Die Liste der Beispiele «kleiner» Fortschritte mit grossem Nutzen für Patientinnen und Patienten liesse sich beliebig erweitern.

All dies fällt nicht vom Himmel, sondern ist das Ergebnis aufwendiger Forschung. Die forschenden Pharmafirmen in der Schweiz investieren dafür 20 Prozent ihres Umsatzes. Dabei sind die Risiken gross: Forschung und Entwicklung eines neuen Medikamentes verschlingen über eine Milliarde Franken und dauern acht bis zwölf Jahre. Nur eine von zehn Substanzen in der klinischen Entwicklung schafft es zur Marktreife. Vor diesem Hintergrund sind die Erfolge der Pharmaindustrie in der Schweiz ein Glücksfall – für die Patienten und die Wirtschaft. ∎

Roland Schlumpf, Interpharma
Leiter Kommunikation
Mitglied der Geschäftsleitung

Duplik

Es ist keineswegs so, dass ich meinte, Weiterentwicklungen von Medikamenten seien wertlos – ich denke nur, es handelt sich sehr häufig um kleine Fortschritte. Dass manchmal so im Laufe der Jahre oder Jahrzehnte auch etwas für Patientinnen und Patienten herausschaut, ist höchst erfreulich. Nur allzu häufig dienen die Weiterentwicklungen weniger den kranken Menschen als vielmehr dem Erhalt von Marktdominanz. Die Protonenpumpenhemmer sind in dieser Hinsicht ein sehr gutes Beispiel. Dass zu den sogenannten Biologika noch längst nicht das letzte Wort gesprochen ist, weiss wohl auch Roland Schlumpf – ich erinnere nur an Efalizumab (Raptiva®), das vor kurzem wegen schwerwiegenden Nebenwirkungen aus dem Markt genommen werden musste. Das Beispiel der HIV-Infizierten halte ich für wenig überzeugend; gerade hier müsste die Industrie wohl anerkennen, dass ein Grossteil der entsprechenden Forschung von der öffentlichen Hand finanziert worden ist.

Dass Roland Schlumpf auf einen Kommentar zu allen anderen Punkten, die ich aufgeführt habe, verzichtet, weist wohl darauf hin, dass meine Kritik nicht wirklich gnadenlos, sondern tatsächlich berechtigt ist. ∎

Etzel Gysling

Développement des médicaments et transparence des données:

De petits pas*

Etzel Gysling

Certes, la pharmacothérapie fait des progrès constants. Mesurés aux milliards qui passent chaque année dans les caisses des entreprises pharmaceutiques, ces progrès sont toutefois extrêmement modestes. Selon les indications d'IMS Health, le marché pharmaceutique mondial peut être estimé en 2009 à quelque 800 milliards de dollars.

Pendant des années, l'industrie pouvait s'attendre à des taux de croissance annuels de 7 à 12%. En 2008, l'augmentation était encore de 5% environ. Pourtant, le nombre de médicaments soi-disant innovants introduits sur le marché, p.ex. au cours des dix dernières années, est étonnamment faible: quelques nouveaux produits chimiothérapeutiques, dont la plupart sont essentiellement employés à ce jour pour des maladies relativement rares, et divers antidiabétiques, pour lesquels aucune utilité n'a pu être prouvée au sens d'une influence de critères cliniques pertinents. Presque tous les autres nouveaux produits (pas particulièrement nombreux) peuvent être classés parmi les «perfectionnements» de structures et de principes actifs connus. Le progrès évolue donc vraiment à petits pas. On serait presque tenté de paraphraser ce qui a été dit naguère lors du premier alunissage: «That's small steps for patients; giant leaps for the industry».

Des effets indésirables insignifiants?

Les progrès sont aussi petits dans de nombreux autres domaines en rapport avec la pharmacothérapie et qui sont significatifs pour le bien-être des patients. J'estime particulièrement délicate l'information sur les effets indésirables. Je sais bien que les effets secondaires sont «ennuyeux». Il est beaucoup plus attractif pour tout le monde d'entendre parler et de discuter de mécanismes d'action spéciaux, de nouvelles indications prometteuses ou encore de formes galéniques particulièrement pratiques. J'ai conscience que les effets indésirables ne conviennent pas toujours, et de loin, au schéma de l'«evidence based medicine», car ils sont parfois si rares qu'il est impossible de les prouver dans le cadre d'études randomisées. Mais les effets secondaires rares ne sont nullement insignifiants, parce qu'ils peuvent menacer la vie des quelques personnes affectées. De façon générale, nous sommes trop peu conscients des effets indésirables. Qui est en mesure d'énumérer rapidement quelques médicaments qui causent un syndrome QT prolongé? [1] Qui songe, lors de la prescription de neuroleptiques, que ces médicaments augmentent le risque d'une mort cardiaque subite? [2] Qui est conscient du fait que les quatre comprimés d'un gramme de paracétamol, qui sont aujourd'hui si facilement prescrits, représentent la dose journalière maximale et qu'à cette dose, des taux de transaminase augmentés sont découverts chez un tiers environ des personnes traitées? [3] Qui tient compte du risque de multiples problèmes neuropsychiatriques encourus par les personnes souhaitant le sevrage tabagique au bupropion ou à la varénicline? [4] Il y aurait encore de nombreux exemples à citer. Ces faits nous sont beaucoup trop rarement rappelés, au contraire des effets «désirables». Les effets indésirables seraient l'un des thèmes les plus importants des séances de formation continue – malheureusement, les professeurs influents parlent presque uniquement de nouveaux remèdes dont la tolérance est supposément excellente. Qui en assume la responsabilité? Il est évident que l'industrie veut parler le moins possible d'effets indésirables. Manifestement, les autorités des produits thérapeutiques s'orientent en premier lieu vers des considérations juridiques: si un effet indésirable est qualifié de possible dans l'information officielle (p.ex. dans la notice d'emballage), cela semble suffire aux autorités. Ainsi, elles se rangent derrière le point de vue de l'industrie selon lequel un rapport entre le médicament et l'effet secondaire n'est pas prouvé en règle générale. On a souvent l'impression que l'autorité des produits thérapeutiques protège d'abord les intérêts de l'industrie. En réalité, cette autorité devrait s'engager principalement pour les malades et donc être beaucoup plus active dans le domaine de l'information sur les effets secondaires. C'est en partie le cas dans certains pays. Ainsi, la FDA américaine envoie souvent des lettres au corps médical et oblige les fabricants à souligner certains effets secondaires («boxed warning»), comme c'est arrivé récemment en ce qui concerne le bupropion et la varénicline. Mais en Europe, la responsabilité de s'informer avec précision sur les nouveaux problèmes incombe généralement aux médecins traitants. Ceci est une tâche difficile, particulièrement en considération des rares séances de formation continue sur ce thème. Des revues indépendantes (comme Pharma-kritik par exemple) s'efforcent de combattre le déficit en information. Mais là aussi, il ne s'agit malheureusement que d'une goutte d'eau dans la mer. Nous projetons donc à l'avenir de traiter davantage des effets secondaires dans notre revue.

Publication de résultats d'études

L'information relative aux études de médicaments est un autre domaine qui n'a progressé que modestement au cours des dernières années. De nos jours, il est certes usuel d'enregistrer les études cliniques auprès d'une instance centrale. Des exemples de tels registres sont le site américain ClinicalTrials.gov, le britannique «Current Controlled Trials» ainsi que le «Clinical Trials Portal» de la «International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations». Ces registres ont été créés en premier lieu parce que de grandes revues médicales refusaient la publication d'études qui n'étaient pas enregistrées. Mais celui qui pense qu'il est aujourd'hui plus simple de trouver des résultats d'étude non publiés se trompe: la vaste majorité des résultats

* Deuxième impression de pharma-kritik, 30e année, numéro 20/2008 du 13 août 2009

d'étude qui n'ont pas été publiés dans des revues spécialisées ne peuvent être consultés. La meilleure source est constituée par les dossiers de l'autorité américaine des produits thérapeutiques FDA, [5] mais même ceux-là ne contiennent que les études qui avaient été présentées par les fabricants à l'autorité. La transparence des données, qui est exigée depuis des années par des instances indépendantes, n'est de loin pas encore garantie. Pratiquement toutes les informations pour patients (qui sont présentées aux participants lors d'études cliniques) contiennent le passage indiquant que l'étude prévue profiterait, sinon aux personnes directement impliquées, du moins à des malades similaires à l'avenir. Toutefois, ceci ne peut être le cas que si tous les résultats d'études ont été publiés. En l'absence d'un accès public aux résultats, il faut probablement parler d'une tromperie des personnes participant à l'étude.

Sponsoring douteux

L'industrie et le corps médical sont probablement responsables d'une autre série de problèmes dans laquelle on n'observe guère d'amélioration. Il est tout simplement inconcevable que la moindre séance de formation continue doive être sponsorisée par des entreprises pharmaceutiques. A ce sujet, on peut émettre trois réflexions simples: 1. Les médecins gagnent pratiquement tous assez pour pouvoir payer eux-mêmes non seulement leurs repas et leurs boissons, mais aussi leur formation continue. 2. Les séances de formation continue auxquelles on assiste uniquement pour leurs «suppléments» (collation, cadeaux) ne valent pas la peine d'y assister. 3. La grande majorité des intervenants aux séances de formation continue ont été invités en raison de leur position et de leur engagement et sont financièrement à même de fournir leurs contributions même sans honoraires substantiels. Il y a de nombreux bons arguments en faveur d'une formation continue «hors industrie». Tandis que l'industrie est incontestablement obligée vis-à-vis de ses actionnaires de gagner des parts de marché et de réaliser un bénéfice, le corps médical en revanche a une obligation manifeste de fournir aux malades le meilleur traitement possible sur la base de l'évidence scientifique. Ces deux obligations sont fondamentalement inconciliables. [6] Souvent, nous ne remarquons même pas l'étendue de l'influence exercée par les priorités de l'industrie sur les thèmes de la formation continue. Par exemple, il est actuellement remarquable de constater à quel point les formations continues sur le thème de la «thrombophlébite» ou des «complications thromboemboliques» sont devenues fréquentes. Qui donc a conscience du fait que des intérêts sérieux sont en jeu, notamment en rapport avec l'introduction de nouveaux anticoagulants? On peut ainsi se demander à juste titre si le thème de la «thrombophlébite» répond vraiment à un urgent besoin d'information. Un critique écrit à ce sujet: «Le fait que des médecins acquièrent des crédits de formation continue prescrits en écoutant des intervenants sponsorisés par l'industrie lors de manifestations sponsorisées par l'industrie, qui sont organisées par des associations sponsorisées par l'industrie, correspond à une perversion obscène de la formation continue, qui représente une situation désagréable pour toutes les parties prenantes.» [7] Toutefois, si cette situation doit changer, c'est en premier lieu l'attitude du corps médical qui doit changer.

Pour terminer, j'aimerais encore signaler un déficit qui semble anachronique dans le cadre de la médecine basée sur l'évidence telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui. Il n'est pas rare que des médicaments soient prescrits pour des problèmes sans qu'il existe une documentation correspondante de l'efficacité et de l'innocuité justement pour ces maladies (ou encore par exemple pour un groupe d'âge particulier). Parmi les nombreux exemples d'un tel usage «off-label», on peut citer de très nombreux médicaments dans la pédiatrie, l'utilisation d'antidépresseurs comme somnifères et la prescription indiscriminée de métamizole. Parfois, l'ordonnance est donnée en dehors de l'indication officiellement reconnue, en l'absence d'une solution de rechange (particulièrement en pédiatrie) mais très souvent parce que l'indication n'a pas été examinée d'un œil suffisamment critique. On sait que de telles applications «off-label» sont plus ou moins discrètement encouragées par l'industrie. [8] Il serait au contraire important que des indications supplémentaires potentielles de médicaments déjà introduits soient examinées soigneusement. Toutefois, cela ne correspond pas aux intérêts de l'industrie dans de nombreux cas. ▮

Adresse de correspondance
Dr méd. Etzel Gysling
Infomed-Verlags-AG
Bergliweg 7
9500 Wil

Sources

[1] Maeder MT, Sticherling C. Pharma-kritik 2006; 28: 33–6
[2] Ray WA et al. N Engl J Med 2009; 360: 225–35
[3] Watkins PB et al. JAMA 2006; 296: 87–93
[4] http://fda-bupro-varenic.notlong.com/
[5] http://fda-search.notlong.com
[6] http://www.josiahmacyfoundation.org/documents/Macy_ContEd_1_7_08.pdf
[7] http://plos-july21.notlong.com/
[8] Steinman MA et al. PloS Med 2007; 4: e134

Réplique

Etzel Gysling aborde un large spectre de sujets en rapport avec la recherche, le développement et l'utilisation de médicaments. Il se révèle une fois de plus un critique impitoyable de l'industrie pharmaceutique, mais ignore presque systématiquement l'utilité des découvertes et des développements pharmacologiques. Ceci est particulièrement clair au début de son article, où il nie le sens des perfectionnements de médicaments. En tant que médecin, Gysling devrait pourtant savoir que le premier antagoniste des canaux calciques, la première statine, les substances pour la chimiothérapie des années 50, l'insuline d'origine, ne figurent plus depuis longtemps parmi les médicaments privilégiés. Aujourd'hui, les patients profitent fort heureusement des perfectionnements de ces préparations. Ils représentent la règle, tandis que les médicaments «révolutionnaires» comme le Glivec® sont rares. Sur les 240 produits thérapeutiques figurant sur l'«Essential Drug List» de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 63% sont des perfectionnements de substances existantes. Ils contribuent par exemple à réduire constamment les effets secondaires.

Grâce à une innovation continuelle, l'espérance et la qualité de vie des diabétiques, des asthmatiques et des patients cancéreux, par exemple, se sont régulièrement améliorées. Lors de transplantations rénales, la probabilité de survie au-delà de cinq ans se situe aujourd'hui, grâce à l'évolution continue des immunosuppresseurs, à 97%. Dans les années 90, les patients séropositifs devaient prendre plusieurs fois par jour jusqu'à douze pilules. Aujourd'hui, une pilule contenant trois substances suffit. Et l'espérance de vie est aussi longue que chez les personnes non positives. La polyarthrite rhumatoïde n'est certes toujours pas curable. Les premiers biologiques ralentissent, voire stoppent la progression de la maladie. Jusqu'à 80% des patients répondent à ces nouveaux médicaments. Même Etzel Gysling, avec sa compréhension, a dû les qualifier de novateurs. Bientôt, des biologiques supplémentaires vont encore nettement améliorer la situation de nombreux patients, même s'ils ne représentent que de petits pas du point de vue de la recherche et du développement. La liste des exemples de «petits» progrès à grande utilité pour les patients pourrait être allongée à volonté.

Tout cela ne tombe pas du ciel, mais est le résultat d'une recherche dispendieuse. Les entreprises pharmaceutiques chercheuses en Suisse investissent à cet effet 20% de leur chiffre d'affaires. Toutefois, les risques sont importants: la recherche et le développement d'un nouveau médicament engloutissent plus d'un milliard de francs et durent entre huit et douze ans. Une seule sur dix substances dans le développement clinique parvient à maturité pour le marché. Dans ce contexte, les succès de l'industrie pharmaceutique en Suisse représentent un coup de chance pour les patients comme pour l'économie. ▮

Roland Schlumpf, Interpharma
Responsable Communication
Membre de la direction

Duplique

Je n'ai jamais pensé que les perfectionnements des médicaments sont sans valeur. J'estime seulement qu'il s'agit très souvent de petits progrès. Il est extrêmement réjouissant qu'il se dessine parfois, au fil des années ou des décennies, quelque chose de favorable pour les patients. C'est seulement que trop souvent, les perfectionnements servent moins aux malades qu'au maintien de la domination sur le marché. Les inhibiteurs des pompes à protons sont un bon exemple à cet égard. Roland Schlumpf sait lui aussi certainement que le dernier mot n'a pas encore été dit, et de loin, sur ce qu'on appelle les biologiques. Je rappellerai seulement l'efalizumab (Raptiva®) qui a récemment dû être retiré du marché en raison de graves effets secondaires. J'estime peu convaincant l'exemple des séropositifs; justement dans ce cas, l'industrie devrait reconnaître qu'une grande partie de la recherche a été financée par les pouvoirs publics.

Le fait que Roland Schlumpf renonce à faire un commentaire sur tous les autres points que j'ai mentionnés indique bien que ma critique n'est pas vraiment impitoyable, mais effectivement justifiée. ▮

Etzel Gysling

Sunitinib: Update

Ruth Häni, Cristina Cerise

Im pharmaJournal 11/5.2009 haben wir über das Krebsmedikament Sunitinib berichtet. Unterdessen gibt es neue Erkenntnisse, die wir hier kurz zusammenfassen möchten.

Fortgeschrittenes und/oder metastasierendes Nierenzellkarzinom

In einer randomisierten Phase-III-Studie, die die Wirkung von Sunitinib in der Erstlinientherapie beim metastasierenden Nierenzellkarzinom mit derjenigen von Interferon-alfa (IFN-α) (der damaligen Standardtherapie bei dieser Krebsart) verglichen hat, waren die Resultate zum Gesamtüberleben (overall survival) noch ausstehend. Diese Daten sind nun vorhanden und haben zu einer Anpassung verschiedener Richtlinien für die Erstlinienbehandlung beim Nierenzellkarzinom geführt. Es ergab sich eine knapp signifikant verlängerte mittlere Gesamtüberlebenszeit unter Sunitinib verglichen mit IFN-α (26,4 Monate vs. 21,8 Monate; p=0,051, resp. p=0,049 nach stratifiziertem log-rank Test) [1]. In einer weiteren Analyse wurden Patienten ausgeschlossen, die unter IFN-α progredient waren und in den Sunitinib-Arm übergetreten waren, was zu einem signifikanten Unterschied im Gesamtüberleben zu Gunsten von Sunitinib führte (26,4 Monate im Sunitinib-Arm vs. 20 Monate im IFN-α-Arm; p =0,0362). Aufgrund dieser Daten wird Sunitinib heute als Erstlinienbehandlung beim Nierenzellkarzinom empfohlen [2]. IFN-α kommt in Kombination mit Bevacizumab ebenfalls für eine Erstlinienbehandlung in Frage [8,3].

GIST – Gastrointestinale Stromatumore

Die Resultate einer randomisierten, doppelblinden, placebo-kontrollierten Studie, die die Wirksamkeit von Sunitinib in der Zweitlinientherapie (d.h. nach Versagen einer Erstlinienbehandlung mit Imatinib) untersuchte, wurden als «überaus positiv» (Zeit bis zur Tumorprogression: 27,3 Wochen unter Sunitinib vs. 6,4 Wochen unter Placebo; p < 0,0001) bei jedoch «schwacher Datenlage» gewertet. Patienten wurden bis zur Progression, welche radiologisch (nach RECIST) festgestellt wurde, mit Imatinib behandelt. Nach RECIST basiert ein solches Fortschreiten der Erkrankung auf der Zunahme einzelner Tumorläsionen oder auf dem Erscheinen einer neuen Tumorläsion. Mit der Einführung der systemischen TKI-Therapie sind die traditionellen grössenbasierten Ansprechkriterien wie RECIST jedoch nicht mehr geeignet für die Bestimmung des Therapieansprechens und die Krankheitsprogression [4]. Es können nämlich bei einer Progression auch Tumorläsionen dabei sein, die stabil geblieben sind. Solche stabile Metastasen können durch ein Weiterführen der Therapie kontrolliert werden. Stattdessen kann der plötzliche Unterbruch einer Imatinib-Behandlung zu einem beschleunigten Tumorwachstum führen (flare phenomenon) [5,6]. Es ist also möglich, dass in dieser Studie Patienten dem Placebo-Arm zugeteilt wurden, die trotz dokumentierter Progression weiterhin von einer Imatinib-Behandlung profitiert hätten [5,6]. Heute wird nach dem Versagen einer Behandlung mit Imatinib 400 mg eine Dosiserhöhung auf Imatinib 800 mg empfohlen, sofern der Patient dies verträgt [4,6,7,8]. Kommt es bei erhöhter Imatinib-Dosis zu einem Fortschreiten der Krankheit oder zu einer Unverträglichkeit, ist der Wechsel zur Zweitlinientherapie mit Sunitinib empfohlen [4].

Interessant wäre nun ein Vergleich zwischen einer weitergeführten Imatinib-Therapie bei erhöhter Dosis (800 mg) vs. Sunitinib, da bis jetzt zwar die Überlegenheit von Sunitinib gegenüber Placebo aufgezeigt worden ist, nicht jedoch, ob es auch einer Weiterbehandlung mit Imatinib (erhöhte Dosis) überlegen ist. Der positive Effekt (längere Zeit bis zur Tumorprogression) wäre möglicherweise in einem solchen Setting schwächer gewesen. Trotzdem ist Sunitinib heute die anerkannte Zweitlinientherapie, falls es unter erhöhter Imatinib-Dosis zum Fortschreiten der Krankheit oder zu Unverträglichkeiten kommt [6,7]. ∎

Korrespondenzadresse
Ruth Häni, Apothekerin pharmaSuisse
E-Mail: ruth.haeni@pharmasuisse.org

[1] Journal of Clinical Oncology 2009: Overall Survival and Updated Results for Sunitinib compared with Interferon Alfa in Patients with Metastatic Renal Cell Carcinoma.
[2] NICE technology appraisal guidance 169 März 2009: Sunitinib for the first-line treatment of advanced and/or metastatic renal cell carcinoma
[3] European Association of Urology 2009: B. Ljungberg et al; Guidelines on Renal Cell Carcinoma
[4] Schweiz Med Forum 2008; 8(30–31): 544–549: Diagnose und Behandlung von Gastrointestinalen Stromatumoren (GIST) in der Schweiz»
[5] The Lancet 2006; 368: 1303–1304 (Comment)
[6] NCCN (National Comprehensive Cancer Network) 2009: Practice Guidelines in Oncology – v.1.2009 GIST
[7] Expert Rev. Anticancer Ther. 2009 9(6): 831–838: Advanced gastrointestinal stromal tumor in Europe: a reveiw of updated treatment recommendations
[8] Arzneimittel-Kompendium der Schweiz 2009

Sunitinib: Update

Ruth Häni, Cristina Cerise

Nous avons parlé du médicament anticancéreux Sunitinib dans le pharmaJournal 11/5.2009. Entre-temps, il existe de nouvelles découvertes que nous souhaitons récapituler brièvement ici.

Carcinome rénal avancé et/ou métastatique

Dans une étude de phase III randomisée, qui a comparé l'effet du Sunitinib dans la thérapie de premier recours du carcinome rénal métastasique à celui de l'interféron-alpha (IFN-α) (la thérapie standard de l'époque pour ce type de cancer), les résultats sur la survie globale («overall survival») faisaient encore défaut. Ces données sont maintenant disponibles et ont entraîné une adaptation de diverses directives pour le traitement de premier recours du carcinome rénal. Il en a résulté une durée de survie globale moyenne prolongée à peine significative sous Sunitinib comparé à IFN-α (26,4 mois vs. 21,8 mois; p=0,051, resp. p=0,049 selon un test stratifié log-rank) [1]. Dans une autre analyse, des patients ont été exclus pour avoir été progrédients sous IFN-α et ont été passés dans le bras Sunitinib, ce qui a causé une différence significative dans la survie globale en faveur de Sunitinib (26,4 mois dans le bras Sunitinib vs. 20 mois dans le bras IFN-α; p =0,0362). Sur la base de ces données, le Sunitinib est aujourd'hui recommandé en tant que traitement de premier recours du carcinome rénal [2]. IFN-α entre en ligne de compte en association avec le bévacizumab également pour un traitement de premier recours [8,3].

GIST – Tumeurs stromales gastro-intestinales

Les résultats d'une étude randomisée, en double aveugle, contrôlée par placebo, qui a examiné l'efficacité du Sunitinib dans la thérapie de deuxième recours (c.-à-d. après la défaillance d'un traitement de premier recours à l'Imatinib) ont été jugés «tout à fait positifs» (durée jusqu'à la progression de la tumeur: 27,3 semaines sous Sunitinib vs. 6,4 semaines sous placebo; p <0,0001) mais avec une «faible situation des données». Les patients ont été traités à l'Imatinib jusqu'à la progression, qui a été constatée radiologiquement (selon RECIST). Selon RECIST, une telle progression de la maladie se base sur l'augmentation de différentes lésions tumorales ou sur l'apparition d'une nouvelle lésion tumorale. Avec l'introduction de la thérapie systématique TKI, les critères de réponse traditionnels basés sur la grandeur comme RECIST ne sont toutefois plus appropriés pour la détermination de la réponse thérapeutique et de la progression de la maladie [4]. En effet, il se pourrait qu'il y ait, en cas de progression, également des lésions tumorales restées stables. Des métastases stables de ce genre peuvent être contrôlées par une poursuite de la thérapie. Au lieu de cela, l'interruption subite d'un traitement à l'Imatinib peut même conduire à une croissance accélérée de la tumeur («flare phenomenon») [5,6]. Il est donc possible que dans cette étude, des patients aient été attribués au bras placebo, alors qu'ils auraient continué de profiter d'un traitement à l'Imatinib malgré la progression documentée [5,6]. Aujourd'hui, après l'échec d'un traitement à l'Imatinib 400 mg, une augmentation de la dose à Imatinib 800 mg est recommandée, dans la mesure où le patient le tolère [4,6,7,8]. S'il survient en cas de dose d'Imatinib augmentée une progression de la maladie ou une intolérance, il est recommandé de passer au Sunitinib pour la thérapie de deuxième recours [4].

Il serait intéressant de procéder à une comparaison entre une thérapie continue à l'Imatinib à dose accrue (800 mg) vs. Sunitinib, car jusqu'ici la supériorité du Sunitinib par rapport au placebo a certes été démontrée, mais non s'il est également supérieur à un traitement continu à l'Imatinib (dose augmentée). L'effet positif (période prolongée jusqu'à la progression de la tumeur) aurait peut-être été plus faible dans un tel setting. Malgré tout, le Sunitinib est aujourd'hui le traitement reconnu de deuxième recours s'il survient, sous dose augmentée d'Imatinib, une progression de la maladie ou des intolérances [6,7]. ▮

Adresse de correspondance
Ruth Häni, pharmacienne de pharmaSuisse
E-mail: ruth.haeni@pharmasuisse.org

[1] Journal of Clinical Oncology 2009: Overall Survival and Updated Results for Sunitinib compared with Interferon Alfa in Patients with Metastatic Renal Cell Carcinoma.
[2] NICE technology appraisal guidance 169 März 2009: Sunitinib for the first-line treatment of advanced and/or metastatic renal cell carcinoma
[3] European Association of Urology 2009: B. Ljungberg et al; Guidelines on Renal Cell Carcinoma
[4] Schweiz Med Forum 2008;8(30–31):544–549: Diagnose und Behandlung von Gastrointestinalen Stromatumoren (GIST) in der Schweiz»
[5] The Lancet 2006; 368: 1303–1304 (Comment)
[6] NCCN (National Comprehensive Cancer Network) 2009: Practice Guidelines in Oncology – v.1.2009 GIST
[7] Expert Rev. Anticancer Ther. 2009 9(6): 831–838: Advanced gastrointestinal stromal tumor in Europe: a reveiw of updated treatment recommendations
[8] Compendium Suisse des Médicaments 2009

Nachfolgeplanung

Didier Ray, Paul Wiederkehr, Stephanie Sahli, Katrin Schwingruber

Jeder Apotheker muss sich irgendwann Gedanken über die Nachfolge in der Apotheke machen. Diese Planung ist komplex und muss mit grosser Sorgfalt erfolgen, im Idealfall hat sie mindestens fünf Jahre vor der eigentlichen Geschäftsübergabe zu beginnen. Jede kurzfristige Nachfolgelösung begrenzt den Spielraum für Vorkehrungen. Wir behandeln diesen Themenkreis im pharmaJournal in mehreren Artikeln.

Sich von einer Lebensaufgabe zu trennen, fällt vielen schwer. Das Ausscheiden aus der Geschäftswelt hat tief greifende Auswirkungen auf soziales Umfeld und Privatleben. Die eigene Zukunft mit neuen Ideen, Projekten und Zielen in eine andere Richtung zu lenken, braucht Zeit. Deshalb ist es nur allzu verständlich, wenn Unternehmer diesen Schritt oft möglichst lange hinausschieben.

Der Entscheid, das Unternehmen an einen Nachfolger zu übergeben, ist ein wichtiger Meilenstein für das Unternehmen, die Familie und die Geschäftspartner.

Chancen im neuen Lebensabschnitt

Ideen und Projekte	Lange aufgeschobene Ideen und Projekte können verwirklicht werden
Erfahrung und Kompetenz	Jahrelange Erfahrungen und Kompetenzen können an junge Unternehmer weitervermittelt werden
Familie und Freunde	Zeit für Familie und Freunde, gemeinsame Hobbys

Die Abgabe des operativen Geschäftes eröffnet einerseits Freiräume, lange gehegte Ideen und Projekte zu verwirklichen. Andererseits können jahrelange Erfahrungen und Kompetenzen jungen Unternehmern zur Verfügung gestellt werden und diesen helfen, ihre unternehmerischen Ideen besser umzusetzen.

Die gewonnene Zeit kann jetzt mit Familie und Freunden verbracht werden. Sportlichen, musischen oder sonstigen Freizeitaktivitäten kann endlich nachgegangen werden.

Risiken im neuen Lebensabschnitt

Keine Lebensaufgabe mehr zu haben, nicht mehr gebraucht zu werden oder gar den anderen im Weg zu stehen, kann zu ernsthaften persönlichen Krisen führen, die Leere und Einsamkeit mit sich bringen.

Verlust der Lebensaufgabe	Fehlende Lebensaufgabe kann zu Leere und Einsamkeit führen
Prestigeverlust, neue soziale Stellung	Angst vor Macht- und Prestigeverlust, neue soziale Stellung
Neue Freizeit	Neu gewonnene Freizeit muss ausgefüllt werden

Eine Rolle spielt auch die Angst vor Macht- und Prestigeverlust, hat doch der Rücktritt einen neuen sozialen Status zur Folge. Die Kontakte zur Geschäftswelt werden immer weniger, man hat nichts mehr zu bestimmen, die eigene Meinung ist nicht mehr gefragt.

Viele Unternehmer wissen zudem nicht, was sie mit der gewonnenen Freizeit anfangen sollen. Sie stehen plötzlich vor der Situation, von einem hundertprozentigen Engagement für das Unternehmen auf Null zu wechseln. Auch der Partnerschaft steht eine Prüfung bevor. Eingespielte Familienabläufe gelten plötzlich nicht mehr. Oft empfindet der Partner, die Partnerin die ständige Präsenz als Kontrolle und vermisst lieb gewonnene Freiheiten.

Stufenweise Abgabe des operativen Geschäfts oder Sprung ins kalte Wasser

Hier spielen persönliche Einstellungen und Selbstwertgefühle eine entscheidende Rolle. War das bisherige Leben von der prall gefüllten Agenda und den geschäftlich bedingten sozialen Kontakten bestimmt, schafft der neue Lebensabschnitt Raum für private Begegnungen und Aktivitäten. Dies setzt jedoch voraus, dass der Unternehmer loslassen und seine Verantwortung an den Nachfolger abgeben kann.

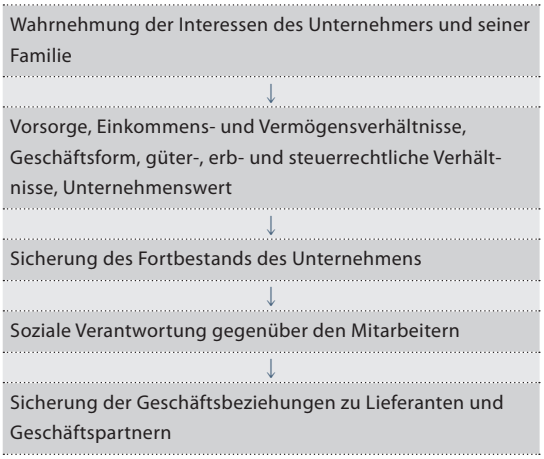
Ein stufenweiser Rücktritt hat den Vorteil, dass parallel zum Abbau der Geschäftsaufgaben private Aktivitäten aufgebaut werden können. Damit kann ein harmonischer Übertritt erleichtert werden. Deshalb sollte man sich frühzeitig überlegen, was man in der künftigen Freizeit unternehmen will. Dazu braucht es aber einen geeigneten Nachfolger, der mit einer schrittweisen Übergabe einverstanden ist.

Planung der Nachfolge

Eine stufenweise Planung und Umsetzung der Nachfolge bietet die besten Voraussetzungen für ein optimales Ergebnis. Alle Gesichtspunkte werden berücksichtigt und bewertet. Letztlich kann so eine Lösung gefunden werden, die von allen Beteiligten akzeptiert und mitgetragen wird. Die Dauer der einzelnen

La traduction française paraîtra dans un prochain numéro du pharmaJournal.

Planungsschritte ist unterschiedlich, da rechtliche Aspekte berücksichtigt werden müssen.



Wahrnehmung der Interessen des Unternehmers und seiner Familie

Im Zentrum des Geschehens steht der Firmeninhaber, der das Unternehmen oft auch gegründet hat. Erst die Sicherung seiner Zukunft schafft Klarheit für die Entscheidungen, die als nächstes getroffen werden müssen. Zuerst sind einige Punkte zu klären:

- → Bis wann möchten Sie Ihr Unternehmen vollumfänglich führen?
- → Wie schätzen Sie Ihre gesundheitliche Leistungsfähigkeit ein?
- → Welche privaten Kontakte und Aktivitäten pflegen Sie?
- → Können Sie sich einen schrittweisen Ausstieg aus Ihrem Unternehmen vorstellen?
- → Bleibt das Unternehmen in der Familie?
- → Ist ein geeigneter Nachfolger bereits in Sicht?

Güter- und erbrechtliche Situation

Das Schweizerische Ehegüter- und Erbrecht kennt keine speziellen Regelungen für die Unternehmensnachfolge. Weil jede wesentliche Veränderung der Vermögensverhältnisse auch Ehepartner und Kinder betreffen, ist eine Unternehmensübertragung im Rahmen der allgemein gültigen ehegüter- und erbrechtlichen Bestimmungen zu planen. Die Regelung der güterrechtlichen Situation hat immer vor der erbrechtlichen Regelung zu erfolgen. Bei unverheirateten Paaren ist sodann der Absicherung des Lebenspartners besondere Beachtung zu schenken.

Neben der Wahl des Güterstandes können die Ehegatten mittels ehevertraglichen Vereinbarungen den gewählten Güterstand modifizieren und somit zusätzlich erheblichen Einfluss auf die spätere güterrechtliche Auseinandersetzung und damit indirekt auf die Erbmasse nehmen. Diese Wahlmöglichkeiten bestehen vor oder auch erst nach der Heirat.

Das schweizerische Erbrecht erlaubt dem Erblasser, über seinen Nachlass mit letztwilliger Verfügung zu bestimmen und die gesetzliche Erbfolge durch Änderung der gesetzlichen Erbteile oder Erbeinsetzung ganz oder teilweise ausser Kraft zu setzen. Die Verfügungsfreiheit besteht überdies innerhalb der dem Erblasser durch das Pflichtteilsrecht auferlegten Grenzen. So gibt es beispielsweise gegenüber dem Ehegatten eine spezielle Begünstigungsmöglichkeit. Zusätzlich zum verfügbaren Teil von einem Viertel des Nachlasses kann der Erblasser dem überlebenden Ehegatten die Nutzniessung am ganzen den Nachkommen zufallenden Teil der Erbschaft zuwenden. Schliesslich kann ein Erblasser seine letztwilligen Anordnungen nach Belieben mit Auflagen und Bedingungen verknüpfen, die auch geschäftlicher Natur sein können. Zum Beispiel können Anweisungen bezüglich Führung des Geschäftes gemacht werden.

Da die vom Ehegüter- und Erbrecht zur Verfügung gestellten gesetzlichen Bestimmungen nicht spezifisch auf die Unternehmensnachfolge zugeschnitten sind, sollte das vorausschauend und frühzeitig geplant werden. Dabei sollten alle Betroffenen, Ehegatte oder Lebenspartner und pflichtteilsgeschützte Personen, in einer umfassenden Nachfolgeregelung eingebunden werden.

Bereinigung der Vorsorge-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse

Die benötigten finanziellen Mittel für den Aufbau, die Führung und die eventuelle Erweiterung eines Unternehmens führen häufig zu einer Durchmischung von Privat- und Geschäftsvermögen. Eine genaue Analyse deckt die einzelnen finanziellen Verhältnisse auf und beleuchtet damit den Spielraum für unterschiedliche Lösungen. In Bezug auf alle drei Themenbereiche stellen sich folgende Fragen:

- → Wie hoch ist der monatliche Finanzbedarf für den Lebensunterhalt?
- → Woher stammen die monatlichen finanziellen Mittel nach einer Unternehmensübergabe? Wird bei einer Anstellung ein monatliches Salär bezogen? Oder bezieht man nach einer Pensionierung AHV-, BVG- und/oder eine Dritte-Säule-Rente?
- → Bestehen Einkünfte aus Privatvermögen (Wertschriften- oder Immobilienerträge)?
- → Wie sieht die Struktur des Privat- und des Geschäftsvermögens aus (Durchmischung)?
- → Enthält das Geschäftsvermögen Bestandteile, die ins Privatvermögen überführt werden müssen?
- → Können güter- und erbrechtliche Ansprüche erfüllt werden?

Wahl der Geschäftsform

Bei Einzelunternehmen und bei Personengesellschaften (Kollektiv- und Kommanditgesellschaft) besteht juristisch gesehen keine Trennung zwischen Person und Geschäft. Bei der Einzelfirma gehört das

Geschäfts- und Privatvermögen einer Person, bei Kollektivgesellschaften gehört das Vermögen mehreren Personen. Bei Aktiengesellschaften (AG) und Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbH) als juristische Personen steht das Gesellschaftskapital im Zentrum, die Gesellschaft wird juristisch von der Person und deren privatem Vermögen getrennt.

Die Wahl der Geschäftsform wirkt sich auf die Haftung aus. So haftet bei einer Einzelunternehmung nebst dem Geschäftsvermögen der Einzelunternehmer unbeschränkt mit seinem Privatvermögen. Bei Personengesellschaften haftet primär das Gesellschaftsvermögen, subsidiär haften ein Teil oder alle Gesellschafter persönlich, unbeschränkt und solidarisch. Bei Kapitalgesellschaften (AG und GmbH) haftet ausschliesslich das Geschäftsvermögen.

Bei der Unternehmensnachfolge hat die Wahl der Geschäftsform steuerliche Auswirkungen. Erst mit einer vorausschauenden, durch Fachpersonen begleiteten Planung, mindestens fünf bis acht Jahre im Voraus, können optimale Ergebnisse erzielt werden.

Ferner beeinflusst die Wahl der Geschäftsform das rechtliche Schicksal der Unternehmung und der abgeschlossenen Verträge mit Geschäftspartner im Zeitpunkt der Übernahme, beim Tod des Unternehmers, im Konkursfall und bei der Auflösung unterschiedlich. Dabei ist der Regelungsbedarf bei stark personenbezogenen Gesellschaftsformen (z.B. Einzelfirma, Kollektivgesellschaft) tendenziell grösser. Kapitalgesellschaften (z.B. Aktiengesellschaft, GmbH) sind eigenständige juristische Personen. Ab Inkrafttreten neuer Bestimmungen am 1. Januar 2011 kann bei definitiver Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit nach dem vollendeten 55. Altersjahr oder infolge Invalidität der Liquidationsgewinn (stille Reserven) getrennt vom übrigen Einkommen privilegiert besteuert werden. Dadurch wird die bisher von Treuhändern empfohlene Wandlung von Einzelfirmen in Aktiengesellschaften (unter bestimmten Voraussetzungen und Einhaltung einer fünfjährigen Sperrfrist) zwecks Steuerbefreiung von Kapitalgewinnen empfindlich relativiert. Kredite für die Übernahme von Aktien, müssen aus dem Betriebsgewinn der Gesellschaft (Salär/Dividenden) zurückbezahlt werden, unterliegen im Falle der Dividendenausschüttung der klassischen Doppelbesteuerung und erhöhen sodann die Steuerlast des Käufers im progressiven Steuersystem. Bei der Übernahme einer Einzelfirma hingegen bleibt die steuerliche Abschreibungsmöglichkeit von Goodwill und Infrastruktur erhalten.

Steuersituation

Unternehmensnachfolgen bei KMU sind kritische Vorgänge, weil in der Regel sowohl in der Unternehmensleitung als auch in den Eigentumsverhältnissen eine Übertragung stattfindet. Einkommenssteuerlich massgebend sind die Rechtsform des Unternehmens sowie Übertragungsart und -form, aber auch, was Geschäfts- und was Privatvermögen ist. Auch weitere Steuern, so die Erbschafts- und Schenkungssteuern, die Grundstückgewinnsteuern, eventuell Handänderungsabgaben sowie die Mehrwertsteuer sind zu berücksichtigen. Steuerliche Risiken müssen frühzeitig erkannt und steuerliche Chancen rechtzeitig realisiert werden. Es stellen sich somit komplexe und umfassende Fragestellungen, die eine frühzeitige Planung erfordern. Schliesslich hängt es von den Umständen des Einzelfalles ab, ob eine Steueroptimierung mit beträchtlichen Einsparungen erzielt werden kann.

An erster Stelle steht eine Bestandesaufnahme der gegenwärtigen und der künftig anfallenden Steuern auf Einkommen und Vermögen. Eine kleine Auswahl zahlreicher dabei zu beantwortender Fragen:

- → Existieren sinnvolle alternative steuerliche Gestaltungsmöglichkeiten für die Nachfolgeregelung, z.B. eine Umwandlung einer Personengesellschaft in eine AG oder GmbH?
- → Sind steuerliche Sperrfristen von fünf oder mehr Jahren zu berücksichtigen?
- → Ist bei einer familieninternen Übertragung eine vorweggenommene Erbfolge (Schenkung) steuerlich vorteilhaft?
- → Falls ein Management Buy-out (MBO) angestrebt wird: Wurde schon frühzeitig mit einer steuerlich freien Veräusserung der Aktien (Mitarbeiterbeteiligungsplan) an die Beteiligten begonnen?
- → Sind steuerfreie Möglichkeiten für den Aufbau der beruflichen Vorsorge so weit möglich genutzt worden?
- → Ist die Finanzierung vorhersehbarer/möglicher Steuerschulden sichergestellt?

Das Steuerrecht unterscheidet zwischen selbständiger und unselbständiger Erwerbstätigkeit sowie zwischen Geschäfts- und Privatvermögen.

Eine Unternehmensübertragung auf einen Nachfolger kann entgeltlich oder unentgeltlich erfolgen, wobei beim Unternehmensverkauf der verkaufende Unternehmer und die Käuferschaft unterschiedliche Ziele anstreben. Der Unternehmenswert ist dabei zentral und unabhängig von der Frage eines entgeltlichen oder unentgeltlichen Überganges zu beantworten.

Unternehmensbewertung

Eine Bewertung des Unternehmens ist nicht nur bei einem Verkauf von Bedeutung. Auch bei allen anderen Lösungsvarianten ist sie ein Bestandteil der Entscheidungsgrundlage. Der Wert des Unternehmens stellt die Ausgangslage dar, um mit Drittparteien oder interessierten Familienmitgliedern einen fairen Übernahmepreis auszuhandeln. Zusätzlich kann die Bewertung auch als Argumentation bei Kreditverhandlungen von grosser Bedeutung sein.

Die Bewertung sollte immer zukunftsorientiert sein. Sie muss daher sowohl auf Erfahrungen sowie

aktuellen und (erwarteten) zukünftigen Daten basieren, als auch künftige Marktentwicklungen und unternehmerische Risiken berücksichtigen. Sie hat zwischen gefestigten und personenbezogenen Umsatz- und Ertragsanteilen zu unterscheiden und zu gewichten. Nicht jedes personenbezogene Geschäft lässt sich problemlos an einen Nachfolger vermitteln. Grundsätzlich kann der Unternehmenswert und der Übernahmepreis nur so hoch angesetzt werden, dass der Nachfolger eine angemessene Rendite erwirtschaften kann.

Auch pharmaSuisse bietet seit einigen Jahren die Bewertung von Apotheken an. Die Beurteilung erfolgt nach ökonomischen Gesichtspunkten und respektiert aktuelle Anforderungen. Neben branchenüblichen Benchmarks auf nationaler bis regionaler Ebene werden auch Werte wie Grösse der Apotheke, Gebiet und Lage (Apotheke in einem Einkaufszentrum inkl. HMO-Praxis oder Landapotheke im Selbstdispensationsgebiet) als wichtige Punkte in die Bewertung miteinbezogen.

Sicherung des Fortbestandes des Unternehmens

Keine Nachfolgesituation ist gleich wie die andere. War es früher selbstverständlich, dass eines der Kinder das familiäre Unternehmen übernahm, wird heute die Art der Nachfolgeplanung erheblich geprägt von den Besonderheiten der Branche und der Intensität der Wettbewerbssituation. Von der familieninternen Nachfolge bis hin zur Liquidation müssen alle Lösungsvarianten in Betracht gezogen werden.

Der Unternehmer wünscht den Fortbestand seines Lebenswerkes. Er will einen fairen Preis erzielen und seine finanzielle Zukunft absichern. Der Nachfolger strebt eine tragbare und rentable Investition an. Dazu gehören auch die seiner neuen Funktion angemessenen Entscheidungsfreiheiten. Die Familie erhofft eine einvernehmliche Lösung für alle Mitglieder. Und die übrigen Beteiligten erwarten weiterhin einen zuverlässigen Geschäftspartner oder Arbeitgeber.

Wahl des Nachfolgers

Schliesslich hilft die Erstellung eines Anforderungsprofils bei der Wahl des Nachfolgers weiter. Er oder sie sollte nebst zwingenden fachlichen Qualifikationen Unternehmergeist und entsprechende Führungsfähigkeiten haben. Vielleicht soll der Nachfolger eine ähnliche Einstellung besitzen, um das aufgebaute Lebenswerk ehrwürdig weiterführen zu können. Vielleicht soll er aber auch mit anderen Ideen und Idealen neuen Schwung ins Unternehmen bringen. Auf jeden Fall erhöht ein gutes Einvernehmen zwischen abtretendem und übernehmendem Unternehmer dabei die Chancen, dass die Übernahme ein Erfolg wird.

Auch hier ein paar ausgewählte Fragen:

→ Wer soll Nachfolger sein? Ein Nachkomme? Kommt ein Management-Buy-Out (MBO) mit dem derzeitigen Verwalter in Frage? Oder eine Drittperson, evtl. eine Apothekenkette?
→ Will man als abtretender Unternehmer noch im Betrieb weiterarbeiten?
→ Soll die finanzielle und die operative Übertragung zu einem bestimmten Zeitpunkt erfolgen, oder soll es eine Schritt-für-Schritt Übertragung sein?
→ Ist man bereit, einem Jungunternehmer, der unabhängig bleiben will, einen tieferen Kaufpreis zuzugestehen? Oder gewährt man ihm allenfalls ein langfristiges Darlehen, damit er den Kaufpreis bezahlen kann? Soll es gar eine unentgeltliche Unternehmensnachfolge sein, mittels Schenkung, Erbvorbezug oder Erbschaft?

Um einen passenden Nachfolger zu finden, bietet pharmaSuisse seinen unabhängigen Mitgliedern online eine Apothekenbörse an. Diese kann Kontakte zu potenziellen, den Anforderungen entsprechenden Käufern bieten.

Soziale Verantwortung gegenüber den Mitarbeitern

Für Mitarbeitende wichtig ist die Sicherheit der Arbeitsstelle. Fehlt diese Sicherheit, kann es zu Kündigungen kommen, die auch den Fortbestand des Unternehmens gefährden. Jeder Wechsel von Kundenbetreuern oder Geschäftspartnern kann bei den Kunden zur Überprüfung ihrer Konsumgewohnheiten führen. Diese müssen deshalb überzeugt werden, dass die Leistungsfähigkeit des Unternehmens bei einem Führungswechsel unverändert bleibt.

Sicherung der Geschäftsbeziehungen zu Lieferanten und Geschäftspartnern

Von einer Nachfolgeplanung sind viele Beteiligte betroffen. Nicht nur Unternehmer und Lebenspartner, auch potenzielle Nachfolger und Nachkommen verfolgen eigene Interessen. Zum Kreis der Betroffenen gehören auch Mitgesellschafter, Investoren und Mitarbeitende sowie Kunden, Lieferanten und politische Behörden. Die Lieferanten z.B. müssen veranlasst werden, dass sie auch in Zukunft ihre Produkte liefern.

Für die Kreditgeber ist eine Nachfolgeplanung gleichbedeutend mit einer neuen Kundenbeziehung. Bei ihnen steht Bonität und Führungskompetenz des Nachfolgers im Mittelpunkt des Interesses. ▮

Die Apothekenbörse ist zu finden unter:
www.pharmasuisse.org
→ Mitgliederbereich
→ Apothekenmitglieder
→ Politik&Wirtschaft

Korrespondenzadresse
Didier Ray, Leiter Abteilung Politik & Wirtschaft pharmaSuisse
E-Mail: didier.ray@pharmasuisse.org

Quelle
Christian Kaiser, KPMG Basel, Philippe Pellaton, KPMG Bern
© WEKA Business Media AG
www.weka-finanzen.ch / RechnungswesenPraxis

Aktueller Stand, Empfehlungen und Massnahmen

Christian De Geyter[a], Christoph R. Meier[b], Danijela Pavelic Ferretti[c], Hiu Ying Kwan[c], Rudolf Stoller[c]

Venenthrombosen und Lungenembolien unter kombinierten oralen Kontrazeptiva (KOK) werden seit Mai dieses Jahres erneut breit in den Medien diskutiert. Gemäss neuer Studien liegt das Risiko venöser Thromboembolien (VTE) bei KOK mit Drospirenon im Direktvergleich zwischen jenem der 2. und der 3. Generations-KOK. Das VTE-Risiko ist während des ersten Anwendungsjahres eines KOK am höchsten. Bei den Spontanmeldungen aus der Schweiz lag in fast 40% der VTE-Fälle mindestens ein Risikofaktor vor. Eine sorgfältige und wiederholte (Familien-)Anamnese ist unerlässlich.

Im Mai 2009 wurde die Geschichte einer jungen Frau, die unter einem KOK mit Drospirenon eine zentrale Lungenembolie mit schwerer hypoxischer Hirnschädigung erlitt, in den Schweizer Medien intensiv diskutiert, wobei das Thema zum Teil unvollständig und verzerrt wiedergegeben wurde. Swissmedic legte am 29.5.2009 und 11.6.2009 auf ihrer Homepage die wichtigsten Fakten zum Risiko von VTE dar. Gemeinsam mit ihrem Human Medicines Expert Committee führte Swissmedic anschliessend eine Analyse der aktuellsten Daten und Studien zum VTE-Risiko durch. Die Ergebnisse, Empfehlungen und die vorgesehenen Massnahmen werden hier vorgestellt.

Die kardiovaskulären Risiken der «Anti-Baby-Pille» wurden bereits kurz nach deren Markteinführung Anfang 1960er Jahre bekannt. Durch Reduktion der Östrogendosis konnte in der Folge die Häufigkeit arterieller ischämischer Komplikationen und das Risiko von VTE gesenkt werden. Die KOK der ersten Generation – mit Östrogengehalt ≥50 µg – werden heute z.B. noch bei gleichzeitiger Therapie mit Enzyminduktoren eingesetzt. Die modernen KOK enthalten weniger als 50 µg Östrogen (Mikropillen) und werden anhand der Gestagen-Komponente eingeteilt: KOK der zweiten Generation enthalten Levonorgestrel, jene der dritten Generation Desogestrel oder Gestoden; zu den «antiandrogenen KOK» zählen jene mit den neueren Gestagenen Chlormadinon, Drospirenon oder dem lange eingeführten Cyproteronazetat. Die sogenannten Minipillen hingegen sind Monopräparate und enthalten nur eine Gestagenkomponente.

1995/1996 lieferten drei neue epidemiologische Studien [1,2,3] übereinstimmend Hinweise, dass nicht nur die Östrogendosis, sondern auch die Gestagen-Komponente das VTE-Risiko beeinflusst – die KOK der damals neuen dritten Generation gingen mit einem höheren VTE-Risiko einher als jene der älteren zweiten Generation. Das seltene aber potenziell lebensbedrohende VTE-Risiko wurde damals breit auch in den Medien diskutiert («pill scare»). Die Warnhinweise in Fach- und Patienteninformationen wurden stark erweitert. Seit 1998 wird wiederholt über ein höheres VTE-Risiko unter Einnahme von KOK der dritten Generation und bei Neuanwenderinnen von KOK gesprochen [4,5,6]. Die um einen Faktor 1.5 bis 2 erhöhte Thromboembolierate der dritten Generations-KOK wurde in weiteren Beobachtungsstudien wiederholt bestätigt [7].

Venöse Thromboembolien

VTE zeigen sich vor allem als tiefe Bein- oder Beckenvenenthrombosen (TVT) mit oder ohne Lungenembolie. Das Risiko einer VTE steigt mit zunehmendem Alter und ist bei Frauen höher als beim Mann. In einem bis zwei Prozent der Fälle sind VTE tödlich. Die wichtigsten Risikofaktoren in der Gesamtbevölkerung sind: (a) eine kürzlich stattgefundene längere Hospitalisation/Operation, (b) das Vorliegen einer malignen Erkrankung, (c) eine Infektion und (d) ein liegender zentralvenöser Katheter [8]. In Beobachtungsstudien hängt die gemeldete VTE-Inzidenz nicht zuletzt von der Gründlichkeit der Diagnostik ab und ist deswegen in verschiedenen Studien unterschiedlich [9]. Während früher überwiegend die Venographie eingesetzt wurde, wird heute eine TVT mehrheitlich mittels Ultraschall und eine Lungenembolie meist mittels Computertomographie diagnostiziert. Trotz der verfeinerten Diagnostik wurde im Rahmen einer seit über zehn Jahren durchgeführten systematischen Erfassung der VTE-Inzidenz in zwölf Krankenhäusern (Worcester, USA) keine signifikante Zunahme dieser Erkrankung festgestellt [8,10]. Die altersunabhängige Inzidenz von VTE beträgt somit 11.4 Fälle auf 10 000 Personen/Jahr (95% Vertrauensintervall [KI]: 10.8–12.0).

Bei jungen Frauen ist die Einnahme von KOK ein Risikofaktor für VTE. Die VTE-Inzidenzen sind je nach Studie unterschiedlich, z.B. gemäss einer umfangreichen Meta-Analyse [9] sowie einer aktuellen Kohortenstudie [11], siehe Tabelle 1. Neben Komplikationen geburtshilflicher Massnahmen sind in entwickelten Ländern VTE die Hauptursache für die maternale Mortalität in Verbindung mit Schwangerschaft und Geburt.

Thrombophilien: Bei jungen Frauen wird das Risiko einer VTE unter KOK sehr stark erhöht, wenn eine genetische Veranlagung vorliegt, wie z.B. eine heterozygote Faktor V Leiden-Mutation (Prävalenz: 5%), ein Antithrombin-Mangel, Protein S-Mangel (2%), Prothrombin G20210A (2%) oder ein Protein C-Mangel (0.03%) [12]. Die Einschätzung des individuellen Risikos einer jungen Frau wird bei der Erstverschreibung eines KOK oder bei

Tabelle 1: VTE-Inzidenz bei jungen Frauen gemäss Studien [9] und [11]

	VTE-Inzidenz per 10 000 Frauenjahre (95% KI)	Referenz
Bei Frauen ohne KOK	1.9 (1.2–2.5)	[11]
Bei Frauen mit KOK	2.1 (0.8–5.2)	[9]
	7.4 (5.2–9.6)	[11]
Bei Schwangeren	10.3 (5.5 –17.7)	[11]

Eintritt einer Schwangerschaft derzeit nicht durch eine Laboruntersuchung sondern durch eine Erhebung der Familienanamnese erfasst. Diese Angaben sind allerdings häufig lückenhaft und sollten wiederholt, bzw. vertieft erhoben werden. Ein systematisches Screening der genetischen Veranlagung einer Thrombophilie wäre heute technisch möglich, wird jedoch aufgrund gesundheitsökonomischer Überlegungen nicht allgemein empfohlen [13]. Darüber hinaus werden auch emotionale Auswirkungen auf die Betroffenen im Falle eines Mutationsnachweises angeführt [14]. Zudem scheint das Wissen um die Veranlagung zur Thrombophilie auch von betreuenden Ärzten häufig nicht genügend berücksichtigt oder gar unkorrekt beurteilt zu werden [15].

Spontanmeldungen aus der Schweiz

Spontanmeldungen erlauben, frühzeitig Sicherheitssignale, d.h. vermutete neue Risiken, zu erfassen. Da sie aber keine Aussagen über die Häufigkeit unerwünschter Wirkungen und schon gar keine vergleichenden Aussagen dazu gestatten, müssen für einen zuverlässigen Vergleich der Präparategruppen zwingend epidemiologische Studien herangezogen werden (s. u.). Unerwünschte Wirkungen neuer Präparate werden grundsätzlich häufiger berichtet als jene seit Jahren bekannter Medikamente. Mit verbessertem Meldebewusstsein und dem massiven Anstieg der Meldefrequenz in den letzten Jahren wurden Fälle präferenziell zu den neueren Präparaten gemeldet.

Seit Bestehen des behördlichen Pharmacovigilance-Zentrums (1990) bis zum 2. Juni 2009 hat Swissmedic 1460 Spontanmeldungen zu hormonalen Kontrazeptiva (inkl. Kombinationspräparate, orale Reingestagenpräparate sowie systemisch wirkende Implantate) erhalten. In dieser Zeit wurden 120 Fälle von VTE gemeldet (Tabelle 2).

Der grösste Teil der VTE-Fälle (87%) betraf antiandrogene KOK und solche der dritten Generation. Vergleicht man die «Reporting Ratio» (Anteil der VTE-Meldungen an der Gesamtheit der Meldungen zu einer Präparategruppe), die weniger von Zulassungsjahr und Meldefrequenz abhängt, liegen KOK mit Drospirenon etwas hinter jenen der dritten Generation.

Bei fast 40 Prozent aller VTE-Fälle konnte mindestens ein bekannter Risikofaktor festgestellt werden. 57 Prozent aller gemeldeten VTE ereigneten sich im ersten Anwendungsjahr; mehr als die Hälfte von diesen innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn der Einnahme.

Bis am 30.9.2009 erhielt Swissmedic insgesamt zehn Berichte über tödliche Lungenembolien, die mit hormonalen Kontrazeptiva in Verbindung gebracht wurden, d.h. mit antiandrogenen KOK (Cyproteronazetat [n=3], Drospirenon [n=2], Chlormadinon [n=1]), KOK der dritten Generation (Desogestrel [n=3]) und Reingestagenen (Desogestrel [n=1]), einer Präparategruppe, die gemäss heutigem Wissensstand das VTE-Risiko nicht erhöht. Die Erste ereignete sich 1991, die Letzte im September 2009. Die Frauen waren zwischen 18 und 49 Jahre alt, in sechs Fällen unter 30. Bei fünf Betroffenen lag mindestens ein Risikofaktor für VTE vor (Übergewicht, höheres Alter, familiäre Thromboseneigung, lange Flugreise).

Epidemiologische Studien

Die neusten vier epidemiologischen Studien untersuchen das VTE-Risiko Drospirenon-haltiger KOK (D-KOK), im Vergleich zu anderen hormonalen Kontrazeptiva [16,17,18,19]. Drei davon sind retrospektive Auswertungen von Krankengeschichten [16,18,19], eine ist eine prospektive multizentrische Studie [17], in der die Patientinnen zunächst mittels Fragebogen die auszuwertenden Informationen zu Diagnosen und Expositionen weitgehend selbst lieferten.

Die Autoren der europäischen EURAS-Studie [17] wie auch diejenigen der amerikanischen INGENIX-Studie [16] kamen zum Schluss, dass D-KOK gegenüber andern KOK kein erhöhtes VTE-Risiko aufweisen. Bei beiden Studien hat man aber nicht nur idiopathische Fälle eingeschlossen, sondern wohl auch solche mit direkten Risikofaktoren, wie z.B. einem vor Kurzem erfolgten Trauma oder einem chirurgischen Eingriff. Dies vermindert die Möglichkeit, den Einfluss der KOK auf das VTE-Risiko zu messen, und es reduziert tendenziell eine möglicherweise bestehende Risikoerhöhung durch KOK. In der INGENIX-Studie verglich man zudem das VTE-Risiko unter D-KOK-Einnahme mit demjenigen einer Vergleichsgruppe von Frauen, die ‚andere KOK' einnahm, ohne diese näher zu definieren. Trotz dieser und anderer relativer Schwächen kann man aus diesen Studien vorsichtig schliessen, dass das VTE-Risiko unter D-KOK wohl im Bereich anderer KOK liegt. Ob das Risiko eher relativ tief und vergleichbar mit demjenigen der KOK der zweiten Generation, oder allenfalls etwas höher wie bei den KOK der dritten Generation anzusiedeln ist, bleibt aber unbeantwortet.

Zwei neue epidemiologische Studien aus Holland [18] bzw. Dänemark [19]

Tabelle 2: Spontanmeldungen (CH) 1990–2.6.2009: VTE unter hormonalen Kontrazeptiva

	Anzahl Fälle	VTE Latenzzeit ≤1 Jahr	Risikofaktoren
Total VTE	120	In 57%	In 38%
Lungenembolien	70		
TVT ohne Lungenembolie	50		

Tabelle 3: VTE-Risiko bei Drospirenon-haltigen KOK im Vergleich zu anderen KOK

Präparategruppe		EURAS-Studie* [17]	INGENIX-Studie** [16]	Holländische Studie▲ [18]	Dänische Studie** [19]
Antiandrogene KOK	DRS	1.0 (Referenz)	1.0 (0.5–1.9)	6.3 (2.9–13.7)	1.64 (1.27–2.10)
2.Generations-KOK	LEV	1.0 (0.6–1.8)	—	3.6 (2.9–4.6)	1.0 (Referenz)
3.Generation-KOK	GES	—	—	5.6 (3.7–8.4)	1.86 (1.59–2.18)
	DES	—	—	7.3 (5.3–10.0)	1.82 (1.49–2.22)
«Andere OK»		—	1.0 (Referenz)	—	—
Ohne OK		—	—	1.0 (Referenz)	—

Alle Werte sind adjustiert; (…) = 95% Konfidenzintervall; * Hazard ratio; ** Rate ratio; ▲ Odds ratio;
DRS = Drospirenon; LEV = Levonorgestrel; GES = Gestoden; DES = Desogestrel.

vom August 2009 berichteten hingegen über ein erhöhtes VTE-Risiko in Zusammenhang mit D-KOK, wobei das relative VTE-Risiko zwischen jenem der KOK der zweiten und der dritten Generation lag. Die Autoren der Fall-Kontroll-Studie [18] und der Kohortenstudie [19] schlossen, wie bei der EURAS-Studie auch Nicht-Anwenderinnen von KOK in die Studie ein und verglichen das VTE-Risiko unter verschiedenen KOK mit demjenigen bei Frauen ohne KOK-Einnahme. Die Ergebnisse waren insgesamt konsistent und belegten, dass das VTE-Risiko mit steigendem Alter der Frau und höherem Östrogengehalt der Pille zunimmt, und dass das VTE-Risiko zu Beginn der Einnahme am höchsten ist und danach absinkt. Im Direktvergleich der verschiedenen KOK wurde in beiden Studien gezeigt, dass KOK der dritten Generation gegenüber denjenigen der zweiten Generation ein rund zweifach erhöhtes VTE-Risiko aufweisen. Das VTE-Risiko unter D-KOK lag etwas tiefer als bei den KOK der dritten Generation, aber höher als unter KOK der zweiten Generation (Tabelle 3). Limitationen der Studien sind u. a. das Nichterfassen von Risikofaktoren wie Übergewicht und (Familien-)Anamnese von VTE [18,19] und die weiten Konfidenzintervalle [18]. Zudem wird diskutiert, ob das VTE-Risiko der KOK der zweiten Generation in der dänischen Studie zu tief eingestuft wurde.

Zusammenfassend belegen diese vier epidemiologischen Studien erneut, dass Frauen, die KOK einnehmen, generell ein höheres VTE-Risiko haben als Nicht-Anwenderinnen, was auch für D-KOK gilt. Was die Einstufung des VTE-Risikos bei D-KOK betrifft, so scheint dieses im Direktvergleich zwischen jenem der KOK der zweiten und der dritten Generation zu liegen.

Empfehlungen und Massnahmen

Familienanamnese/ Bluttests

Bei jungen Anwenderinnen von KOK kommen VTE am häufigsten bei einer genetischen Prädisposition (Thrombophilie) oder bei Frauen mit einem Antiphospholipidsyndrom vor. So ist das VTE-Risiko bei einer Frau mit einer Mutation des Faktor V «Leiden» um das 20-Fache erhöht. Das Antiphospholipidsyndrom ist eine Autoimmunerkrankung, welche mit einer erhöhten Thromboseneigung und mit wiederholten Fehlgeburten einhergeht. Am häufigsten tritt es im Rahmen des Krankheitsbildes des Lupus erythematodes auf. Sowohl das Antiphospholipidsyndrom als auch die hereditäre Thrombophilie können anamnestisch erfasst werden und stellen Kontraindikationen für die Verschreibung eines KOK dar. Die aufgrund der gezielten Anamnese gestellte Verdachtsdiagnose beider Veranlagungen kann durch Labortests bestätigt werden.

Verschreiben von KOK

KOK sollen nur nach sorgfältiger Indikationsstellung verschrieben werden. Bei der Verschreibung von D-KOK und KOK der dritten Generation ist das Risiko von VTE besonders zu beachten. Liegt ein Risikofaktor vor, soll eine nicht-hormonelle Verhütungsmethode in Betracht gezogen werden. D-KOK sollten bevorzugt dann eingesetzt werden, wenn die antiandrogene Partialwirkung von Drospirenon therapeutisch erwünscht ist, d. h. Wunsch zur Kontrazeption bei gleichzeitig vorhandenem Hirsutismus oder Akne. Vom Rauchen ist im Hinblick auf die arteriellen Komplikationen unbedingt generell abzuraten.

Fach- und Patienteninformation

Die Arzneimittelinformation weist ausführlich auf die notwendigen Vorsichtsmassnahmen hin. Die aktuelle Mediendiskussion zeigt, dass auch die Anwenderinnen sie sorgfältig lesen und Fragen mit ihrer Ärztin/ihrem Arzt besprechen sollten.

Lungenembolien

Aufgrund der unspezifischen Symptomatik ist es schwierig, eine Lungenembolie frühzeitig zu erkennen. Die häufigsten Anzeichen sind Leistungsabnahme, Dyspnoe und Synkopen. Auch pleuritische Zeichen sollten bei jungen Frauen spezifisch zur Frage nach KOK-Einnahme und Einbezug der Lungenembolie in die Differentialdiagnose führen.

Massnahmen von Swissmedic

Im Rahmen der aktuellen Reevaluation aller KOK hat Swissmedic ein so genanntes Überprüfungsverfahren für die Drospirenon-haltigen Präparate im Vergleich zu anderen KOK eröffnet. Die wichtigsten Resultate der neuen Studien sollen in deren Arzneimittelinformationen aufgenommen werden.

Meldung vermuteter unerwünschter Wirkungen

Um Probleme wie das dargestellte VTE-Risiko beim alltäglichen Einsatz von Medikamenten weiterverfolgen zu können, ist Swissmedic auf Ihre Meldung angewiesen. Ein gelbes Meldeformular ist diesem Heft beigefügt. Sie finden es auch auf www.swissmedic.ch (→ «Direkt zu» → «Meldungen unerwünschter Wirkungen») oder als letzte Seite des Arzneimittelkompendiums. ▮

Abkürzungen

KOK kombiniertes orales Kontrazeptivum
VTE venöse Thromboembolie
TVT tiefe Venenthrombose
KI Konfidenzintervall

Referenzen

Die Liste der Referenzen ist verfügbar unter www.pharmasuisse.org oder www.swissmedic.ch.

[a] Prof. Dr. Abteilungsleiter gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Universitätsspital Basel Frauenklinik
[b] Prof. Dr. Leiter «Basel Pharmacoepidemiology Unit» & Chefapotheker Spital-Pharmazie Universitätsspital Basel
[c] Swissmedic, Schweizerisches Heilmittelinstitut, Abteilung Arzneimittelsicherheit, Bern

Korrespondenzadresse

Dr. Danijela Pavelic Ferretti PhD, Medical Reviewer,
Swissmedic, Schweizerisches Heilmittelinstitut
Hallerstr. 7
3000 Bern
E-Mail: danijela.pavelic@swissmedic.ch

Etat des lieux, recommandations et mesures prévues

Christian De Geyter[a], Christoph R. Meier[b], Danijela Pavelic Ferretti[c], Hiu Ying Kwan[c], Rudolf Stoller[c]

Depuis mai dernier, les médias ont régulièrement évoqué les thromboses veineuses et les embolies pulmonaires survenues chez des femmes prenant des contraceptifs oraux combinés (COC). Or selon de récentes études, le risque de thromboembolies veineuses (TEV) lié aux COC contenant de la drospirénone se situe, si l'on effectue une comparaison directe, entre celui des COC de 2ème et de 3ème générations. Par ailleurs, le risque de TEV est le plus élevé pendant la première année d'utilisation d'un COC. Soulignons enfin que dans près de 40 % des annonces spontanées de TEV en provenance de Suisse, au moins un facteur de risque était présent. Aussi une anamnèse (familiale) minutieuse et régulière est-elle indispensable.

En mai 2009, les médias suisses se sont largement fait l'écho du cas d'une jeune fille sous COC contenant de la drospirénone, qui a été victime d'une embolie pulmonaire centrale ayant entraîné des lésions cérébrales hypoxiques sévères. Malheureusement, le sujet a parfois été traité de manière incomplète et/ou déformée. Le 29 mai et le 11 juin 2009, Swissmedic a publié sur son site web des communiqués rappelant les faits principaux relatifs aux risques de thromboembolie veineuse (TEV). Avec le concours de son «Human Medicines Expert Committee», Swissmedic a analysé les données et les études les plus récentes sur le risque de TEV. Les conclusions, recommandations et mesures prévues sont détaillées ci-après.

Les risques cardiovasculaires de la pilule contraceptive ont été mis au jour peut après leur introduction sur le marché, au début des années 1960. Mais la réduction de la dose d'œstrogènes a par la suite permis de diminuer la fréquence des complications artérielles ischémiques ainsi que le risque de TEV. Les COC de première génération, avec ≥50 µg d'œstrogènes, sont encore utilisés aujourd'hui, par exemple en association avec des inducteurs enzymatiques. Les COC récents contiennent moins de 50 µg d'œstrogènes (micropilules) et sont classés en fonction de leurs composants progestatifs: les COC de deuxième génération contiennent du lévonorgestrel, ceux de troisième génération du désogestrel ou du gestodène. Quant aux «COC antiandrogéniques», ils contiennent les nouveaux progestatifs que sont le chlormadinone et la drospirénone ou l'acétate de cyprotérone, utilisé depuis très longtemps. Enfin, les «minipilules» ont pour seul principe actif un composant progestatif.

En 1995/1996, trois nouvelles études épidémiologiques [1,2,3] ont montré que le risque de TEV dépend non seulement de la dose d'œstrogène, mais également du composant progestatif. Par ailleurs, les COC de troisième génération, qui étaient à l'époque nouveaux, sont associés à un risque de TEV plus élevé que les pilules plus anciennes de deuxième génération. Bien que rare, la survenue d'une TEV, effet indésirable potentiellement mortel, a alors fait l'objet de débats nourris dans les médias («pill scare») et les mises en garde énoncées dans l'information destinée aux patients et dans l'information professionnelle ont été élargies. Depuis 1998, des publications ont régulièrement rappelé le risque accru de TEV chez les patientes qui prennent des COC de troisième génération et chez les nouvelles utilisatrices de COC [4,5,6]. Enfin, plusieurs études d'observation ont confirmé que le taux de thromboembolies avec les COC de la troisième génération est augmenté d'un facteur 1,5 à 2 [7].

Tableau 1: Incidence des TEV chez les jeunes femmes selon les études [9] et [11]

	Incidence de TEV pour 10 000 années-femmes (95% IC)	Réf. biblio.
Femmes sans COC	1.9 (1.2–2.5)	[11]
Femmes avec COC	2.1 (0.8–5.2)	[9]
	7.4 (5.2–9.6)	[11]
Femmes enceintes	10.3 (5.5 –17.7)	[11]

Thromboembolies veineuses

Les TEV se manifestent principalement sous deux formes: la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs ou du bassin (TVP), associée ou non à une embolie pulmonaire. Le risque de TEV augmente avec l'âge et est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Par ailleurs, dans 1 à 2% des cas, les TEV ont une issue fatale. Les principaux facteurs de risque dans la population générale sont (a) une hospitalisation prolongée/opération, (b) l'existence d'une maladie maligne, (c) une infection et (d) la pose d'un cathéter veineux central [8]. Les études d'observation ont en outre montré que l'incidence annoncée des TEV dépend grandement de la précision du diagnostic et varie donc d'une étude à une autre [9]. En effet, à la phlébographie couramment pratiquée par le passé, on préfère aujourd'hui l'échographie pour diagnostiquer la TVP et la tomographie assistée par ordinateur pour l'embolie pulmonaire. Malgré des techniques diagnostiques plus fines, le recensement depuis plus de dix ans de l'incidence des TEV dans douze hôpitaux (Worcester, Etats-Unis) n'a pas mis en évidence d'augmentation significative du nombre de cas de cette affection [8,10]. L'incidence en fonction de l'âge des cas de TEV est de 11,4 cas pour 10 000 personnes/an (intervalle de confiance [IC] 95%: 10,8–12,0).

Le risque de TEV est accru chez les jeunes femmes prenant des COC. Les incidences de TEV varient selon des études, par exemple établies par une vaste méta-analyse [9] et une étude de cohorte récente [11] (voir tableau 1 ci-dessous). Dans les pays développés, les principales causes de mortalité maternelle liée à la grossesse et à l'accouchement sont, outre les complications liées aux mesures obstétriques, les TEV.

Thrombophilies: chez les jeunes femmes, le risque de TEV sous COC est particulièrement élevé si elles présentent une prédisposition génétique, telle qu'une mutation hétérozygote du facteur V de Leiden (prévalence: 5%), un déficit en antithrombine, un déficit en protéine S

(2%), une mutation G20210A du gène de la prothrombine (2%) et un déficit en protéine C (0,03%) [12]. L'évaluation du risque individuel d'une jeune femme est faite lors de la première prescription de COC ou en début de grossesse, non pas par des analyses de laboratoire, mais par une anamnèse familiale. Or, parce que celle-ci est souvent lacunaire, il serait souhaitable qu'elle soit refaite et approfondie. Par ailleurs, un dépistage systématique d'une anomalie génétique à l'origine d'une thrombophilie serait aujourd'hui techniquement possible, mais il est en général déconseillé pour des raisons de coûts pour le système de santé [12]. Autre motif invoqué: les conséquences psychologiques pour les personnes concernées en cas de découverte d'une mutation génétique [14]. Enfin, il paraît que même lorsque l'existence d'une thrombophilie est connue des médecins traitants, ils n'en tiennent pas suffisamment compte [15].

Annonces spontanées en Suisse

Les annonces spontanées permettent d'enregistrer précocement des signaux de sécurité, c'est-à-dire de possibles nouveaux risques. Comme elles ne permettent pas de déterminer la fréquence des effets indésirables et encore moins d'en tirer des conclusions comparatives, il est indispensable de se fonder sur des études épidémiologiques pour pouvoir faire des comparaisons fiables entre les groupes de préparations (cf. infra). Les effets indésirables des nouvelles préparations sont rapportés plus fréquemment que ceux des médicaments connus de longue date. Une plus grande prise de conscience de l'importance des annonces et l'augmentation massive de la fréquence des annonces des dernières années a conduit à la saisie d'annonces portant de préférence sur de nouvelles préparations.

Depuis la création du Centre de pharmacovigilance en 1990 et jusqu'au 2 juin 2009, Swissmedic a reçu 1460 annonces spontanées relatives à des contraceptifs hormonaux (y compris COC, progestatifs seuls et implants à effet systémique). Pendant cette période, 120 cas de TEV ont été annoncés (cf. tableau 2).

La grande majorité des cas de TEV (87%) étaient associés à des COC antiandrogéniques et à des COC de troisième génération. Si l'on tient compte du «Reporting Ratio» (proportion d'annonces de TEV par rapport au nombre total d'annonces liées à des contraceptifs hormonaux), qui dépend moins de la fréquence d'annonce et de l'année de l'annonce, les COC avec drospirénone arrivent derrière ceux de troisième génération.

Dans près de 40% des cas de TEV, au moins un facteur de risque a pu être identifié. 57% des annonces de TEV ont été faites au cours de la première année d'utilisation, et la moitié d'entre elles au cours des trois premiers mois qui ont suivi le début de la contraception hormonale.

Jusqu'au 30 septembre 2009, Swissmedic a reçu au total dix annonces d'embolies pulmonaires ayant entraîné un décès mis en relation avec des contraceptifs hormonaux, c'est-à-dire avec des COC antiandrogéniques (acétate de cyprotérone [n=3], drospirénone [n=2], chlormadinone [n=1]), des COC de troisième génération (désogestrel [n=3]) et des progestatifs seuls (désogestrel [n=1]), un groupe de préparations qui, au vu des connaissances actuelles, n'augmente pas le risque de TEV. La première a eu lieu en 1991 et la dernière en septembre 2009. Les femmes avaient entre 18 et 49 ans, et six d'entre elles avaient moins de 30 ans. Enfin, cinq femmes présentaient au moins un facteur de risque de TEV (surpoids, âge élevé, prédisposition familiale aux thromboses, vols de longue durée).

Etudes épidémiologiques

Quatre études épidémiologiques très récentes ont analysé le risque de TEV des COC contenant de la drospirénone (COC-D) et l'ont comparé à celui d'autres contraceptifs hormonaux [16,17,18,19]. Trois études sont des analyses rétrospectives de dossiers médicaux [16,18,19], une est une étude prospective multicentrique [17] dans laquelle les patientes donnaient initialment elles-mêmes des informations sur les diagnostics et sur les expositions en répondant à un questionnaire.

Les auteurs de l'étude européenne EURAS [17] et ceux de l'étude américaine INGENIX [16] sont tous parvenus à la conclusion que les COC-D n'entraînent pas de risque supérieur aux autres COC. Ces deux études ont inclus, outre des cas idiopathiques, également des cas présentant des facteurs de risque directs, tels qu'un trauma récent ou une opération chirurgicale. Ceci réduit la possibilité de mesurer l'effet des COC sur le risque de TEV et tend à minimiser une éventuelle augmentation du risque induit par les COC. L'étude INGENIX a par ailleurs comparé le risque de TEV chez des femmes prenant des COC-D avec celui d'un groupe témoin composé de femmes qui prenaient d'«autres COC», sans que ces derniers ne soient plus précisément définis. Malgré ce point faible qui s'ajoute à d'autres insuffisances de ces études, il est possible d'en conclure avec prudence que le risque de TEV sous COC-D est du même ordre que celui d'autres COC. En revanche, on ignore toujours si ce risque doit être considéré comme relativement faible et comparable à celui des COC de deuxième génération ou légèrement supérieur à l'instar de celui associé aux COC de troisième génération.

Deux nouvelles études épidémiologiques réalisées aux Pays-Bas [18] et au

Tableau 2: Annonces spontanées en Suisse – TEV sous contraceptifs hormonaux 1990–2. 6. 2009

	Nb de cas	Temps de latence TEV ≤1 an	Facteurs de risque
Total TEV	120	chez 57%	chez 38%
Embolies pulmonaires	70		
TVP sans embolie pulm.	50		

Tableau 3: Risque de TEV lié aux COC contenant de la drospirénone comparé à ce même risque associé aux autres COC

Groupe de préparations		Etude EURAS* [17]	Etude INGENIX** [16]	Etude hollandaise▲ [18]	Etude danoise** [19]
COC antiandrogéniques	DRS	1.0 (référence)	1.0 (0.5–1.9)	6.3 (2.9–13.7)	1.64 (1.27–2.10)
COC 2e génération	LEV	1.0 (0.6–1.8)	—	3.6 (2.9–4.6)	1.0 (référence)
COC 3e génération	GES	—	—	5.6 (3.7–8.4)	1.86 (1.59–2.18)
	DES	—	—	7.3 (5.3–10.0)	1.82 (1.49–2.22)
«Autres CO»		—	1.0 (référence)	—	—
Sans CO		—	—	1.0 (référence)	—

Toutes les valeurs sont ajustées; (…) = 95% intervalle de confiance; *Hazard ratio; **Rate ratio; ▲Odds ratio; DRS = drospirénone; LEV = lévonorgestrel; GES = gestodène; DES = désogestrel.

Danemark [19] et publiées en août 2009 faisaient en revanche état d'un risque de TEV accru avec les COC-D, le risque relatif de TEV se situant entre les COC de deuxième et de troisième générations. Les auteurs de l'étude cas-contrôles [18] et de l'étude de cohorte [19] ont également inclus, comme dans l'étude EURAS, des femmes qui ne prenaient pas de COC et ont comparé le risque de TEV sous différents COC à celui des femmes qui ne prenaient pas de COC. Les résultats étaient globalement cohérents et prouvaient d'une part que le risque de TEV augmente avec l'âge de la femme et avec la teneur en œstrogènes de la pilule, et d'autre part que le risque de TEV est le plus élevé au début du traitement et qu'il diminue par la suite. La comparaison directe des différents COC a une nouvelle fois montré que les COC de troisième génération présentent un risque de TEV presque deux fois plus élevé que les COC de deuxième génération. Enfin, le risque de TEV sous COC-D était inférieur à celui lié aux COC de troisième génération, mais supérieur à celui associé aux COC de deuxième génération (cf. tableau 3). Ces études sont limitées par le fait que certains facteurs de risque, tels que le surpoids ou les antécédents familiaux n'ont pas été considérés, et par la largeur des intervalles de confiance. Par ailleurs dans l'étude danoise la question d'une sous-estimation du risque de TEV des COC de deuxième génération reste ouverte.

En résumé, ces quatre études épidémiologiques démontrent une nouvelle fois que les femmes qui prennent des COC ont globalement un risque de TEV plus élevé que celles qui n'en prennent pas, ce constat étant également vrai pour les COC-D. En ce qui concerne le risque de TEV lié aux COC-D, il apparaît, si l'on fait une comparaison directe, qu'il se situe entre celui des COC de deuxième génération et des COC de troisième génération.

Recommandations et mesures

Anamnèse familiale/tests sanguins

Chez les jeunes utilisatrices de COC, des TEV se produisent le plus fréquemment chez celles qui présentent une prédisposition génétique (thrombophilie) ou chez les femmes qui sont atteintes du syndrome des antiphospholipides. Ainsi le risque de TEV est vingt fois supérieur chez les femmes présentant une mutation du facteur V de Leiden. Le syndrome des antiphospholipides est une maladie autoimmune caractérisée par une tendance accrue aux thromboses et des fausses-couches répétées. En général, le syndrome des antiphospholipides apparaît souvent dans un tableau clinique de lupus érythémateux. Tant le syndrome des antiphospholipides que la thrombophilie héréditaire peuvent être dépistés par une anamnèse et représentent des contre-indications à la prescription d'un COC. En cas de suspicion de ces anomalies génétiques au vu de l'anamnèse, le diagnostic peut être confirmé par des analyses de laboratoire.

Prescription de COC

Les COC ne doivent être prescrits qu'après détermination minutieuse de l'indication. Lors de la prescription de COC-D et de préparations de troisième génération, il convient de prendre particulièrement en compte le risque de TEV. Si la patiente présente un facteur de risque, il convient d'envisager une méthode contraceptive non hormonale. Les COC-D doivent être utilisés essentiellement lorsque l'effet partiel antiandrogénique du progestatif qu'est la drospirénone est souhaité pour des raisons thérapeutiques, c'est-à-dire à des fins contraceptives chez des femmes souffrant d'hirsutisme ou d'acné. Ajoutons qu'il est fortement déconseillé de fumer, afin de limiter les risques de complications artérielles.

Information professionnelle et information destinée aux patients

L'information sur le médicament énonce en détail les mesures de précaution à observer. Quant à l'actuelle médiatisation de ce dossier, elle montre qu'il est souhaitable que les utilisatrices lisent elles aussi attentivement l'information sur le médicament et qu'elles posent leurs éventuelles questions à leur médecin.

Embolies pulmonaires

Du fait de sa symptomatologie non spécifique, il est difficile de poser précocement un diagnostic d'embolie pulmonaire. Les signes les plus fréquents sont une performance physique, une dyspnée et des syncopes. En particulier, si des jeunes femmes se présentent avec des signes pleuraux, il faudrait penser à leur demander si elles prennent des COC et considérer l'embolie pulmonaire comme diagnostic différentiel.

Mesures introduites par Swissmedic

Dans le cadre de la réévaluation en cours de tous les COC, Swissmedic a ouvert une «procédure de révision» qui compare toutes les préparations contenant de la drospirénone aux autres COC. Les principaux résultats des nouvelles études seront en outre intégrés dans leurs informations respectives.

Annonce d'effets indésirables suspectés

Pour que Swissmedic puisse poursuivre la surveillance du risque de TEV associé à la prise quotidienne de médicaments, vos annonces lui sont indispensables. C'est pourquoi un formulaire jaune prévu à cet effet a été inséré dans la présente édition. Mais vous pouvez aussi le télécharger sur le site de Swissmedic www.swissmedic.ch (→ «Accès direct à» → «Annonces d'effets indésirables») ou le trouver en dernière page du Compendium suisse des médicaments. ▮

Abréviations:

COC contraceptifs oraux combinés
TEV thromboembolie veineuse
TVP thrombose veineuse profonde
IC intervalle de confiance

Références

La liste des références bibliographiques est disponible sur le site www.pharmaSuisse.org ou sur celui de Swissmedic: www.swissmedic.ch.

[a] Prof. Dr méd, chef du service Endocrinologie gynécologique et médecine de la reproduction de l'Hôpital universitaire de Bâle, Clinique gynécologique
[b] Prof. Dr, responsable de la «Basel Pharmacoepidemiology Unit» & pharmacien chef de la pharmacie hospitalière de l'Hôpital universitaire de Bâle
[c] Swissmedic, Institut suisse des produits thérapeutiques, division Sécurité des médicaments, Berne

Adresse de correspondance

Dr Danijela Pavelic Ferretti PhD, Medical Reviewer,
Swissmedic, Institut suisse des produits thérapeutiques
Hallerstr. 7
3000 Berne
E-mail: danijela.pavelic@swissmedic.ch

Apotheker der Zukunft – wie weiter?

Helene Rüedlinger

Unser Berufsumfeld befindet sich im Umbruch – sowohl in der Schweiz, als auch international. In der Zeit der Selbstdispensation, der Versandapotheken und der Telemedizin stellen sich immer mehr Fragen zu den Zukunftsaussichten junger Apotheker und zur Rolle des Apothekers im Allgemeinen. Die «traditionelle Apotheke» muss sich weiterentwickeln. Für eine optimale Integration in das Gesundheitswesen von morgen sind die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Kommunikation zwischen den Partnern unabdingbar. Die zahlreichen Veränderungen im modernen Umfeld lassen Zweifel und Unsicherheiten aufkommen. Auch die neuen pharmazeutischen Ansätze im Gesundheitswesen der Zukunft verunsichern.

Am 26. November 2009 von 10.00 bis 14.00 Uhr findet vor der Generalversammlung von pharmaSuisse das swissYPG-Symposium statt. Unter dem Titel «Apotheker der Zukunft – wie weiter?» zeigen drei Referenten neue, spannende Möglichkeiten zur Ausübung unseres Berufes auf. Neben interessanten Erfahrungen im pharmazeutischen Bereich aus dem nahen und fernen Ausland werden am Symposium die aktuellsten Themen unseres Gesundheitswesens diskutiert. Nachfolgend das detaillierte Programm:

Change management in the context of pharmacy practice
Prof Dr S.I. (Charlie) Benrimoj, Professor of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmacy, University of Sydney, Australia

Fortschritte in der Apotheken Praxis und Pharmazeutische Betreuung
Dr J. W. Foppe van Mil, Pharmacy Practice consultant and Editor-in-Chief of Pharmacy, World & Science, The Netherlands

De la RBP (=LOA) au nouveau rôle du pharmacien dans le système de santé de demain
Dr Marcel Mesnil, PD, Generalsekretär pharmaSuisse

Anschliessend finden eine Podiumsdiskussion und ein Stehlunch statt.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann melden Sie sich noch heute per E-Mail für das swissYPG Symposium 2009 an (swissYPG@pharmaSuisse.org). Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage www.swissYPG.org. Wir freuen uns auf Ihr zahlreiches Erscheinen! ▮

Korrespondenzadresse
Vorstand swissYPG
Helene Rüedlinger
E-Mail: swissYPG@pharmaSuisse.org

Quelles perspectives pour le futur du pharmacien?

Helene Rüedlinger

Notre milieu professionnel est en profonde mutation, tant en Suisse qu'au niveau international. Entre la dispensation médicale, l'envoi postal et autre téléconsultation, plusieurs questions se posent sur les perspectives de futur pour le jeune pharmacien et la place qu'il pourra y occuper. La «pharmacie traditionnelle» est amenée à évoluer. Pour une bonne intégration dans le système de santé de demain, l'interdisciplinarité et la communication entre professionnels sont essentielles. Plusieurs craintes et incertitudes peuvent être générées par les nombreux changements auxquels nous serons confrontés, et surtout par les réponses que nous pourrons apporter.

Le symposium swissYPG, sous le titre «Quelles perspectives pour le futur du pharmacien?», aura lieu le 26 novembre de 10 heures à 14 heures, soit avant l'assemblée générale de pharmaSuisse. C'est dans ce cadre que les orateurs nous montreront des approches nouvelles et passionnantes de la pratique de notre profession. Des expériences internationales dynamiques et motivantes, tant voisines que lointaines, seront ainsi présentées à l'occasion de cette rencontre des plus actuelles. Le programme détaillé est le suivant:

Change management in the context of pharmacy practice
Prof Dr S.I. (Charlie) Benrimoj, Professor of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmacy, University of Sydney, Australia

Fortschritte in der Apotheken Praxis und Pharmazeutische Betreuung
Dr J. W. Foppe van Mil, Pharmacy Practice consultant and Editor-in-Chief of Pharmacy, World & Science, The Netherlands

De la RBP (=LOA) au nouveau rôle du pharmacien dans le système de santé de demain
Dr Marcel Mesnil, privat-docent, secrétaire general de pharmaSuisse

Le symposium se terminera par une table ronde avec questions et discussions puis par un apéritif dînatoire.

Nous vous avons interpellés? Alors nous vous invitons à prendre part au symposium swissYPG et vous inscrire par mail (swissYPG@pharmaSuisse.org). De plus amples informations sont disponibles sur le site www.swissYPG.org. Nous nous réjouissons par avance de pouvoir vous accueillir nombreuses et nombreux. ▮

Adresse de correspondance
Comité swissYPG
Helene Rüedlinger
E-mail: swissYPG@pharmaSuisse.org

22 | 11.2009

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 5.11.2009, 147. Jahrgang

Nr. | No
22



Pandemische Grippe

Impf-Empfehlungen des BAG **S. 13**

Grippe pandémique

Recommandations de vaccination de l'OFSP **p. 17**

→ Pharmazie und Medizin · Pharmacie et médecine

AKA: Off-Label-Use bei Psychopharmaka

CMPS: utilisation «off label» des médicaments psychotropes

Impfen gegen Pandemie

Vaccination contre la pandémie

→ Politik · Politique

Komplementärmedizin in der Pharmakopöe

Médecine complémentaire dans la Pharmacopée

→ Markt · Economie

Das STIZ im Gespräch

Entretien avec le CSIT

Psychopharmaka – Off-Label-Use (1/2)

Pierre Baumann, Pierre Voirol

Regelmässig stellt sich dem Apotheker die Frage, ob ein Rezept für psychotrope Arzneimittel nicht eine Rückfrage beim behandelnden Arzt erfordert, da die Verschreibung off label erfolgt ist, d. h. offenbar bezüglich Diagnose, Demographie, Dauer oder Dosis nicht einer offiziell zugelassenen Anwendung entspricht. In diesem Beitrag wird das Dilemma zwischen den behördlich genehmigten Informationstexten, den von Experten verfassten Empfehlungen (Guidelines) und der Praxis dargestellt. In Teil 1 wird der Off-Label-Use in den Bereichen Diagnose/Indikation, Demographie und Dauer diskutiert, in Teil 2, der in der nächsten Nummer des pharmaJournals erscheint, die Verschreibung von Dosierungen ausserhalb des zugelassenen Bereiches.

Die Pharmakotherapie spielt bei der Behandlung von psychischen Krankheiten neben der Psycho- und der Soziotherapie eine essenzielle Rolle. Noch vor etwa 20 Jahren war die Einteilung von Psychopharmaka übersichtlich: Die Indikation für Antidepressiva war eindeutig eine depressive Erkrankung, Antipsychotika waren die Mittel der Wahl für die Behandlung einer Schizophrenie und anderer Psychosen. Durch die klinische Forschung stellte es sich inzwischen heraus, dass sich gewisse Medikamente oder gar Medikamentenklassen neben ihrer Erstindikation auch für die Behandlung anderer Pathologien eignen. Je nach Land und Firma wurden dann zahlreiche Psychopharmaka sukzessive für neue Indikationen eingeführt: Die meisten Antidepressiva sind inzwischen für die Behandlung von Angststörungen zugelassen [1–3], verschiedene Antipsychotika sind erwiesenermassen für die Behandlung von bipolaren Störungen wertvoll. Die Wirksamkeit mancher Antiepileptika ist bei der bipolaren Störung inzwischen auch anerkannt und sie wurden dementsprechend für diese Indikation eingeführt [4–9].

Trotz dieser Öffnung gibt es zahlreiche Situationen, bei denen Medikamente «off label» verwendet werden.

Definition des Off-Label-Use

2006 haben die Schweizerische Kantonsapothekervereinigung und Swissmedic den Off-Label-Use folgendermassen definiert (www.swissmedic.ch; Off-Label_Use_Schlusspapier.pdf): Ein «Off-Label-Use» eines Arzneimittels liegt vor, wenn ein von einer entsprechenden Behörde (Schweiz oder Ausland) für den freien Vertrieb zugelassenes Arzneimittel nicht entsprechend den genehmigten Informationstexten (Fachinformation; Summary of product characteristics (SPC)) eingesetzt wird, wie sie beispielsweise in der Schweiz im Arzneimittelkompendium veröffentlicht werden [10]. Am häufigsten ist ein Off-Label-Einsatz bei einer anderen (oder abgewandelten) Indikation, in einer anderen Dosierung (z. B. Dosis, Zeitintervall, Infusionsgeschwindigkeit), bei einer anderen Patientenpopulation (z. B. Alter, Geschlecht) oder in Abänderung der technisch-pharmazeutischen Vorgaben (z. B. Verlängerung der Haltbarkeitsfrist, Verwendung eines anderen Lösungsmittels, andere Mischungen). Der Off-Label-Use darf nicht verwechselt werden mit dem Begriff «unlicensed use» (wörtlich: unerlaubte Verwendung) eines Arzneimittels: Für das betroffene Medikament liegt überhaupt keine (spezifisch schweizerische) behördliche Zulassung vor.

Das Royal College of Psychiatrists hat sich mit dem Off-Label-Use in der psychiatrischen Praxis auseinandergesetzt (www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr142.pdf; Januar 2007). Es hat in einer Übersichtsarbeit vier Situationen von Off-Label-Verschreibungen definiert, die man sich als die «4 D» merken kann: Diagnose («disorder»), Demographie, Dosis, Dauer (Tabelle 1).

Verantwortung bei Off-Label-Verschreibungen

Es gibt zahlreiche Situationen, in denen der verschreibende Arzt in Anbetracht von klinisch schwierigen oder gar aussichtslosen Situationen Mühe hat, sich strikte an die in den SPC enthaltenen Weisungen zu halten und auf Grund von Guidelines und anderen Richtlinien eine Off-Label-Verschreibung wagt. Gemäss dem oben zitierten Off-Label-Use Schlusspapier (2006) hat der Arzt die Pflicht, den Patienten über eine Off-Label-Verschreibung zu informieren und sein Einverständnis einzuholen. Ebenso wird dort die pharmazeutische Sorgfaltspflicht definiert: «Der Apothekerin oder dem Apotheker obliegt

Tabelle 1. Off-Label-Verschreibung von psychotropen Pharmaka: Die «4 D»: Diagnose, Demographie, Dosis, Dauer [11]

Off-Label-Kategorie	Beschreibung	Beispiel
Diagnose («Disorder»)	Verschreibung eines Medikamentes für welches keine Verschreibungsbewilligung für die zu behandelnde *psychiatrische Störung* vorliegt	Topiramat bei Sucht
Demographie	Verschreibung eines Medikamentes für welches ausdrücklich keine Verschreibungsbewilligung für eine *Bevölkerungsgruppe* vorliegt	Antipsychotika bei Kindern und Adoleszenten
Dosis	Verschreibung von *Dosen ausserhalb des* in der Verschreibungsbewilligung *zugelassenen Bereiches*	Bei Non-response, Verschreibung von Antidepressiva in höheren als zugelassener Dosis
Dauer	Verschreibung eines Medikamentes über die in der Verschreibungsbewilligung erlaubten *Dauer*	Langzeitbehandlung von Schlafstörungen mit Benzodiazepinen

zunächst die Validierung ärztlicher Verschreibungen. In Zweifelsfällen ist mit der verschreibenden Fachperson Rücksprache zu nehmen oder unter Umständen sogar die Ausführung der ärztlichen Verschreibung zu verweigern.»

Für den Apotheker, der in erster Linie nur das Rezept vor sich hat und oft nur über spärliche Informationen vom Patienten verfügt, ist die Validierung der Verschreibung eine schwer zu erfüllende Aufgabe.

Rückerstattung von Off-Label-Verschreibungen

In Deutschland gab es im Jahre 2002 eine Rechtsprechung, wonach eine Off-Label-Verschreibung zu Lasten der Krankenkassen nur zulässig ist, wenn es sich um eine schwere, lebensbedrohliche oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung handelt. Es darf keine andere Therapie verfügbar sein und es muss auf Grund von Studien eine gute Aussicht bestehen, dass das Off-Label-Präparat zu einem Behandlungserfolg führt [12]. Die Klinik zeigt, dass diese Bedingungen bei vielen psychiatrischen Patienten erfüllt sind und prinzipiell sind deshalb Off-Label-Verschreibungen von psychotropen Pharmaka in bestimmten Situationen indiziert. In der Schweiz besteht grundsätzlich keine Vergütungspflicht von off label verschriebenen Medikamenten durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

Die folgenden Ausführungen diskutieren Off-Label-Verschreibungen in der Psychiatrie geordnet nach den «4 D»: Diagnose, Demographie und Dauer. Ausführungen zu Off-Label-Dosen folgen in der nächsten Nummer des pharmaJournal.

Diagnose

Drei Situationen sind allgemein bekannt:

1. Ein für andere Indikationen eingeführtes Medikament wird für eine bestimmte psychiatrische Erkrankung verschrieben, für welche keine offizielle Zulassung des Wirkstoffes vorliegt. Dies ist häufig der Fall unter der Annahme, dass es auf Grund seines Wirkmechanismus oder infolge von klinisch vielversprechenden Studien für diese Indikation geeignet sein sollte.

Beispiel: Die Behandlung von Suchtkrankheiten kann heute als eine der grössten Herausforderungen in der Psychiatrie angesehen werden. Dies erklärt, warum alle möglichen Behandlungsstrategien untersucht wurden, so auch die Verwendung von Topiramat bei Opiatentzug. Zumindest in der Westschweiz hatten einigermassen vielversprechende Untersuchungen [13] zur Folge, dass Topiramat für diese Indikation häufiger eingesetzt wurde. Dies bewog 2008 den Hersteller zu einem Schreiben an die Ärzteschaft, um sie vor der Off-Label-Verschreibung ihres Produktes für einen Opiatentzug zu warnen.

Auffallend ist die zunehmende Häufigkeit der Verschreibung von atypischen Antipsychotika bei anderen als den klassischen Indikationen und in Bevölkerungsgruppen, bei denen solche Medikamente gar nicht oder nur beschränkt zugelassen sind [16,17]. Bei Erwachsenen werden sie gerne für affektive Störungen und Demenz verschrieben, bei Adoleszenten für ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder; Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung). In einer systematischen Übersicht über klinische Studien zur Verwendung atypischer Antipsychotika ausserhalb der üblichen Indikationen gab es ca. 20 verschiedene Anwendungsgebiete, zum Beispiel Spielsucht, Persönlichkeitsstörungen, Tics und Tourette-Störungen, Trichotillomanie, Verhaltensstörungen, Anorexie. Das sind alles Pathologien, für die kaum ein pharmakotherapeutisches Instrumentarium zur Verfügung steht, die aber für den behandelnden Arzt eine grosse Herausforderung darstellen [18].

Am Beispiel der komplexen bipolaren Störung sollen in Tabelle 2 die Unterschiede zwischen den Angaben in der Fachinformation und denen in den sehr beachteten CANMAT Guidelines (Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments) bezüglich der Medikamente der ersten Wahl zur Behandlung von akuten Episoden und der Erhaltungstherapie gezeigt werden [4].

2. Das Medikament ist gemäss klinischen Studien als Monotherapie in dieser Indi-

Tabelle 2. Behandlung von bipolaren Störungen: CANMAT Empfehlungen von Medikamenten erster Wahl («First line treatment») [4]

Bipolare Störung	Medikamente resp. Kombinationen [4]	Indikation nach Arzneimittelkompendium 2009
Akute Manie	Lithium, Divalproat*, Olanzapin, Risperidon, Quetiapin, Quetiapin (Retardpräparat), Aripiprazol, Ziprasidon Lithium oder Divalproat + Risperidon Lithium oder Divalproat + Quetiapin Lithium oder Divalproat + Olanzapin Lithium oder Divalproat + Aripiprazol	Lithium, Carbamazepin, Valproat, Aripiprazol, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon
Akute bipolare I Depression	Lithium, Lamotrigin, Quetiapin, Quetiapin (Retardpräparat) Lithium oder Divalproat + SSRI Olanzapin + SSRI Lithium + Divalproat Lithium oder Divalproat + Bupropion	Lithium, Quetiapin, Antidepressiva (a)
Erhaltungstherapie bei einer bipolaren Störung I	Lithium, Lamotrigin (beschränkte Wirkung für eine Prophylaxe einer manischen Phase), Divalproat, Olanzapin, Quetiapin Lithium oder Divalproat + Quetiapin, Risperidon (Depotform), zusätzlich Risperidon (Depotform), Aripiprazol (hauptsächlich für die Prävention einer manischen Phase), Zugabe von Ziprasidon	Lithium, Carbamazepin, Aripiprazol
Akute bipolare II Depression	Quetiapin	–
Erhaltungstherapie bei einer bipolaren II Störung	Lithium, Lamotrigin	–

(a) Das Compendium erwähnt nicht spezifisch die Indikation für Antidepressiva bei einer Depression im Rahmen einer bipolaren Störung

* Divalproat ist das Dimer von Valproat

kation unwirksam, und es ist deshalb auch nicht zugelassen. Andere Studien haben jedoch gezeigt, dass es als «Augmentor» geeignet ist, nämlich als Zusatzmedikation zu einem für diese Pathologie zugelassenen aber bei diesem Patienten ungenügend wirksamen Medikament.

Beispiel: Nach einer fachlich korrekten Behandlung einer Major Depression mit einem dafür zugelassenen Antidepressivum weisen leider generell ca. ein Drittel der Patienten eine ungenügende Response auf. Lithium ist bei einer monopolaren akuten Depression unwirksam und nicht zugelassen. Als Zusatzmedikation («Augmentor») kann es jedoch oft die depressive Symptomatik innerhalb weniger Tage spektakulär verbessern. Lithium hat inzwischen eine Indikation für diese Anwendung als «Augmentor» erhalten, aber nicht Thyroidhormone, für welche ähnliche Ergebnisse vorliegen [14].

3. Das Off-Label-Präparat wird als Zusatzmedikation zu einem für die vorliegende Indikation zugelassenen Medikament verschrieben, um dessen Nebenwirkungen zu mindern. Selbstverständlich wäre es besser, eine Medikation zu wählen, welche keine Komedikation benötigt, um Nebenwirkungen zu bekämpfen. Die Praxis zeigt aber, dass dies nicht immer möglich ist.

Beispiel: Zahlreiche Antipsychotika wie auch manche Antidepressiva weisen als Nebenwirkung eine Gewichtszunahme auf. Eine manchmal durchaus wünschenswerte und sehr häufige Nebenwirkung vom Antiepileptikum Topiramat ist Gewichtsverlust, weshalb dieser Wirkstoff gerne, aber off label zur Behandlung der unerwünschten Gewichtszunahme bei Olanzapin empfohlen wird [15].
Beispiel: Eine typische Nebenwirkung von serotonergen Antidepressiva (SSRI) sind sexuelle Störungen, welche mit Mirtazapin behandelt werden können. Deshalb wird Mirtazapin gerne als Zusatzmedikation in geringeren als üblichen Dosen empfohlen. Da Mirtazapin selbst nur als Antidepressivum aber nicht für die Behandlung von sexuellen Funktionsstörungen bei mit SSRI behandelten depressiven Patienten eingeführt wurde, handelt es sich hier im Grunde genommen um eine Off-Label-Indikation.

Demographie

Viele psychotrope Pharmaka sind entweder mangels klinischer Studien, die deren Wirksamkeit und Verträglichkeit belegen, oder mangels Interesse der Hersteller nicht für alle Bevölkerungsgruppen eingeführt worden. Antidepressiva, Moodstabilizer und Antipsychotika sind für schwangere Frauen allgemein nicht zugelassen, was den behandelnden Arzt in eine echte Gewissensnot bringt. Die Unterbrechung einer erfolgreichen medikamentösen Behandlung einer Depression, einer bipolaren Störung oder einer Schizophrenie erhöht das Rückfallrisiko. Welche Situation ist schädlicher: Das oft geringe Risiko von Teratogenität vieler Psychopharmaka oder das psychische Leiden der werdenden Mutter, welches sich auch auf den Foetus auswirken kann? Zu dieser Fragestellung gibt es kaum seriöse wissenschaftliche Untersuchungen! Es ist deshalb eine Reevaluation der klinischen Situation und der aktuellen Medikation durch den Arzt notwendig, welcher dann gegebenenfalls die bisherige durch eine risikoärmere Medikation ersetzt.

Eine besondere Gruppe sind Kinder und Adoleszente. Für sie sind nur wenige Medikamente für die Behandlung von relativ häufigen psychiatrischen Störungen wie frühe Psychosen, Schizophrenien und Depressionen zugelassen. Es gilt auch hier für den Arzt, das Nutzen-Risiko-Verhältnis abzuwägen.

Gewisse Medikamente sind zwar für spezielle Bevölkerungsgruppen zugelassen, aber z. B. ist für das Antidepressivum Reboxetin die maximale Dosis bei Patienten >65 Jahren geringer als bei jüngeren Patienten.

Dauer

Noch bis Ende der siebziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts wurde empfohlen, schon nach wenigen Wochen oder Monaten nach einer erfolgreichen Behandlung einer akuten Depression das Antidepressivum auf eine um ca. 50 Prozent niedrigere «Erhaltungsdosis» umzustellen. Inzwischen ist klar geworden, dass eine Behandlung mit der gleichen Dosis, mit welcher der Therapieerfolg erzielt wurde, während mindestens 6–12 Monaten weitergeführt werden soll [14]. Zudem hat es sich gezeigt, dass bei einer rekurrenten Depression, also nach einer Depression, die durch mehr oder weniger regelmässig erscheinende Rückfälle charakterisiert ist, die Medikation während mindestens 3–5 Jahren in voller Dosis weiterverabreicht werden soll.

Bei der Behandlung der Schizophrenie und anderer Psychosen ist schon länger bekannt, dass «therapeutische Fenster», das bedeutet hier, ein Unterbruch der Medikation für Wochen oder Monate, die Rückfallquote erheblich erhöhen. Es kann aber Medikamente geben, welche auf Grund mangelnder Langzeitstudien oder aus anderen Gründen nicht für eine jahrelange Behandlung im Sinne einer Prävention zugelassen waren, und deshalb die Gefahr besteht, sie bei chronischen Patienten off label zu verschreiben.

Beispiel: Gemäss Fachinformation gibt es für die Verschreibung von Risperidon für die Behandlung einer Schizophrenie keine Beschränkung der Dauer, nach der gleichen Quelle müsste jedoch bei schwerem aggressivem Verhalten oder bei schweren psychotischen Symptomen bei einer Demenz die Behandlung mit Risperidon nach drei Monaten abgebrochen und nur bei Wiederauftreten der Symptome darf die Behandlung wieder aufgenommen werden. Ähnliche Anweisungen liegen für die Behandlung von bipolaren Störungen (manische Phase) mit Risperidon vor.

Einen besonderen Platz nehmen die Benzodiazepine für die Behandlungen von Angst- und Schlafstörungen ein. Grund dafür ist der Verlust an Wirksamkeit nach einer bestimmten Behandlungsperiode infolge Toleranz, aber auch ein Abhängigkeitsrisiko, weshalb deren Verschreibung in vielen Ländern zeitlich begrenzt ist.

Rolle der Apotheker

Diagnose

Wie eingangs erwähnt, obliegt der Apothekerin oder dem Apotheker die Validierung ärztlicher Verschreibungen. Dazu gehört auch die Überprüfung der Vollständigkeit des Rezeptes (Dosis usw.) Gegebenenfalls ist mit der verschreibenden Fachperson Rücksprache zu nehmen oder unter Umständen sogar die Ausführung der ärztlichen Verschreibung zu verweigern.

Greift man auf die «4 D» zurück, so ist zu berücksichtigen, dass der Apotheker keine Kenntnis von der(n) somatischen und/oder psychischen Diagnose(n) hat, welche die Ärzteschaft beim Patienten, der ihm ein Rezept vorlegt, gestellt hat. Es besteht deshalb für den Apotheker keine direkte Möglichkeit zu überprüfen, ob das verschriebene Medikament bei

diesem Patienten indiziert ist. Tatsächlich könnte hier eine Rücksprache mit dem Arzt zur Validierung der Verschreibung in vielen Situationen angezeigt sein, was aus zeitlichen und organisatorischen Gründen nicht immer einfach ist.

Dauer

Mit der Einsicht, dass die Rückfallgefahr bei vielen psychiatrischen Leiden ein grosses Risiko darstellt, wird heute viel häufiger eine Langzeittherapie angestrebt, und zwar bei der vollen Dosis, welche zur Remission des Patienten geführt hat. Hingegen fehlen Hinweise auf einen Nutzen von Off-Label-Langzeitanwendung. Der Apotheker hat auch hier die Möglichkeit einer Rücksprache mit dem behandelnden Arzt, bevor er das Medikament dem Patienten übergibt, aber es trifft auch zu, dass der Pharmazeut nicht immer über die bereits erfolgte Dauer der Verschreibung informiert ist.

Demographie

Da, wie oben erwähnt, viele psychotrope Pharmaka nicht für alle Alterskategorien zugelassen sind, oder im Falle von Schwangerschaft nur bei strenger Überprüfung des Risiko-Nutzen-Verhältnisses verschrieben werden sollten, ist es für den Apotheker auch hier im Zweifelsfalle angezeigt, sich beim Arzt zu vergewissern. ▮

Dieser Artikel wurde im Auftrag der AKA geschrieben von:

Pierre Baumann, Prof. Dr. rer. nat., dipl. Chem.,
Klinischer Pharmakologe SPC
Département de psychiatrie (DP-CHUV), Site de Cery,
Prilly-Lausanne
E-Mail: pierre.baumann@chuv.ch

Pierre Voirol, Dr. pharm., Spitalapotheker FPH, Pharmacie du CHUV, Lausanne

Wir danken Frau Andrea Appenzeller, Apothekerin (Rees, Nordrhein-Westfalen, Deutschland) für ihre stimulierenden Fragen und Diskussionsbeiträge.

Korrespondenzadresse
Arzneimittelkommission der Schweizer Apotheker AKA
Postfach 5247, 3001 Bern
Tel. 044 994 75 63, Fax 044 994 75 64
E-Mail: mail@aka.ch

Literatur auf Anfrage und unter www.pharmaSuisse.org im Mitgliederbereich.

Informations de la CMPS sur la prescription «off label» par rapport au diagnostic, à la population et à la durée du traitement

Utilisation «off label» des médicaments psychotropes (1/2)

Pierre Baumann, Pierre Voirol

Le pharmacien qui reçoit des ordonnances pour des médicaments psychotropes se demande régulièrement s'il ne doit pas se renseigner auprès du médecin traitant, dans la mesure où le médicament a selon toute apparence été prescrit hors indications («off label»). En d'autres termes, le diagnostic, les caractéristiques démographiques, la durée ou la dose ne correspondent pas à l'utilisation officiellement autorisée. Cet article présente le dilemme entre les textes d'information officiellement autorisés, les recommandations des experts (guidelines) et la pratique médicale. Cette première partie traite de l'utilisation «off label» par rapport au diagnostic/à l'indication, aux caractéristiques démographiques du patient et à la durée du traitement; la deuxième partie, à paraître dans le prochain numéro du pharmaJournal, traitera de la prescription à des doses hors des limites autorisées.

Avec la psychothérapie et la sociothérapie, la pharmacothérapie joue un rôle essentiel dans le traitement des maladies psychiques. Il y a encore une vingtaine d'années, la répartition des médicaments psychotropes selon leur emploi était sans ambiguïté: les antidépresseurs étaient clairement indiqués dans les maladies dépressives, les antipsychotiques étaient les médicaments de première intention pour le traitement des schizophrénies et autres psychoses. Or, entre-temps, la recherche clinique a montré que certains médicaments, voire certaines classes médicamenteuses, pouvaient aussi être prescrits pour d'autres pathologies que leur indication première. Des fabricants de divers pays ont alors successivement introduit de nombreux médicaments psychotropes pour de nouvelles indications: depuis, la plupart des antidépresseurs sont autorisés pour le traitement des troubles anxieux [1–3], et divers antipsychotiques ont montré leur haute utilité dans le traitement des troubles bipolaires. De même, certains antiépileptiques se sont entre-temps vu reconnaître leur efficacité dans le trouble bipolaire et ont été enregistrés pour cette indication [4–9].

Malgré cette ouverture, il reste de nombreuses situations où les médicaments sont utilisés «off label».

Définition de l'utilisation «off label»

En 2006, l'Association des pharmaciens cantonaux suisses et Swissmedic ont défini l'utilisation «off label use» comme suit (www.swissmedic.ch; Off-Label_Use_Schlusspapier-F.pdf): On parle d'«off label use» lorsqu'un médicament autorisé par une autorité compétente (en Suisse ou à l'étranger) en vue de sa libre circulation est utilisé de manière non conforme aux dispositions des textes d'information approuvés (information professionnelle,

Résumé des caractéristiques du produit (RCP)), tels que publiés p.ex. dans le Compendium Suisse des Médicaments [10]. Dans la plupart des cas, il s'agit d'utilisations dans une indication différente (ou modifiée), avec un autre dosage (p.ex. dose administrée, laps de temps entre deux prises, vitesse de perfusion etc.), chez une autre population de patients (p.ex. âge et sexe) ou en suivant d'autres instructions techniques et pharmaceutiques (p.ex. prolongation de la durée de conservation, utilisation d'un autre solvant, mélanges différents, etc.). Le concept d'«off label use» d'un médicament ne doit pas être confondu avec celui d'«unlicensed use» (littéralement: utilisation non autorisée), qui sous-entend qu'aucune autorisation officielle (de mise sur le marché suisse) n'a été délivrée pour le médicament en question.

Le Royal College of Psychiatrists s'est penché sur la question de l'«off label use» dans la pratique psychiatrique (www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr142.pdf; janvier 2007). Dans un travail de revue, il a défini quatre situations de prescription «off label» que l'on peut résumer par les «4 D»: diagnostic («disorder»), démographie, dose, durée (tableau 1).

La responsabilité dans la prescription «off label»

Les situations sont nombreuses où un médecin prescripteur, confronté à des cas cliniquement difficiles, sinon désespérés, ne peut que difficilement s'en tenir à une application stricte du RCP et se base sur des guidelines et autres recommandations générales pour tenter une prescription «off label». En vertu des recommandations APC-Swissmedic sur l'«off label use» (2006) citées plus haut, le médecin a le devoir d'informer le patient que sa prescription est «off label» et d'obtenir son accord. Ce document définit aussi le devoir de diligence des pharmaciens: «Tout d'abord, c'est au pharmacien qu'il revient de valider les prescriptions médicales. En cas de doute, ce dernier doit prendre contact avec le médecin prescripteur ou, dans certaines circonstances, refuser de délivrer les médicaments prescrits.»

Valider une prescription est une tâche difficile pour le pharmacien qui n'a a priori que la prescription sous les yeux et ne possède souvent que peu d'informations sur le patient.

Remboursement de prescriptions «off label»

En Allemagne, selon une décision rendue en 2002 qui a fait jurisprudence, une prescription «off label» ne peut être facturée aux caisses-maladie que si elle a pour but de traiter une maladie grave qui engage le pronostic vital ou compromet durablement la qualité de vie. Aucun autre traitement ne doit être disponible et les résultats d'études doivent indiquer qu'un traitement par le médicament «off label» a de bonnes chances de succès [12]. La pratique clinique montre que de nombreux patients psychiatriques réunissent ces conditions, si bien que la prescription de médicaments psychotropes «off label» est en principe indiquée dans certaines situations. En Suisse, il n'existe aucune obligation pour l'assurance obligatoire des soins de rembourser des médicaments prescrits «off label».

Le texte qui suit traite des prescriptions «off label» en psychiatrie dans l'ordre donné par les «4 D»: diagnostic, démographie et durée. Les doses «off label» feront l'objet de l'article à paraître dans le prochain numéro du pharmaJournal.

Diagnostic

On connaît trois situations classiques:
1. Un médicament enregistré pour d'autres indications est prescrit dans une maladie psychiatrique pour laquelle le principe actif n'est pas officiellement autorisé. C'est souvent le cas lorsque le mécanisme d'action du médicament ou des études cliniques prometteuses permettent de supposer qu'il devrait convenir pour cette indication.

Exemple: le traitement des toxicomanies peut être considéré comme l'un des plus grands défis de la psychiatrie à l'heure actuelle. Cela explique pourquoi toutes les stratégies de traitement possibles ont été explorées, y compris la prescription de topiramate dans le sevrage des opiacés. Des études relativement prometteuses [13] ont eu pour effet d'encourager l'utilisation du topiramate dans cette indication, du moins en Suisse romande. Ceci a conduit le fabricant à adresser en 2008 une lettre aux médecins pour les mettre en garde contre une prescription «off label» de son produit pour le sevrage des opiacés.

On est frappé par la fréquence croissante des prescriptions d'antipsychotiques atypiques dans des indications autres que classiques et dans des groupes de population chez lesquels de tels médicaments ne sont pas autorisés ou sont soumis à des limitations [16,17]. On les prescrit volontiers pour traiter les troubles affectifs et la démence chez les adultes, et pour le TDAH (trouble du déficit de l'attention/hyperactivité, ADHD = attention deficit hyperactivity disorder) chez les adolescents. Une revue systématique d'études cliniques, portant sur l'utilisation d'antipsychotiques atypiques hors indications usuelles, fait état d'une vingtaine de champs d'application différents, dont l'addiction au jeu, les troubles de la personnalité, les tics, le syndrome de Gilles de la Tourette, la trichotillomanie, les troubles de comportement et l'anorexie. Ce sont toutes des pathologies qui posent

Tableau 1. Prescription «off label» de médicaments psychotropes: Les «4 D»: diagnostic, démographie, dose et durée [11]

Catégorie «off label»	Description	Exemple
Diagnostic («disorder»)	Prescription d'un médicament pour lequel il n'existe aucune autorisation de prescription pour le *trouble psychiatrique* à traiter	Topiramate dans les toxicomanies
Démographie	Prescription d'un médicament pour lequel il n'existe expressément aucune autorisation de prescription pour un *groupe de population* donné	Antipsychotiques chez les enfants et les adolescents
Dose	Prescription de *doses en dehors de la plage posologique admise* dans l'autorisation de prescription	Chez les non-répondeurs, prescription d'antidépresseurs à des doses plus élevées qu'autorisées
Durée du traitement	Prescription d'un médicament au-delà de la *durée* admise dans l'autorisation de prescription	Traitement au long cours de troubles du sommeil par des benzodiazépines

un grand défi au médecin traitant et pour lesquelles notre arsenal de traitement pharmacologique est très limité [18].

L'exemple du trouble bipolaire complexe au tableau 2 illustre les différences entre les données de l'information professionnelle et les renseignements figurant dans les recommandations du CANMAT (Canadian Network for Mood et Anxiety Treatments) relatives aux médicaments de première intention pour le traitement des épisodes aigus et le traitement d'entretien [4].

2. D'après les études cliniques, le médicament est inefficace en monothérapie – et n'est par conséquent pas autorisé – dans cette indication. Or, d'autres études ont montré qu'il peut être utilisé comme «augmentor», c'est-à-dire comme traitement d'appoint à un autre médicament autorisé pour cette pathologie, mais insuffisamment efficace chez le patient considéré. Exemple: en général, après un traitement dans les règles de l'art d'une dépression majeure par un antidépresseur autorisé dans cette indication, un tiers environ des patients présentent malheureusement une réponse insuffisante. Le lithium n'est pas autorisé, parce qu'inefficace, dans la dépression aiguë monopolaire. Mais il peut souvent améliorer les symptômes dépressifs de façon spectaculaire en quelques jours s'il est pris en médication d'appoint (comme «augmentor»). Si le lithium a reçu entre-temps l'indication de cet emploi comme «augmentor», ce n'est pas le cas des hormones thyroïdiennes, pour lesquelles il existe des résultats analogues [14].

3. Le médicament «off label» est prescrit en traitement d'appoint à un médicament autorisé dans l'indication existante dans le but de réduire ses effets indésirables. Bien entendu, il serait préférable de choisir tout de suite un médicament qui ne requiert aucune co-médication pour combattre les effets indésirables, mais la pratique montre que ce n'est pas toujours possible.

Tableau 2. Traitement de troubles bipolaires: médicaments de première intention selon les recommandations CANMAT («first line treatment») [4]

Trouble bipolaire	Médicaments ou associations [4]	Indication selon le Compendium Suisse des Médicaments 2009
Manie aiguë	Lithium, divalproate*, olanzapine, rispéridone, quétiapine, quétiapine retard, aripiprazole, ziprasidone Lithium ou divalproate + rispéridone Lithium ou divalproate + quétiapine Lithium ou divalproate + olanzapine Lithium ou divalproate + aripiprazole	Lithium, carbamazépine, valproate, aripiprazole, olanzapine, quétiapine, rispéridone
Dépression bipolaire aiguë I	Lithium, lamotrigine, quétiapine, quétiapine retard Lithium ou divalproate + ISRS Olanzapine + ISRS Lithium + divalproate Lithium ou divalproate + bupropion	Lithium, quétiapine, antidépresseurs (a)
Traitement d'entretien d'un trouble bipolaire I	Lithium, lamotrigine (efficacité limitée dans la prévention d'une phase maniaque), divalproate, olanzapine, quétiapine Lithium ou divalproate + quétiapine, rispéridone (forme dépôt), ajout de rispéridone (forme dépôt), aripiprazole (principalement pour la prévention d'une phase maniaque), ajout de ziprasidone	Lithium, carbamazépine, aripiprazole
Dépression bipolaire aiguë II	Quétiapine	–
Traitement d'entretien d'un trouble bipolaire II	Lithium, lamotrigine	–

(a) Le Compendium ne mentionne pas d'indication spécifique d'antidépresseurs pour une dépression survenant dans le cadre d'un trouble bipolaire.
* Le divalproate est le dimère du valproate.

Exemple: de nombreux antipsychotiques, ainsi que certains antidépresseurs, ont pour effet secondaire une prise de poids. Or, la perte de poids est un effet secondaire très fréquent et parfois fort souhaitable du topiramate, raison pour laquelle cet antiépileptique est volontiers recommandé, bien qu'«off label», pour traiter la prise de poids indésirable associée à l'olanzapine [15].
Exemple: les dysfonctions sexuelles sont un effet secondaire typique des antidépresseurs sérotoninergiques (ISRS) et peuvent être traitées avec la mirtazapine. C'est pourquoi on prescrit volontiers la mirtazapine en médication d'appoint à des doses plus faibles qu'usuelles. Mais comme la mirtazapine elle-même est enregistrée uniquement comme antidépresseur et non pour le traitement des dysfonctions sexuelles chez les patients dépressifs traités par des ISRS, il s'agit rigoureusement d'une indication «off label».

Démographie

Beaucoup de médicaments psychotropes ne sont pas enregistrés pour tous les groupes de la population, faute d'études cliniques prouvant leur efficacité et leur tolérance ou par manque d'intérêt de la part des fabricants. Les antidépresseurs, les stabilisateurs de l'humeur et les antipsychotiques sont généralement proscrits chez la femme enceinte, ce qui pose de véritables cas de conscience au médecin traitant dans la mesure où l'interruption d'un traitement médicamenteux efficace d'une dépression, d'un trouble bipolaire ou d'une schizophrénie augmente le risque de rechute. Quelle situation est plus dommageable: le risque souvent faible de tératogénicité de nombreux médicaments psychotropes, ou la souffrance psychique de la future mère, qui peut aussi avoir des effets sur le fœtus? Il n'existe pratiquement aucune étude scientifique sérieuse sur cette question! Le médecin doit donc procéder à une réévaluation de la situation clinique et du traitement médicamenteux en cours et remplacera, le cas échéant, la médication actuelle par une autre, moins risquée.

Les enfants et les adolescents constituent un groupe particulier. Chez ces patients, seuls quelques médicaments sont autorisés pour le traitement des troubles psychiatriques relativement fréquents tels que les psychoses précoces, la schizophrénie et la dépression. Là aussi, il incombe au médecin de peser le bénéfice-risque.

Certains médicaments sont autorisés dans des groupes particuliers de patients,

mais pour l'antidépresseur réboxétine, p. ex., la dose maximum autorisée chez des patients de plus de 65 ans est plus faible que chez les patients plus jeunes.

Durée du traitement

Jusqu'à la fin des années 70, il était encore recommandé de réduire la posologie de l'antidépresseur d'environ 50% («dose d'entretien») après seulement quelques semaines ou quelques mois de traitement efficace d'une dépression aiguë. On sait depuis lors qu'un traitement efficace doit être poursuivi pendant au moins six à douze mois avec la même dose qui a permis d'atteindre le succès thérapeutique [14]. D'autre part, l'expérience montre qu'après une dépression récurrente, c'est-à-dire une dépression caractérisée par des rechutes plus ou moins régulières, la médication doit être poursuivie pendant au moins trois à cinq ans sans diminution de la dose.

Quant au traitement de la schizophrénie et d'autres psychoses, on sait depuis longtemps que les «fenêtres thérapeutiques», c'est-à-dire les interruptions du traitement médicamenteux pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, augmentent considérablement la fréquence des rechutes. Il peut cependant exister des médicaments qui, faute d'études au long cours ou pour d'autres motifs, n'ont pas été autorisés pour un traitement préventif sur plusieurs années et qui posent par conséquent un risque s'ils sont prescrits «off label» à des patients chroniques.

Exemple: d'après l'information professionnelle, la rispéridone peut être prescrite pour le traitement de la schizophrénie sans limitation de durée, mais selon la même source, le traitement par la rispéridone devra être arrêté après trois mois si le patient affiche un comportement agressif grave ou en cas de symptômes psychotiques sévères chez le patient dément, auxquels cas le traitement ne pourra être repris qu'à la réapparition des symptômes schizophréniques. Des instructions similaires existent pour le traitement par la rispéridone du trouble bipolaire (phase maniaque).

Les benzodiazépines occupent une place particulière dans le traitement des troubles anxieux et des troubles du sommeil, notamment parce que leur efficacité se perd après un certain temps suite au développement d'une anaphylaxie, mais aussi parce qu'elles risquent d'engendrer une dépendance, raison pour laquelle leur prescription est limitée dans le temps dans plusieurs pays.

Le rôle des pharmaciens

Diagnostic

Comme nous l'avons dit au début, c'est au pharmacien qu'il revient de valider les prescriptions médicales. Son rôle est également de contrôler l'intégralité de la prescription (posologie, etc.). Le cas échéant, le pharmacien doit prendre contact avec le prescripteur ou, dans certaines circonstances, refuser de délivrer les médicaments prescrits.

Si l'on se réfère aux «4 D», il faut considérer que le pharmacien n'a aucune connaissance du diagnostic somatique et/ou psychique posé par les médecins chez le patient qui lui présente son ordonnance. Le pharmacien n'a donc aucune possibilité directe de vérifier si le médicament prescrit est effectivement indiqué chez ce patient. Il y a par conséquent de nombreuses situations où il serait réellement indiqué de pouvoir s'en référer au médecin avant de valider une prescription. Pour des raisons de temps et d'organisation, ceci n'est cependant pas toujours simple.

Durée du traitement

Aujourd'hui, compte tenu du fait que la probabilité de rechute représente un risque important dans beaucoup de maladies psychiatriques, on privilégie beaucoup plus souvent un traitement au long cours, et ce aux doses qui ont conduit à la rémission du patient. Par contre, on est mal renseigné sur le bénéfice d'une utilisation à long terme «off label». Là aussi, le pharmacien a la possibilité de consulter le médecin traitant avant de remettre le médicament au patient, mais il est vrai aussi que le pharmacien n'est pas toujours au courant de la date à laquelle remonte la prescription «off label».

Démographie

Comme nous l'avons mentionné plus haut, plusieurs médicaments psychotropes ne sont pas autorisés pour toutes les catégories d'âge ou ne doivent être prescrits à une femme enceinte qu'après une pesée scrupuleuse du bénéfice-risque. En conséquence, le pharmacien doit là aussi s'informer auprès du médecin traitant en cas de doute. ▮

Cet article a été rédigé sur mandat de la CMPS par:
Prof. Pierre Baumann, Dr sces nat., chimiste dipl., pharmacologue clinicien SPC
Département de psychiatrie (DP-CHUV), Site de Cery, Prilly-Lausanne
E-mail: pierre.baumann@chuv.ch

Pierre Voirol, Dr pharm., pharmacien hospitalier FPH, Pharmacie du CHUV, Lausanne

Nous remercions Mme Andrea Appenzeller, pharmacienne (Rees, Rhénanie-du-Nord-Westphalie, Allemagne) de ses questions stimulantes et de ses contributions à la discussion.

Adresse de correspondance
Commission des médicaments des pharmaciens suisses (CMPS)
Case postale 5247
3001 Berne
Tél. 044 994 75 63
Fax 044 994 75 64
E-mail: mail@aka.ch

Littératur disponible sur demande ou sur le domaine protégé du site www.pharmaSuisse.org.

Neuer Fachausschuss für die Pharmakopöe

Swissmedic gründet einen neuen Fachausschuss der Pharmakopöe für Arzneimittel der Traditionellen Chinesischen Medizin, Homöopathische und Anthroposophische Arzneimittel.

Die Pharmakopöe beinhaltet gesetzlich verbindliche Qualitätsvorschriften und trägt massgeblich dazu bei, dass allen Patientinnen und Patienten qualitativ gleich hochstehende Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Das Schweizerische Heilmittelinstitut, Swissmedic, ist auf der Basis von Artikel 52 des Heilmittelgesetzes (HMG; SR 812.21) für die Mitarbeit an der Europäischen und die Erarbeitung der Schweizerischen Pharmakopöe zuständig und beteiligt hierbei Fachleute aus interessierten Kreisen.

Die Abteilung Pharmakopöe ist nationale Pharmakopöe-Behörde und koordiniert das Netzwerk von rund 110 Schweizer Fachleuten, die zur Erarbeitung der Pharmakopöe beitragen (z.B. in Experten- und Arbeitsgruppen der Europäischen Pharmakopöe, in der Schweizerischen Pharmakopöekommission oder in Schweizerischen Fachausschüssen).

Die vom Direktor des Instituts eingesetzten Fachausschüsse der Pharmakopöe erarbeiten Texte der Schweizerischen Pharmakopöe und beurteilen Entwürfe der Europäischen Pharmakopöe. Bisher gab es folgende vier Fachausschüsse: Biologische Produkte, Chemie, Galenik und Phytochemie.

In den letzten Jahren gewannen die komplementärmedizinischen Arzneimittel in Europa erheblich an Bedeutung. Um den gesetzlichen Auftrag erfüllen zu können und das notwendige Fachwissen auch in diesem Bereich sicherzustellen, beschloss Swissmedic, einen neuen Fachausschuss Komplementärmedizinische Arzneimittel einzusetzen.

Mitglieder des Fachausschusses Komplementärmedizinische Arzneimittel der Pharmakopöe:

- → Prof. Dr. Beat Meier (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Präsident des Fachausschusses)
- → Dr. Albert Blarer (Phytax AG, Arzneimittel der Traditionellen Chinesischen Medizin)
- → Dr. Richard Bolli (Swissmedic, Zulassung, Botanik)
- → Gabriela Gutknecht (Lian Chinaherb AG, Arzneimittel der Traditionellen Chinesischen Medizin)
- → Dr. Thomas Lehmann (Swissmedic, Labor, Analytik)
- → Dr. Jakob Maier (Weleda AG, Anthroposophische Arzneimittel)
- → Dr. Eike Reich (CAMAG, Dünnschichtchromatographie)
- → Margot Spohn (Swissmedic, Zulassung)
- → Dr. Georg Zogg (CERES Heilmittel AG, Homöopathische Arzneimittel)

Am 27. August 2009 fand in Wädenswil die konstituierende Sitzung des neuen Fachausschusses statt. Das Programm beinhaltete unter anderem eine Einführung in die Arbeitsweise der Pharmakopöe durch Dr. Tobias Gosdschan (Leiter der Abteilung Pharmakopöe bei Swissmedic) und Dr. Cornelia Huber (Wissenschaftliche Betreuerin des Fachausschusses Komplementärmedizinische Arzneimittel), einen Überblick über die Aktivitäten der Pharmakopöe im Bereich komplementärmedizinischer Arzneimittel durch Prof. Dr. Beat Meier (Präsident des Fachausschusses) und Impulsreferate über die Spezialgebiete innerhalb des Fachausschusses durch Dr. Albert Blarer (Arzneimittel der Traditionellen Chinesischen Medizin), Dr. Jakob Maier (Anthroposophische Arzneimittel) und Dr. Georg Zogg (Homöopathische Arzneimittel).

Mit der Gründung des neuen Fachausschusses wurde eine wesentliche Voraussetzung geschaffen, um die in Artikel 2 Absatz 1 der Pharmakopöeverordnung (PhaV; SR 812.211) geforderte Erarbeitung und laufende Aktualisierung der Pharmakopöe nach neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und nach den Erfordernissen der pharmazeutischen Praxis auch auf dem Gebiet der komplementärmedizinischen Arzneimittel umzusetzen.

Mehr Informationen zur Pharmakopöe finden Sie auf der Swissmedic-Website unter www.swissmedic.ch/pharmacopoeia.asp sowie unter www.edqm.eu. ∎

Korrespondenzadresse
Swissmedic, Schweizerisches Heilmittelinstitut
Abteilung Pharmakopöe
Hallerstrasse 7
3000 Bern 9

Nouveau Comité d'experts pour la Pharmacopée

Swissmedic met en place un nouveau Comité d'experts en charge des médicaments de la médecine traditionnelle chinoise ainsi que des médicaments homéopathiques et anthroposophiques.

Parce qu'elle contient des prescriptions de qualité ayant légalement force obligatoire, la Pharmacopée contribue de manière déterminante à ce que tous les patients aient à leur disposition des médicaments de haute qualité équivalente.

En application de l'art. 52 de la loi sur les produits thérapeutiques (LPTh; RS 812.21), l'Institut suisse des produits thérapeutiques, Swissmedic, participe à l'élaboration de la Pharmacopée Européenne et élabore la Pharmacopée Helvétique en associant à ce travail les experts des milieux intéressés.

La division Pharmacopée est par ailleurs l'Autorité nationale de pharmacopée (ANP). A ce titre, elle coordonne le réseau d'environ 110 spécialistes suisses qui participent à l'élaboration de la Pharmacopée (p.ex. au sein de Groupes de travail et d'Experts de la Pharmacopée Européenne, de la Commission suisse de Pharmacopée ou de Comités d'experts suisses).

Les Comités d'experts de la Pharmacopée nommés par le Directeur de l'institut élaborent des textes de la Pharmacopée Helvétique et évaluent des projets de monographies de la Pharmacopée Européenne. Ils étaient jusqu'à présent au nombre de 4 et couvraient les domaines suivants: Produits biologiques, Chimie, Galénique et Phytochimie.

Mais ces dernières années, l'importance des médicaments de la médecine complémentaire s'est considérablement accrue dans toute l'Europe. Ainsi, pour pouvoir exécuter son mandat légal et s'assurer qu'il dispose des connaissances requises également dans ce domaine, Swissmedic a décidé de mettre en place un nouveau Comité d'experts spécialisés dans les médicaments de la médecine complémentaire.

La réunion constitutive de ce nouveau Comité d'experts s'est tenue le 27 août 2009, à Wädenswil. Etaient notamment inscrits au programme de cette journée une introduction au mode de travail de la Pharmacopée par le Dr Tobias Gosdschan (chef de la division Pharmacopée de Swissmedic) et le Dr Cornelia Huber (conseillère scientifique du Comité d'experts Médicaments de la médecine complémentaires), un aperçu des activités de la Pharmacopée dans le domaine des médicaments de la médecine complémentaire par le Prof. Dr Beat Meier (Président du Comité d'experts) ainsi que des interventions relatives aux différents domaines spécialisés du Comité d'experts par le Dr Albert Blarer (médicaments de la médecine traditionnelle chinoise), le Dr Jakob Maier (médicaments anthroposophiques) et le Dr Georg Zogg (médicaments homéopathiques).

Le Comité d'experts Médicaments de la médecine complémentaires de la Pharmacopée est composé des personnes suivantes:

- → Prof. Dr Beat Meier (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Président du Comité d'experts)
- → Dr Albert Blarer (Phytax AG, médicaments de la médecine traditionnelle chinoise)
- → Dr Richard Bolli (Swissmedic, secteur Mise sur le marché, botanique)
- → Gabriela Gutknecht (Lian Chinaherb AG, médicaments de la médecine traditionnelle chinoise)
- → Dr Thomas Lehmann (Swissmedic, laboratoires, analytique)
- → Dr Jakob Maier (Weleda AG, médicaments anthroposophiques)
- → Dr Eike Reich (CAMAG, chromatographie sur couche mince)
- → Margot Spohn (Swissmedic, secteur Mise sur le marché)
- → Dr Georg Zogg (CERES Heilmittel AG, médicaments homéopathiques)

La création de ce nouveau Comité d'experts était une condition essentielle pour satisfaire aux dispositions de l'art. 2, al. 1 de l'ordonnance sur la Pharmacopée (OPha; RS 812.211), selon lesquelles l'institut est responsable de la planification générale, de l'élaboration et de la mise à jour permanente de la Pharmacopée en fonction des dernières connaissances scientifiques et des exigences de la pratique pharmaceutique dans le domaine des médicaments de la médecine complémentaire.

Pour de plus amples informations sur la Pharmacopée, nous vous invitons à consulter notre site web à cette adresse www.swissmedic.ch/pharmacopoeia.asp ou celui de l'EDQM www.edqm.eu. ▮

Adresse de correspondance
Swissmedic, Institut suisse des produits thérapeutiques
Division Pharmacopée
Hallerstrasse 7
3000 Berne 9

Flash



Des Rätsels Lösung

Als vor drei Jahren aus der SAZ das pharmaJournal wurde, ist nicht nur der Name, sondern das ganze Layout erneuert worden – auch die Gestaltung der Titelseite. Seither ist dort jeweils eine Person in Nahaufnahme zu sehen, nach dem Motto des pharmaJournals, dass der Mensch im Mittelpunkt steht. Nachdem wir in letzter Zeit mehrmals gefragt worden sind, wer diese abgebildeten Personen seien, will ich heute das Geheimnis wenigstens teilweise lüften. Bei unseren «Modellen» handelt es sich um Mitglieder von Apothekenteams und seit einiger Zeit vor allem um Personen, die am Pharmazentrum der Universität Basel tätig sind. Sie alle haben sich spontan und unentgeltlich zur Verfügung gestellt.

Unsere heutige Titelseite zeigt zum Beispiel eine Doktorandin in der Pharmaceutical Care Research Group. Für Pharmazie hat F. B. sich entschieden, weil sie generell an Naturwissenschaften interessiert ist, vor allem an Chemie und molekularer Biologie, aber auch an Medizin. Die Pharmazie verbinde diese Fächer und vermittle so ein ganzheitliches Bild vom Wunder des Lebens. Pharmazie ist für sie die optimale Lösung, weil sie später im Gesundheitswesen arbeiten möchte. An ihrer Aufgabe will sie wachsen und sich beruflich und persönlich entwickeln – der Weg sei das Ziel. Längerfristig möchte sie einen Beitrag leisten zur weiteren Entwicklung des Apotheker-Berufes als Health Care Professional.

Die Absicht hinter dieser Porträtserie ist, keine Kunstfiguren abzubilden, sondern Menschen, die sich, wie die Mitglieder von pharmaSuisse, aktiv in der Pharmazie für die Pharmazie engagieren. Dazu gehören Frauen und Männer, Jüngere und Ältere – so, wie sie an einem ganz gewöhnlichen Arbeitstag aussehen. Weil das pharmaJournal unseren Mitgliedern gehört, sind auch unsere Mitglieder auf dem Titelbild zu sehen. Bisher ist hauptsächlich in Basel fotografiert worden, weil wir mit grösseren Serien Kosten sparen können. Es ist aber gut möglich, dass die nächsten Bilder anderswo aufgenommen werden. Vorschläge sind willkommen!

Christa Rüedi

Solution de l'énigme

Il y a maintenant trois ans, l'ancien Journal suisse de pharmacie a non seulement été rebaptisé pharmaJournal mais a aussi bénéficié d'une nouvelle mise en page, y compris sur la page de titre. Depuis lors, une personne est toujours représentée en gros plan pour répondre à la devise du pharmaJournal qui souhaite mettre l'homme au centre des préoccupations. Dernièrement, plusieurs pharmaciens nous ont demandé qui étaient ces personnes. Aujourd'hui, nous allons donc lever une partie du voile. Nos «modèles» sont en réalité des collaborateurs de pharmacies et depuis quelque temps aussi des personnalités du centre des sciences pharmaceutiques de l'Université de Bâle. Ils ont tous accepté de se faire photographier spontanément et gratuitement.

La page de titre de ce numéro montre par exemple une doctorante du Pharmaceutical Care Research Group. F. B. a choisi d'étudier la pharmacie parce qu'elle s'intéressait aux sciences naturelles en général, et plus particulièrement à la chimie, à la biologie moléculaire et aussi à la médecine. La pharmacie regroupe selon elle toutes ces disciplines et procure ainsi une image globale du miracle de la vie. La pharmacie est pour elle la solution idéale, d'autant plus qu'elle souhaite travailler dans le domaine de la santé plus tard. Elle veut évoluer à la fois dans son activité professionnelle et dans sa vie personnelle. A plus long terme, elle aimerait contribuer en tant que Health Care Professional à l'évolution de la profession de pharmacien.

Nous ne voulions pas à travers cette série de portraits représenter des personnages artificiels, mais des personnes qui s'investissent activement dans le domaine de la pharmacie, tout comme d'ailleurs les membres de pharmaSuisse. On y trouve donc des femmes et des hommes, des jeunes et des vieux au naturel, exactement comme ils se présentent au quotidien. Le pharmaJournal appartient à nos membres. Ce sont donc aussi eux qui sont illustrés sur la page de titre.
Jusqu'à présent, nous avons surtout photographié à Bâle pour pouvoir effectuer de grandes séries et économiser des coûts. Il se peut toutefois que les prochaines images soient prises ailleurs. Toute proposition est la bienvenue!

Christa Rüedi

Ordentliche Generalversammlung

Ivo Bühler, Sara Iten

Datum, Ort und Zeit
26. November 2009, ab 15 Uhr im Restaurant Schmiedstube Bern

Traktandenliste
A. Statutarischer Teil

1. Begrüssung
2. Statutenänderung
2.1 pharmaSuisse als offizielle Abkürzung
2.2 Neuregelung Vertretung in der DV für Gruppen von kantonalen Verbänden
2.3 Integration der Ketten
2.4 Aktualisierung der Statuten
3. Standesordnung
4. Ehrungen
5. Individuelle Wortmeldungen
6. Verschiedenes
7. Ende des statutarischen Teils

B. Präsentationen

Internationale Referenten werden uns von ihren Erfahrungen mit «Impfungen in der Apotheke» berichten. Aus Portugal berichtet Herr Tiago Galvão, Offizinapotheker, über die Möglichkeit des Impfens durch Apotheker in der Apotheke, aus Österreich hören wir Herr Mag. Pharm. Dr. Christian Müller-Uri zum Projekt «frischdichauf.at» und aus der PMU in Lausanne spricht Prof. Olivier Bugnon, Responsable de l'Unité de Pharmacie communautaire, Section des sciences pharmaceutiques, Universités de Genève et de Lausanne; Pharmacien chef de la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne zum Thema Participation de pharmaciens aux consultations du Centre de Vaccination et de Médecine des Voyages (CVMV) de Lausanne: les premiers pas d'une nouvelle expérience interdisciplinaire.

Erläuterungen zu verschiedenen statutarischen Traktanden

Traktandum 2.1 Statutenänderung pharmaSuisse als offizielle Abkürzung

Begründung des Antrags

Mit Beschluss der Delegiertenversammlung vom Mai 2006 wurde das neue Erscheinungsbild des Verbandes unter dem Logo pharmaSuisse mit neuem Kreuz genehmigt. Man wollte aber mit der Überarbeitung der Statuten und Reglemente noch zuwarten, bis sich das neue Logo etabliert hat. Aus Sicht des Vorstandes ist es nun soweit und pharmaSuisse kann nun auch als offizielle Abkürzung für den Schweizerischen Apothekerverband in die Statuten und Reglemente übernommen werden. pharmaSuisse ersetzt damit die bisherigen Abkürzungen SAV, SSPh, SSF durch ein einheitliches Erscheinungsbild in allen Sprachregionen. Der Name «pharmaSuisse» repräsentiert direkt erkennbar die Funktion einer Schweizerischen Dachorganisation der Apothekerschaft und vermeidet Verwechslungen, wie sie früher ab und zu mit dem Schweizerischen Anwaltsverband vorkamen.

Traktandum 2.2 Statutenänderung – Neuregelung Vertretung in der DV für Gruppen von kantonalen Verbänden

Begründung des Antrags

Gerade kleine Kantone sollten ihre Infrastruktur zusammenlegen und zusammenarbeiten, da sonst für die wenigen Apotheker die administrative und die finanzielle Belastung zu gross werden. Sie sollen aber durch die Fusion nicht ihre Vertretung in der Delegiertenversammlung verlieren, was der Fall ist, wenn die fusionierten Vereine zusammen nicht genügend pharmaSuisse-Mitglieder haben. Mit dem Ergänzungsvorschlag soll dies korrigiert werden.

Auswirkungen

Die neue Regelung gibt Gruppen von Kantonen im Vergleich zur bestehenden Situation ein grösseres Gewicht in der Delegiertenversammlung, da sich bereits Kantone zu Gruppen zusammengeschlossen haben (SG/AI/AR), die bisher nicht entsprechend der neuen Regel vertreten sind. Im Fall St. Gallen/beide Appenzell hätte dies zur Folge, dass sie künftig Anspruch auf drei Delegierte anstatt wie bisher auf zwei hätten.

Traktandum 2.3 Statutenänderung – Integration der Ketten

pharmaSuisse hat als Dachverband der Apothekerschaft die Aufgabe, möglichst alle Berufsangehörige in den Verband zu integrieren. Dies gilt auch für die neu entstandenen Apothekenketten. Diese haben um eine bessere Integration im Verband ersucht. Für die Ketten ist es insbesondere unbefriedigend, dass sie nur über ihre angestellten Apotheker und nicht als Kollektivmitglied durch einen identifizierten Vertreter an den Entscheidungen des Verbandes teilnehmen können. Nach eingehender Diskussion und Vernehmlassung bei der Delegiertenversammlung schlägt der Vorstand vor, dass in den Statuten neu die Möglichkeit einer Kollektivmitgliedschaft für Apothekenketten vorgesehen wird. Dabei sollen folgende Voraussetzungen für eine Kollektivmitgliedschaft gelten:

1. Als Apothekenketten gelten Unternehmen, die unter einem gemeinsamen Marktauftritt mehr als 50 Apotheken besitzen.
   Aufgrund einiger Rückmeldungen während der Vernehmlassung schlägt der Vorstand zusätzlich die Variante «mehr als 40 Apotheken» zur Abstimmung vor.
2. Die Apothekenketten müssen nach einem Konzept geführt werden, das mit den Verbandszielen vereinbar ist.
3. Die verantwortlichen Apotheker der Filialen müssen allesamt Aktivmitglieder von pharmaSuisse sein.

Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, so kann gemäss Art. 7 Abs. 2 der Statuten die Delegiertenversammlung über ein allfälliges Beitrittsgesuch entscheiden.

Die Anzahl der Delegierten ist analog zur Vertretung der kantonalen Verbände geregelt. Wie bei allen Kollektivmitgliedern müssen die Delegierten zwingend Apotheker sein.

Traktandum 2.4 Statutenänderung – Aktualisierung der Statuten

Das Pharma Forum (Interessengemeinschaft der Schweizer Apotheker, Grossisten, Hersteller und Importeure) mit der Rechtsform einer Genossenschaft, ist mit Beschluss seiner Generalversammlung vom 23.06.2005 aufgelöst worden. Die Statuten müssen deshalb entsprechend angepasst werden.

Traktandum 3 – Standesordnung

Im Jahr 2008 hat sich eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern der Offizinapotheker, der GSASA und der GSIA, mit der Frage einer Revision der Standesordnung befasst. Anlass dazu war unter anderem das Inkrafttreten des Medizinalberufegesetzes (MedBG).

Zunächst stellte sich die Frage, ob eine Standesordnung angesichts der im MedBG festgehaltenen Berufspflichten überhaupt noch notwendig ist, auch in Anbetracht dessen, dass die Standesordnung nur für Mitglieder von pharmaSuisse Geltung hat. Die Arbeitsgruppe stellte sich dazu folgende Fragen:

- → Was bedeutet es für das Publikum (Kunden/Patienten), dass eine Apotheke Mitglied bei pharmaSuisse ist?
- → Wie kann man diese Punkte gegenüber dem Publikum garantieren?
- → Welche Funktion hat die Standesordnung?

Sie gelangte dabei zu folgender Überzeugung: Es braucht weiterhin eine Standesordnung, auch wenn schon einiges in Gesetzen geregelt ist. Die Standesordnung bietet die Möglichkeit, politische Signale zu setzen und den Apothekern ein Image zu schaffen.

Die Statuten sind nicht erschöpfend, deshalb ist die Standesordnung auch für den Ausschluss von Mitgliedern notwendig. Der Standesrat muss aktuelle Normen in Betracht ziehen. Deshalb ist die Standesordnung kein abschliessender Normenkatalog.

Zu einem Medizinalberuf gehört eine Ethik. Die Standesordnung ist ein Bekenntnis der Mitglieder von pharmaSuisse. Der Standesrat hat begrenzte Macht, primär eine Schlichtungsfunktion. Er ist eine Art Ethikkommission. Die Standesordnung soll als Charta gelten.

Die Standesordnung soll gegenüber der Bevölkerung besser verkauft werden. Kunden haben bisher keine Transparenz über die Vorteile der Verbandsmitgliedschaft einer Apotheke. Die Botschaft soll lauten: Apotheker sind ein Medizinalberuf zum Wohle der Bevölkerung, wofür die Mitgliedschaft bei pharmaSuisse mit der gleichzeitigen Anerkennung der Standesordnung eine Garantie sein soll.

Anhand eines Vergleichs von verschiedenen Europäischen Standesordnungen hat die Arbeitsgruppe zunächst eine neue Struktur festgelegt und diese anschliessend mit Inhalten gefüllt. Neben einer Präambel und einer Zweckbestimmung enthält die neue Standesordnung in einem ersten Kapitel Grundsätze der Berufsausübung und in einem zweiten Kapitel einen Verhaltenskodex.

Nach Vernehmlassung des Entwurfs in Vorstand und Delegiertenversammlung und entsprechender Überarbeitung hat der Vorstand entschieden, die neue Standesordnung der Generalversammlung zur Genehmigung zu unterbreiten. Sie soll nach Genehmigung durch die Generalversammlung per 1. 1. 2010 die alte Standesordnung ablösen. ▮

Bitte beachten Sie auch das Symposium der Swiss Young Pharmacists Group am Vormittag des 26. November 2009 (www.swissypg.ch).

Korrespondenzadresse:
pharmaSuisse
Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld
E-Mail: info@pharmaSuisse.org

Informations et explications

Assemblée générale ordinaire de pharmaSuisse

Ivo Bühler, Sara Iten

26 novembre 2009, à partir de 15 h au Restaurant Schmiedstube, Berne

Ordre du jour

A. Partie statutaire

1. Allocution de bienvenue
2. Modification des statuts
2.1 pharmaSuisse comme abréviation officielle
2.2 Nouvelle réglementation pour la représentation à l'AD des groupes de sociétés cantonales
2.3 Intégration des chaînes
2.4 Mise à jour des statuts
3. Code de déontologie
4. Nominations
5. Prises de parole individuelles
6. Divers
7. Clôture de la partie statutaire

B. Présentations

Des experts internationaux nous parleront de leurs expériences avec les «vaccinations à la pharmacie». Monsieur Tiago Galvão, pharmacien d'officine, évoquera la possibilité pour les pharmaciens du Portugal d'effectuer des vaccinations à la pharmacie et Monsieur Christian Müller-Uri, Dr pharm., parlera du projet «frischdichauf.at» lancé en Autriche. Le Prof. Olivier Bugnon, responsable de l'Unité de Pharmacie communautaire, Section des sciences pharmaceutiques, Universités de Genève et de Lausanne; Pharmacien chef de la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne, se penchera quant à lui sur le sujet suivant: «Participation de pharmaciens aux consultations du Centre de Vaccination et de Médecine des Voyages (CVMV) de Lausanne: les premiers pas d'une nouvelle expérience interdisciplinaire».

Explications concernant les divers points statutaires

Ordre du jour 2.1: Modification des statuts – pharmaSuisse comme abréviation officielle

Motivation:

En mai 2006, l'assemblée des délégués a décidé de conférer à la société faîtière une nouvelle image représentée sous la forme du logo pharmaSuisse avec la nouvelle croix. La révision des statuts et des règlements a été repoussée à plus tard, jusqu'à ce que le nouveau logo se soit établi. Le comité estime que le moment est maintenant venu et que pharmaSuisse peut enfin être utilisé comme abréviation officielle de la Société Suisse des Pharmaciens dans les statuts et les règlements.

pharmaSuisse remplace les anciennes abréviations SAV, SSPh, SSF et permet donc de disposer d'une image homogène dans toutes les régions linguistiques. Le nom «pharmaSuisse» reflète de façon directement discernable la fonction de la société faîtière des pharmaciens et évite les confusions qui survenaient parfois avec l'abréviation allemande de la Fédération suisse des avocats.

Ordre du jour 2.2: Modification des statuts – Nouvelle réglementation pour la représentation à l'AD des groupes de sociétés cantonales

Motivation:

Les petits cantons devraient regrouper leur infrastructure et collaborer faute de quoi les charges administratives et financières sont beaucoup trop lourdes pour les quelques pharmaciens qu'ils rassemblent. Une telle fusion ne doit cependant pas leur faire perdre leur représentation à l'assemblée des délégués, ce qui pourrait arriver si les sociétés fusionnées ne comptent pas suffisamment de membres pharmaSuisse. La proposition permet de corriger cela.

Répercussions:

Par rapport à la situation actuelle, la nouvelle réglementation procure aux cantons regroupés un plus grand poids dans l'assemblée des délégués, dans la mesure où certains cantons qui se sont déjà regroupés (p.ex. Saint-Gall/AI/AR) ne sont pas représentés adéquatement pour l'instant. Avec la nouvelle règle, Saint-Gall/AI/AR auraient par exemple droit à trois délégués au lieu de deux actuellement.

Ordre du jour 2.3: Modification des statuts – Intégration des chaînes

pharmaSuisse, société faîtière des pharmaciens, se doit d'intégrer autant de membres de la profession que possible. Ceci s'applique aussi au phénomène nouveau des chaînes qui ont demandé une meilleure intégration dans la société. Pour les chaînes, le fait de ne pas pouvoir participer aux décisions comme membre collectif, à travers un représentant officiel, mais uniquement à travers leurs pharmaciens employés est particulièrement insatisfaisant. Après discussion approfondie et consultation de l'assemblée des délégués, le comité propose d'intégrer dans les statuts la possibilité pour les chaînes d'acquérir le statut de membre collectif. Les conditions suivantes devront être remplies:

1. Sont considérées comme chaînes de pharmacies les sociétés qui réunissent plus de 50 pharmacies sous une même enseigne.
   Suite à quelques demandes pendant la procédure de consultation, le comité soumet aussi la variante «plus de 40 pharmacies» à votation.
2. Les chaînes de pharmacies doivent être gérées d'après un concept en adéquation avec les objectifs de la société faîtière.
3. Les pharmaciens responsables des filiales doivent tous être membres actifs de pharmaSuisse.

Lorsque ces trois conditions sont remplies, l'assemblée des délégués peut alors se prononcer sur une éventuelle demande d'adhésion en vertu de l'art. 7 al. 2 des statuts.

Les chaînes ont droit au même nombre de délégués que les sociétés cantonales de pharmacie. Comme pour tous les membres collectifs, les délégués doivent impérativement exercer la profession de pharmacien.

Ordre du jour 2.4: Modification des statuts – Mise à jour des statuts

Le Pharma Forum (groupement d'intérêts des pharmaciens, grossistes, fabricants et importateurs suisses), qui exerçait ses activités sous la forme juridique d'une société coopérative, a été dissous sur décision de son assemblée générale le 23 juin 2005. Les statuts doivent donc être adaptés en conséquence.

Ordre du jour 3 – Code de déontologie

En 2008, un groupe de travail composé de représentants des pharmaciens d'officine, de la GSASA et de la GSIA s'est demandé si une révision du code de déontologie était nécessaire suite à l'entrée en vigueur de la Loi sur les professions médicales universitaires (LPMéd).

Il a d'abord fallu discuter de son utilité vu que les obligations professionnelles sont déjà fixées dans la LPMéd et que le code de déontologie s'applique uniquement aux membres de pharmaSuisse. Le groupe de travail s'est donc posé les questions suivantes:

→ Quels sont les avantages pour le public (clients/patients) de se rendre dans une pharmacie membre de pharmaSuisse?
→ Comment ces éléments peuvent-ils être proposés au public de façon sûre et certaine?
→ Quelle est la fonction du code de déontologie?

Le groupe de travail est parvenu à la conclusion suivante: un code de déontologie reste nécessaire, même si certains points sont déjà fixés dans la loi. Il permet en effet d'envoyer des signaux politiques et de conférer une image aux pharmaciens.

Les statuts ne sont pas exhaustifs. Un code de déontologie est donc nécessaire pour pouvoir par exemple exclure des membres. Comme le conseil de famille doit tenir compte des normes actuelles, le code de déontologie n'est cependant pas un catalogue définitif.

Toute profession médicale se doit de respecter une certaine éthique. Les membres de pharmaSuisse s'y engagent à travers le code de déontologie. Le conseil de famille a un pouvoir limité et exerce en premier lieu un rôle d'arbitrage. C'est une sorte de commission d'éthique. Le code de déontologie doit servir de charte.

La promotion du code de déontologie auprès de la population doit être améliorée. Les clients ne connaissent pas les avantages de se rendre dans une pharmacie membre de pharmaSuisse. Le message doit être le suivant: les pharmaciens, membres d'une profession médicale universitaire, exercent leur profession dans le souci de la santé de la population. Les pharmacies membres de pharmaSuisse s'y engagent en reconnaissant le code de déontologie.

Après avoir comparé divers codes européens de déontologie, le groupe de travail a commencé par fixer une nouvelle structure avant d'en déterminer le contenu. Outre un préambule et une présentation des objectifs, le code de déontologie comprend dans un premier chapitre les principes de base de l'exercice de la profession et dans un deuxième chapitre un code de conduite.

Suite à la présentation du projet au comité et à l'assemblée des délégués, puis à l'intégration de quelques modifications, le comité a décidé de soumettre le nouveau code de déontologie à l'assemblée générale pour approbation. Après son adoption, il remplacera l'ancien code de déontologie au 1er janvier 2010. ▮

Nous vous rappelons que le symposium du Swiss Young Pharmacists Group aura lieu le matin du 26 novembre 2009 (www.swissypg.ch).

Adresse de correspondance:
pharmaSuisse
Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld
E-mail: info@pharmaSuisse.org

Empfehlungen zur Impfung

Virginie Masserey Spicher

Die aus Mexiko stammende und durch das neue Influenza A (H1N1) 2009 Virus verursachte pandemische Grippe breitet sich zurzeit weltweit aus. Es dürfte daher im Herbst/Winter auf der Nordhemisphäre zu einer stärkeren Grippewelle als gewöhnlich kommen.

Die Symptomatik ist ähnlich einer normalen saisonalen Grippe, ausser dass Personen ab dem Alter von 65 Jahren nur selten betroffen sind. Komplikationen wurden vor allem bei Personen mit chronischen Grundleiden, bei Schwangeren und bei kleinen Kindern, vor allem Säuglingen, beobachtet. Wenn die pandemische Grippe (H1N1) 2009 in der Schweiz ähnlich wie im Winter auf der Südhemisphäre verlaufen wird, dann muss man von einer Erkrankungsrate von 15 bis 35 Prozent ausgehen, die 300 000 bis 500 000 Arztbesuchen, 400 bis 2000 Krankenhauseinlieferungen entspricht, wobei bei letzteren 15 bis 20 Prozent eine Behandlung auf einer intensivmedizinischen Abteilung brauchen werden. Zusätzlich ist mit Todesfällen zu rechnen. Im Gegensatz zur saisonalen Grippe dürfte ein Grossteil der Hospitalisationen und der Todesfälle Kinder, Jugendliche und Erwachsene unter 65 Jahren betreffen, dies besonders bei Vorliegen von Risikofaktoren.

Die Impfung ist die effektivste Methode, um eine Grippe und deren Komplikationen zu verhindern. Der traditionelle Impfstoff gegen die saisonale Grippe schützt aber nicht gegen die pandemische Grippe (H1N1) 2009. Spezifisch auf dieses Virus abzielende Impfstoffe sind mit dem gleichen Verfahren wie diejenigen für die saisonale Grippe produziert worden. Die für die Schweiz bestellten Impfstoffe enthalten ein Adjuvans, welches die Immunantwort verstärkt. Dadurch kann die notwendige Antigenmenge auf die Hälfte bis einen Viertel reduziert werden und wesentlich mehr Impfstoff zur Verfügung gestellt werden. Zudem kann durch die adjuvantierten Impfstoffe auch ein Schutz gegen verwandte Virentypen erreicht werden. Die Resultate von vergleichbaren Impfstoffen, die gegen andere Grippeviren gerichtet sind, sowie präliminäre Daten aus den ersten Studien mit der Impfung gegen Influenza A (H1N1)09, lassen voraussagen, dass die Mehrheit der geimpften Personen genügend Antikörper produzieren wird, so dass sie geschützt sein wird. Studien die mit vergleichbaren Impfstoffen gemacht wurden, welche die gleichen Adjuvantien enthalten, haben gezeigt, dass die Impfstoffe sowohl bei Kindern (ab sechs Monaten) und Erwachsenen sicher sind. Vom saisonalen adjuvantierten Impfstoff (Fluad®) wurden ca. 46 Millionen Dosen weltweit vertrieben. Lokale und systemische unerwünschte Impferscheinungen (UIE) können häufiger beobachtet werden, sind aber nicht schwerer als mit saisonalen Impfstoffen ohne Adjuvans. Auch schwerwiegende UIE sind nicht häufiger nach adjuvantierter Impfung.

Impfempfehlungen

Ziel der Impfempfehlungen ist die Verhütung von Komplikationen bei Personen mit einem erhöhten Komplikationsrisiko sowie eine Abnahme von Morbidität und Mortalität.

Zum jetzigen Zeitpunkt sind die Voraussetzungen nicht gegeben, eine rasche Durchimpfung der ganzen Bevölkerung zu empfehlen. Die Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF) und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) evaluieren regelmässig die verfügbaren Daten zur pandemischen Grippe (H1N1) 2009 und zu den Impfstoffen, um die Empfehlungen gegebenenfalls anzupassen.

Aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten empfehlen EKIF und BAG die Impfung prioritär für Personen, welche ein erhöhtes Risiko von Komplikationen aufweisen oder das Virus auf Personen mit einem erhöhten Risiko übertragen können, sowie, wenn genügend Impfstoff zur Verfügung steht, als ergänzende Impfung allen Personen, die sich und ihre Umgebung gegen die pandemische Grippe (H1N1) 2009 und ihre Komplikationen schützen wollen.

Die vorliegenden Empfehlungen gelten unter dem Vorbehalt einer Zulassung des Impfstoffs durch das Schweizerische Heilmittelinstitut (Swissmedic) und unter Vorbehalt der in der genehmigten Arzneimittelinformation festgelegten Anwendungsbedingungen respektive -einschränkungen.

Empfohlene ergänzende Impfung

Die pandemische Grippe (H1N1) 2009 kann selten auch bei gesunden Personen schwere Komplikationen nach sich ziehen. Sobald genügend Impfstoff vorhanden ist, empfehlen EKIF und BAG deshalb die Impfung allen Personen, die sich und ihre Umgebung gegen die pandemische Grippe (H1N1) 2009 und ihre Komplikationen schützen wollen. Diese Empfehlung erfolgt im Rahmen einer empfohlenen ergänzenden Impfung. Es soll kein bestimmter Durchimpfungsgrad erreicht werden, aber alle geimpften Personen vermindern das Risiko einer Erkrankung durch Influenza A (H1N1) 2009 für sich und ihre Umgebung.

Empfohlene Impfung für Risikogruppen

Priorität hat allerdings die Impfung von Personen, welche ein erhöhtes Risiko von Komplikationen aufweisen oder das Virus auf Personen mit einem erhöhten Risiko übertragen können:

1. Beschäftigte im Gesundheitswesen (mit Patientenkontakt) sowie Personen, die beruflich Säuglinge unter sechs Monaten betreuen;
2. Schwangere (vorzugsweise ab dem zweiten Trimenon) und Wöchnerinnen;
3. Kinder (ab sechs Monaten), Jugendliche und Erwachsene bis 64 Jahre mit chronischen Herz- und Lungenkrankheiten (speziell kongenitale Herzfehler, Herzinsuffizienz, Asthma, Mukoviscidose), chronischen Stoffwechselkrankheiten mit Auswirkungen auf Lungen, Herz und Nieren (Diabetes usw.), Niereninsuffizienz, Erkrankungen des Blutes oder Immunsuppression;
4. frühgeborene Kinder, die während der Grippezeit unter 24 Monate alt sein werden (ab dem Alter von sechs Monaten);

5. enge Kontaktpersonen (gleicher Haushalt) von Personen in den Gruppen 2, 3 und 4 sowie von Säuglingen unter sechs Monaten;
6. Personen ab dem Alter von 65 Jahren mit chronischen Krankheiten (vgl. Punkt 3). Diese Personen profitieren von einer gewissen Immunität gegen Influenza A (H1N1) 2009.

Vorgesehen ist, dass alle Personen der sechs Gruppen gleichzeitig geimpft werden, sobald die Impfstoffe verfügbar und von Swissmedic zugelassen sind. Sollte sich allerdings die Zahl der verfügbaren Impfdosen zu Beginn als ungenügend erweisen, könnte dies zur Empfehlung führen, prioritär nur Personen der ersten vier Gruppen sowie einen Teil der Gruppe 5 (enge Kontaktpersonen von Säuglingen unter sechs Monaten und von Immunsupprimierten) zu impfen. Anschliessend sind die übrigen Personen der Gruppe 5 und die Gruppe 6 zu impfen, wenn die verfügbaren Dosen dies erlauben.

Durchführung der Impfungen und Kostenübernahme

Die Impfung gegen die pandemische Grippe (H1N1) 2009 wird von den Kantonen organisiert, egal ob sie in Arztpraxen, in Impfzentren oder in einer Kombination aus beiden durchgeführt werden.

Die Kosten der Impfung werden gemäss diesen Empfehlungen von der obligatorischen Grundversicherung übernommen (Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) Art. 12a). Es wird kein Selbstbehalt und keine Franchise erhoben. Die Kosten des Impfstoffes gegen die pandemische Grippe (H1N1) 2009 werden vom Bund getragen. Pro Impfung gegen das pandemische Grippevirus A (H1N1) 2009 wird den Kantonen von der Krankenversicherung ein Pauschalbetrag vergütet. Bei Impfung in Arztpraxen wurde zwischen der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und den Vertretern der Ärzteschaft (Verbindung der Schweizerischen Ärztinnen und Ärzte FMH) und der Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften (KKA) ein Richtwert von CHF 19.50 zu Gunsten der Ärzte vereinbart.

Meldung von unerwünschten Impferscheinungen (UIE)

Um die Sicherheit der neuen Impfstoffe gegen Influenza A (H1N1) 2009 effizient und laufend zu überwachen, hat Swissmedic ein internet-basiertes System zur Meldung vermuteter unerwünschter Impferscheinungen (UIE) der (H1N1)-Grippeimpfstoffe entwickelt (PaniFlow-System). Der Link zur PaniFlow-Internetadresse für die UIE-Meldungen wird beim Start der Impfkampagne auf der Swissmedic-Homepage aufgeschaltet (www.swissmedic.ch/pandemieportal.asp).

Die Fachleute sind gebeten, alle vermuteten UIE, bei denen ein Impfstoff gegen Influenza A (H1N1) 2009 in Betracht kommt, online über das PaniFlow-System einzugeben.

Gemäss Heilmittelgesetz sind grundsätzlich alle schwerwiegenden sowie alle neuen UIE umgehend zu melden. Als schwerwiegend gelten Reaktionen mit tödlichem oder lebensbedrohendem Verlauf, solche, die zu bleibender Schädigung, einer kongenitalen Fehlbildung oder zur Hospitalisation führen oder sonst medizinisch wichtig sind (z.B. Impfversager). Als neu gelten Komplikationen, die nicht oder nicht ausreichend in der Arzneimittelinformation erwähnt sind. Zu melden sind auch unerwartete Häufungen bekannter oder unbekannter Reaktionen (im Hinblick auf mögliche Chargenprobleme).

Zu melden sind alle schwereren oder ungewöhnlichen Reaktionen/Ereignisse, unabhängig von der Beurteilung eines kausalen Zusammenhangs, die:

→ innerhalb von acht Wochen nach einer Impfung auftreten und
→ ein Hauptanlass für eine Konsultation sind und
→ nicht eindeutig durch eine andere Ursache bedingt sind.

(Vgl. auch pharmaJournal 20/2009) ▮

Korrespondenzadresse
Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
Abteilung Übertragbare Krankheiten
Telefon 031 323 87 06

Literatur

Clark TW, Pareek M, Hoschler K et al. Trial of influenza A (H1N1) 2009 monovalent MF59-adjuvanted vaccine – preliminary report. N Engl J Med 2009;361 (10.1056/NEJMoa0907650).

Greenberg ME, Lai MH, Hartel GF et al. Response after one dose of a monovalent influenza A (H1N1) 2009 vaccine – preliminary report. N Engl J Med 2009; 361 (10.1056/NEJMoa0907413).

European Medicines Agency (EMEA). Pandemrix, European Public Assessment Report (EPAR), scientific discussion: http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/pandemrix/pandemrix.htm.

Leroux-Roels I, Borkowski A, Vanwolleghem T et al. Antigen sparing and cross-reactive immunity with an adjuvanted rH5N1 prototype pandemic influenza vaccine: a randomised controlled trial. Lancet 2007; 370: 580–9.

Rümke HC, Bayas JM, de Juanes J-R et al. Safety and reactogenicity profile of an adjuvanted H5N1 pandemic candidate vaccine in adults within a phase III safety trial. Vaccine 2008; 26: 2378–88.

Leroux-Roels I, Borkowski A, Vanwolleghem T et al. Antigen sparing and cross-reactive immunity with an adjuvanted rH5N1 prototype pandemic influenza vaccine: a randomised controlled trial. Lancet 2007; 370: 580–9.

European Medicines Agency (EMEA). Focetria, European Public Assessment Report (EPAR), scientific discussion: http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/focetria/focetria.htm.

European Medicines Agency (EMEA). Optaflu, European Public Assessment Report (EPAR), scientific discussion: http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/optaflu/optaflu.htm.

Schultze V, D'Agosto V, Wack A,Novicki D, Zorn J, Hennig R. Safety of MF59TM adjuvant. Vaccine2008; 26: 3209–22.

Recommandations de vaccination

Virginie Masserey Spicher

La grippe pandémique, qui a pris son origine au Mexique et est causée par le nouveau virus grippal A(H1N1) 2009, se propage actuellement dans le monde. On peut anticiper que ce virus provoquera cet automne/hiver une vague de grippe plus sérieuse qu'à l'accoutumée dans l'hémisphère Nord.

La symptomatologie de la grippe (H1N1) 2009 est, dans l'ensemble, la même que celle d'une grippe saisonnière courante, si ce n'est qu'elle affecte rarement les personnes de 65 ans ou plus. Les complications s'observent principalement en présence d'une maladie chronique, chez les femmes enceintes et chez les enfants en bas âge – surtout les nourrissons.

Si la pandémie de grippe (H1N1) 2009 devait toucher la Suisse dans les mêmes proportions que l'hémisphère Sud pendant l'hiver austral, il faudrait s'attendre à un taux d'infection de 15 à 35%, correspondant à 300 000 à 500 000 consultations médicales, 400 à 2000 hospitalisations, dont 15 à 20% nécessitant un traitement aux soins intensifs pour une durée moyenne de 14 jours, et aussi des décès. Contrairement à la grippe saisonnière, la majorité des hospitalisations et des décès devraient concerner des enfants, des adolescents et des adultes de moins de 65 ans, surtout ceux présentant des facteurs de risque.

La vaccination est le moyen le plus efficace d'éviter une grippe et ses complications. Le vaccin traditionnel contre la grippe saisonnière ne protège pas contre le virus A(H1N1) 2009. Des vaccins ciblant spécifiquement ce virus ont donc été produits selon les mêmes procédés que ceux employés pour les vaccins contre les virus saisonniers. Les vaccins commandés pour la Suisse contiennent un adjuvant qui renforce la réponse immunitaire. Ce procédé permet de réduire de moitié ou de trois quarts la quantité d'antigène nécessaire, et d'augmenter d'autant les quantités de vaccin disponibles. En outre, une protection contre d'autres virus de la grippe apparentés peut aussi être conférée. Les résultats obtenus à partir de vaccins antigrippaux comparables, ainsi que les données préliminaires des premières études sur la vaccination contre la grippe A(H1N1) 2009, laissent penser que la majorité des personnes vaccinées produiront suffisamment d'anticorps pour être protégées. Des études ont démontré la sécurité de préparations comparables, contenant les mêmes adjuvants, chez les enfants dès l'âge de six mois et les adultes. Près de 46 millions de doses du vaccin saisonnier adjuvanté (Fluad®) ont déjà été commercialisées dans le monde. Les effets indésirables (EI) locaux et systémiques peuvent être plus fréquents, mais ils ne sont pas plus sévères, et la fréquence d'EI graves n'est pas plus élevée qu'avec les vaccins saisonniers non adjuvantés.

Recommandations de vaccination

Le but de ces recommandations de vaccination est de prévenir les complications chez les personnes particulièrement à risque d'en développer, et de réduire la morbidité et la mortalité.

Les conditions d'une vaccination générale de la population ne sont pas réunies à l'heure actuelle. La Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) analysent régulièrement les données concernant la grippe (H1N1) 2009 et les vaccins, afin d'adapter leurs recommandations, si nécessaire.

Sur la base des données disponibles, la CFV et l'OFSP recommandent la vaccination en priorité pour les personnes à risque accru de complications ou pouvant transmettre le virus à des personnes à risque accru de complications. La vaccination est également recommandée, dès que le vaccin sera disponible en quantités suffisantes, pour toutes les personnes souhaitant se protéger et protéger leur entourage contre la grippe pandémique (H1N1) 2009 et ses complications (vaccination recommandée complémentaire).

Ces recommandations s'appliquent sous réserve de l'autorisation des vaccins par l'Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic) et sous réserve des conditions et limitations d'emploi figurant dans la notice d'information sur les produits.

Vaccination recommandée complémentaire

La grippe pandémique (H1N1) 2009 peut entraîner, bien que rarement, des complications graves aussi chez des personnes en bonne santé. La CFV et l'OFSP recommandent, dès que suffisamment de vaccins seront disponibles, la vaccination de toute personne souhaitant se protéger et protéger son entourage de cette grippe et de ses complications. Cette recommandation s'inscrit dans le cadre des vaccinations recommandées complémentaires ne nécessitant pas d'atteindre une couverture vaccinale spécifique, toute personne vaccinée contribuant à diminuer le risque de la grippe pandémique (H1N1) 2009 pour elle-même et son entourage.

Vaccination recommandée pour les groupes à risque

La vaccination est cependant prioritaire pour les personnes à risque accru de complications et/ou susceptibles de transmettre le virus à des personnes à risque accru de complications:

1. les professionnels de santé (en contact avec des patients) et ceux en charge de nourrissons de moins de six mois;
2. les femmes enceintes (de préférence dès le deuxième trimestre) et les femmes après l'accouchement;
3. les enfants (dès six mois), les adolescents et les adultes jusqu'à 64 ans avec maladies cardiaques ou pulmonaires chroniques (notamment asthme, malformations cardiaques congénitales, insuffisance cardiaque, mucoviscidose), troubles métaboliques ayant des répercussions sur le cœur, les poumons ou les reins (diabète, etc.), insuffisance rénale, hémoglobinopathie ou immunosuppression;
4. les prématurés âgés de moins de 24 mois pendant la saison grippale (dès l'âge de six mois);

5. les contacts proches (vivant sous le même toit) des personnes citées aux points 2, 3 et 4, ainsi que ceux des nourrissons de moins de six mois;
6. les personnes de 65 ans ou plus avec une maladie chronique (voir point 3). Ces personnes bénéficient d'une certaine immunité contre la grippe (H1N1) 2009.

Il est prévu de vacciner parallèlement les personnes appartenant aux six groupes ci-dessus dès que les vaccins seront disponibles et autorisés par Swissmedic. Toutefois, si le nombre de doses disponibles était initialement insuffisant, on pourrait être amené à recommander de vacciner en priorité les personnes des quatre premiers groupes ainsi qu'un sous-groupe du cinquième groupe: les personnes vivant avec des nourrissons de moins de six mois ou avec des immunosupprimés; puis de poursuivre avec le reste du groupe 5 et le groupe 6 dès que le nombre de doses disponibles le permet.

Mise en œuvre de la vaccination et prise en charge des coûts

L'organisation des vaccinations incombe aux cantons, que ces dernières soient exécutées dans les cabinets médicaux, dans des centres de vaccination ou une combinaison des deux.

La vaccination effectuée conformément aux présentes recommandations est remboursée par l'assurance de base obligatoire selon l'art. 12a de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Aucune quote-part ni franchise ne sera prélevée. Le coût du vaccin pandémique est pris en charge par la Confédération. L'assurance-maladie rembourse aux cantons un montant forfaitaire par vaccination contre la grippe pandémique (H1N1) 2009. En accord avec la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et les représentants du corps médical (Fédération des médecins suisses (FMH) et Conférence des Sociétés cantonales de médecine (CCM)), le tarif indicatif pour la vaccination administrée dans le cabinet d'un médecin praticien est de CHF 19,50 par vaccination.

Déclaration des effets indésirables (EI)

Pour surveiller efficacement et en permanence la sécurité des nouveaux vaccins contre la grippe A(H1N1) 2009, Swissmedic a développé un système basé sur Internet pour déclarer les effets indésirables des vaccinations (EIV) contre la grippe pandémique (H1N1) 2009 (système PaniFlow). Le lien vers l'adresse Internet de PaniFlow pour les déclarations des EIV sera activé sur la page d'accueil de Swissmedic (www.swissmedic.ch/pandemieportal.asp) dès le démarrage de la campagne de vaccination.

Les professionnels sont priés de saisir en ligne via le système PaniFlow tous les EIV suspectés pour lesquels un vaccin contre la grippe (H1N1) 2009 entre en ligne de compte.

Conformément à la loi sur les produits thérapeutiques, tous les EIV graves sont à déclarer immédiatement, de même que tout nouvel effet indésirable. Par grave, il faut entendre des réactions avec un cours létal ou menaçant la vie, menant à des séquelles permanentes, une malformation congénitale ou une hospitalisation, ou qui ont par ailleurs une importance médicale (p.ex. non répondeurs). Par nouvelles, il faut entendre les complications qui ne sont pas ou pas suffisamment mentionnées dans l'information sur les médicaments. Il faut également déclarer toute accumulation inattendue de réactions connues ou inconnues (dans la perspective de possibles défauts de qualité d'un lot de vaccins).

Sont à déclarer toutes les réactions ou événements graves ou inhabituels, indépendamment de l'appréciation d'un lien de causalité avec la vaccination, qui:

→ sont survenus dans les huit semaines après une vaccination et
→ sont un motif principal de consultation et
→ ne sont pas clairement dus à une autre cause.

(voir aussi pharmaJournal 20/2009) ▮

Adresse de correspondance
Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique
Division Maladies transmissibles
Téléphone 031 323 87 06

Bibliographie

Clark TW, Pareek M, Hoschler K et al. Trial of influenza A (H1N1) 2009 monovalent MF59-adjuvanted vaccine – preliminary report. N Engl J Med 2009;361 (10.1056/NEJMoa0907650).

Greenberg ME, Lai MH, Hartel GF et al. Response after one dose of a monovalent influenza A (H1N1) 2009 vaccine – preliminary report. N Engl J Med 2009; 361 (10.1056/NEJMoa0907413).

European Medicines Agency (EMEA). Pandemrix, European Public Assessment Report (EPAR), scientific discussion: http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/pandemrix/pandemrix.htm.

Rümke HC, Bayas JM, de Juanes J-R et al. Safety and reactogenicity profile of an adjuvanted H5N1 pandemic candidate vaccine in adults within a phase III safety trial. Vaccine 2008; 26: 2378–88.

Leroux-Roels I, Borkowski A, Vanwolleghem T et al. Antigen sparing and cross-reactive immunity with an adjuvanted rH5N1 prototype pandemic influenza vaccine: a randomised controlled trial. Lancet 2007; 370: 580–9.

European Medicines Agency (EMEA). Focetria, European Public Assessment Report (EPAR), scientific discussion: http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/focetria/focetria.htm.

European Medicines Agency (EMEA). Optaflu, European Public Assessment Report (EPAR), scientific discussion: http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/optaflu/optaflu.htm.

Schultze V, D'Agosto V, Wack A,Novicki D, Zorn J, Hennig R. Safety of MF59TM adjuvant. Vaccine2008; 26: 3209–22.

STIZ anerkannt und gefestigt

Der Jahresbericht 2008 des Schweizerischen Toxikologischen Informationszentrums (STIZ) ist erschienen. Mit über 30 000 Anfragen pro Jahr haben Publikum und Gesundheitsfachpersonen die Dienstleistungen des STIZ rege in Anspruch genommen. Dr. Franz Merki, der Präsident des Stiftungsrat, hat dem pharmaJournal Auskunft gegeben über Tätigkeit und Finanzierung des STIZ sowie über die Rolle der Apotheker.

Herr Merki, sind Sie zufrieden mit dem Ergebnis des Jahres 2008?

Ja, ich bin sehr zufrieden mit dem vergangenen Jahr: Einerseits weil uns mit dem BAG der Abschluss einer für alle Seiten zufrieden stellenden Leistungsvereinbarung gelungen ist, andererseits weil ich einmal mehr feststellen durfte, dass eine grosse Bereitschaft seitens der Trägerorganisationen besteht, das STIZ auch in Zukunft solidarisch mitzutragen. Eine Aufhebung der Vereinbarung hätte nämlich unabsehbare Folgen für das STIZ gehabt und seinen Auftrag ernsthaft gefährdet. Kommt dazu, dass sich das STIZ heute nach gut 40 Jahren in unserem Gesundheitswesen als unverzichtbar etabliert hat und daraus nicht mehr wegzudenken ist. Dies alles und vor allem dieser von Solidarität getragene Wille aller Beteiligten erfüllen mich mit grosser Genugtuung.

Seit 2007 steigt die Zahl der Anfragen wieder an. Es ist aber auch festzustellen, dass die Fragen komplizierter werden, weil einfache Probleme heute mit Hilfe des Internets gelöst werden können. Wie wirkt sich diese Entwicklung auf die Tätigkeit des STIZ aus?

In erster Linie bedeutet dies zunehmende Anforderungen an die fachliche Qualifikation der Personen, die die Giftberatung durchführen. Unsere Giftberaterinnen werden kontinuierlich weitergebildet und vertiefen ihr Wissen in Spezialgebieten. Dazu werden wissenschaftliche Tätigkeiten gefördert und das fachliche Netzwerk wird national und international gepflegt und ausgebaut.

Deutlich mehr als die Hälfte aller Anfragen (64,3%) kommen aus dem Publikum. Wäre es da nicht sinnvoll, fürs Publikum auf Ihrer Homepage «FAQ» aufzuschalten, damit die gleichen Fragen nicht immer wieder beantwortet werden müssen?



Franz Merki

Jeder Vergiftungsfall ist unter irgendeinem Aspekt einzigartig. Daher muss auf die spezifischen Umstände jeder Vergiftung eingegangen werden. Dies ist nur durch die persönliche Interaktion mit dem Anfrager möglich. Für allgemeine, häufige Fragen wird schon heute auf die Website des STIZ oder von Partnerorganisationen verwiesen. Dies aber erst, nachdem sichergestellt ist, dass der vergiftete Patient die Hilfe erhält, die notwendig ist.

Neben Fragen zu akuten und zu chronischen Vergiftungen beantwortet das STIZ auch immer wieder theoretische Fragen und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Verhütung von Vergiftungszwischenfällen. Könnte das STIZ im Präventions-Bereich nicht aktiver agieren, statt «nur» Anfragen zu beantworten?

Die präventive Arbeit des STIZ beschränkt sich nicht auf die individuelle Erteilung von theoretischen Auskünften. Es werden darüber hinaus regelmässig Vorträge bei Laien und Fachpersonen gehalten und das Informationsangebot auf www.toxi.ch erweitert und aktualisiert (ein Beispiel ist das Präventionsspiel «Toxli» für Kinder im Vorschulalter). Auch werden die Behörden in regelmässigem Abstand über die Vergiftungsvorkommnisse und diesbezügliche Tendenzen

in der Schweiz informiert. Es werden, sofern die nötige Finanzierung sichergestellt werden kann, aber auch Präventionsaktionen durchgeführt. Beispiele aus der jüngsten Vergangenheit sind die Kampagne «Nora und das giftige Zeug» (zusammen mit pharmaSuisse) und die Beratung junger Mütter zu Vergiftungsgefahren bei Kleinkindern (zusammen mit Felicitas Promotions AG).

Die Finanzierung des STIZ ist heute auch dank Leistungsverträgen mit Kantonen und Bundesämtern gesichert. Um möglichen finanziellen Engpässen vorzubeugen, will der Stiftungsrat aber Reserven äufnen. Wo glauben Sie, die nötigen Mittel finden zu können?

Im Stiftungsrat sind die Trägerorganisationen der Stiftung (pharmaSuisse, Chemie Pharma Schweiz/SGCI, Versicherungen) sowie die Kantone und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) als deren wichtigste Vertragspartner vertreten. Der Stiftungsrat hat daher beschlossen, die Trägerorganisationen um einen ausserordentlichen Beitrag zu bitten, damit der Eigenfinanzierungsgrad des STIZ verbessert und künftigen Engpässen vorgebeugt werden kann. Diese Aktion ist derzeit im Gang. Der Stiftungsrat ist zuversichtlich, dass die finanzielle Situation sich so mittelfristig auf etwas solidere Grundlagen stellen lässt.

Eine weitere Möglichkeit zur langfristigen Sicherung des STIZ ist die Verbreiterung der finanziellen Basis. In welche Richtung soll sie gehen?

Neben den für den ordentlichen Betrieb des STIZ unentbehrlichen Beiträgen der Träger ist der Stiftungsrat seit je auf die freiwilligen Beiträge von Gönnern angewiesen, die das STIZ regelmässig tatkräftig unterstützen. Wir sind diesen zu grossem Dank verpflichtet, sind aber immer wieder bestrebt, ihre Zahl zu vergrössern.

Ingesamt 27 Prozent aller Anfragen kommen von Ärzten; die Ärzteschaft beteiligt sich aber finanziell nicht mehr am STIZ. Was gedenken Sie, dagegen zu unternehmen?

Neben dem Publikum gehört die Ärzteschaft in der Tat zu den mit Abstand häufigsten Nutzern der Auskunftsdienste des STIZ. Vor einigen Jahren zog sich die FMH aus der Stiftung STIZ zurück, was bei den übrigen in der Stiftung vertretenen Kreisen auf Unverständnis stiess und immer noch stösst. Primär ist daher die Ärzteschaft aufgerufen, sich mit den Förderern des STIZ wieder solidarisch zu zeigen und nicht nur unentgeltlich davon zu profitieren.

Andrerseits muss auch fairerweise darauf hingewiesen werden, dass wir auf das Feedback der Ärzte in Form von Verlaufsinformationen angewiesen sind, die unentgeltlich geliefert werden und klar auch einen Geldwert darstellen. Mittelfristiges Ziel muss es aber sein, die Ärzteschaft wieder in die Stiftung einzubeziehen. Leider zeigt die gegenwärtige Führung der FMH im Moment wenig Interesse und Verhandlungsbereitschaft.

Wie wichtig ist Ihnen das Engagement von pharmaSuisse beim STIZ?

Das Engagement von pharmaSuisse ist für mich absolut prioritär, gehört der Apothekerverband doch zu den Initianten der Stiftung und wurde vor einigen Jahren deswegen von einem bekannten Gesundheitspolitiker als «Perle der Pharmazie» bezeichnet. Das zeigt einerseits die Hochachtung vor der Institution STIZ, andrerseits aber auch vor der Weitsicht der damaligen Gründer von pharmaSuisse, die das STIZ auch heute mit einem beachtenswerten finanziellen Aufwand mitträgt. Es scheint mir aber andererseits auch notwendig, das STIZ bei der Apothekerschaft wieder vermehrt in Erinnerung zu rufen als ihr «Kind» (viele junge Kollegen wissen das gar nicht mehr…). Ich müsste mich schämen, wenn mein eigener Berufsverband, als dessen Vertreter ich seit 20 Jahren das STIZ führen darf, sich um die seinerzeit übernommene Verantwortung gegenüber der Öffentlichkeit drücken würde! Ich bin aber zuversichtlich, dass pharmaSuisse auch in Zukunft zum STIZ stehen wird und danke an dieser Stelle auch meiner Berufsorganisation für diese Solidarität! ▮

Interview: Christa Rüedi
E-Mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

CSIT reconnu et renforcé

Le rapport annuel 2008 du Centre Suisse d'Information Toxicologique (CSIT) vient de paraître. Avec plus de 30 000 demandes par an, le public et les professionnels de la santé ont largement fait appel aux prestations du CSIT. Le Dr Franz Merki, président du conseil de fondation, a accordé une interview au pharma-Journal dans laquelle il fournit des informations sur l'activité et le financement du CSIT, mais aussi sur le rôle des pharmaciens.

Monsieur Merki, êtes-vous satisfait des résultats de l'année 2008?

Oui, je suis très satisfait de l'année précédente. D'une part, nous sommes parvenus à conclure avec l'OFSP un accord satisfaisant pour toutes les parties, d'autre part, j'ai constaté une forte volonté de la part des organisations partenaires de soutenir le CSIT à l'avenir également. Une annulation de l'accord aurait des conséquences imprévisibles pour le CSIT et remettrait sérieusement en question son mandat. Après 40 ans d'existence, le CSIT a pu s'imposer comme un acteur indispensable du système de santé. Tout ceci de même que la solidarité affichée par toutes les personnes impliquées me procurent une grande satisfaction.

Depuis 2007, le nombre de demandes augmente à nouveau. Dans le même temps, les questions deviennent aussi plus compliquées dans la mesure où des problèmes simples peuvent aujourd'hui être résolus via internet. Quels sont les effets de cette évolution sur les activités du CSIT?

Pour commencer, ceci exige des personnes qui fournissent les conseils des qualifications professionnelles accrues. Nos conseillers suivent régulièrement des formations continues et approfondissent leurs connaissances dans les domaines spécialisés. De plus, les activités scientifiques sont encouragées et le réseau professionnel est maintenu et étendu au niveau national et international.

64,3% de toutes les demandes proviennent du grand public. Ne serait-il pas judicieux, dans ce cas, de publier sur votre site internet des FAQ pour éviter de devoir répondre toujours aux mêmes questions?

Chaque cas d'intoxication est unique en son genre par l'un de ses aspects. Il faut par conséquent connaître les circonstances particulières de chaque



Franz Merki

intoxication. Ceci n'est toutefois possible qu'en interaction personnelle avec celui qui appelle. Pour les questions générales qui reviennent souvent, il est aujourd'hui déjà renvoyé au site du CSIT ou à celui d'organisations partenaires, mais uniquement après s'être assuré que le patient intoxiqué a reçu l'aide dont il avait besoin.

Le CSIT ne répond pas seulement à des questions sur les intoxications graves et chroniques, mais aussi régulièrement à des questions théoriques. Il contribue ainsi activement à prévenir les incidents d'intoxication. Est-ce que le CSIT ne pourrait pas s'engager plus activement dans le domaine de la prévention plutôt que de répondre «simplement» aux demandes?

Le travail de prévention du CSIT ne se limite pas à la transmission d'informations théoriques. Des exposés sont régulièrement proposés au grand public et aux professionnels. En outre, les informations disponibles sur le site www.toxi.ch sont régulièrement étendues et actualisées (je pense p.ex. au jeu de prévention «Toxli» destiné aux enfants d'âge préscolaire). Les autorités suisses sont aussi informées à intervalles réguliers des cas d'intoxication et des évolutions dans ce domaine. Lorsque le financement le permet, des actions de prévention sont aussi organisées. Dans un passé récent, nous avons par exemple

mis sur pied une campagne intitulée «Nora et le truc toxique» (en collaboration avec pharmaSuisse) et proposé des conseils aux jeunes mamans sur les risques d'intoxication des jeunes enfants (en collaboration avec Felicitas Promotions SA).

Le financement du CSIT est aujourd'hui assuré grâce aux contrats conclus avec les cantons et les offices fédéraux. Pour prévenir de possibles difficultés financières, le conseil de fondation souhaite néanmoins constituer des réserves. Où pensez-vous trouver les fonds nécessaires?

Les organisations partenaires (pharmaSuisse, Chemie Pharma Schweiz/SGCI, assurances), les cantons et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) sont représentés au conseil de fondation. Il a par conséquent décidé de leur demander une contribution exceptionnelle pour améliorer le degré d'autofinancement du CSIT et prévenir d'éventuelles mauvaises passes dans le futur. Cette action est actuellement en cours. Le conseil de fondation est confiant et pense pouvoir solidifier ainsi la situation financière à moyen terme.

Une autre possibilité d'assurer à long terme l'avenir du CSIT serait d'élargir la base financière. Dans quelle direction comptez-vous aller?

Mis à part les cotisations indispensables à l'exploitation normale du CSIT, le conseil de fondation dépend depuis toujours des dons volontaires de bienfaiteurs qui apportent régulièrement un soutien actif au CSIT. Nous leur en sommes très reconnaissants, mais tentons aussi régulièrement d'accroître leur nombre.

27% de toutes les demandes proviennent des médecins; ces derniers ne versent toutefois plus aucune contribution financière au CSIT. Qu'allez-vous donc entreprendre là contre?

Après le public, les médecins sont effectivement, et de loin, ceux qui utilisent le plus souvent les services du CSIT. Il y a quelques années, la FMH s'est retirée de la fondation, ce qui a suscité l'incompréhension des autres milieux représentés dans la fondation. En premier lieu, les médecins sont donc incités à faire de nouveau preuve de solidarité avec les promoteurs du CSIT et de ne pas simplement profiter gratuitement des services proposés.

Pour être équitable, il faut cependant préciser que les feed-back des médecins dont nous devons impérativement disposer nous sont fournis gratuitement et que ceci représente clairement aussi une valeur financière. L'objectif à moyen terme doit être de réintégrer les médecins. Malheureusement, la direction actuelle de la FMH ne se montre pas intéressée pour l'instant et ne souhaite pas négocier.

Quelle importance revêt pour vous l'engagement de pharmaSuisse auprès du CSIT?

L'engagement de pharmaSuisse est absolument crucial, d'autant plus que la société faîtière des pharmaciens fait partie des initiateurs de la fondation. Il y a quelques années, un politicien connu l'a même qualifié de «perle pour la pharmacie». Ceci montre bien la haute estime dont bénéficie le CSIT, mais aussi la clairvoyance des fondateurs de l'époque. pharmaSuisse soutient aujourd'hui encore le CSIT en lui versant une somme conséquente. Il me semble toutefois important de rappeler aux pharmaciens que le CSIT est en quelque sorte leur «enfant» (parmi les jeunes confrères, de nombreux ne le savent plus …). J'aurais vraiment honte si ma propre société faîtière, dont je suis le représentant depuis 20 ans auprès du CSIT, se défilait de la responsabilité qu'elle a assumé à l'époque à l'égard du grand public! Je ne doute cependant pas que pharmaSuisse continue à soutenir le CSIT à l'avenir également et profite de l'occasion pour remercier mon organisation professionnelle de sa solidarité! ▮

Interview: Christa Rüedi
E-mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Agenda 2009

November / novembre

10./11. pharmaSuisse: Delegiertenversammlung / Assemblée des délégués, Bern

Den Veranstaltungskalender finden Sie auch auf www.pharmaSuisse.org unter Pharmazie&Fachpublikum → Beruf Apotheker → Fortbildung FPH/Weiterbildung FPH → Veranstaltungskalender
Le calendrier des manifestations se trouve également sur www.pharmasuisse.org, sous Pharmaciens&Politique → Profession pharmacien → Formation postgraduée/Formation continue → Calendrier des manifestations.

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH**

Manifestations reconnues par la FPH officine (O), hôpital (H) et homéopathique (HOM)

Date	O/H/ Hom	titre	organisateur	lieu	heure	informations	PC/ Module	numéro d'identification	prix
Novembre									
17.11.	O	Cardiologia	OFCT	Biasca	19.00	Tél. 091 922 68 66 segretariato@ofct.ch	12.5	**1**-10-70-09-P12.5	gratuit
18.11.	O	Ginecologia: Gardasil; Infezioni	pharmActuel	Manno Aragonite	19.30	Fax 091 923 39 09	15	**1**-3-258-09-P15	20.– con abbonamento, 30.– senza abbonamento
25.11.	O	La sindrome coronarica acuta	OFCT	Locarno	12.00	Tél. 091 922 68 66 segretariato@ofct.ch	9	**1**-10-60-09-P9	gratuit
26.11.	O	Plantes et refroidissements	Université de Genève et Lausanne	Lausanne	20.00–22.00	Tél. 022 379 78 33 www.unige.ch/formcont	16.5	**1**-91-208-09-P16.5	50.–
26.11.	O	Phytothérapie et pathologie des voies respiratoires	SSPM	Lausanne	09.00–17.00	Tél. 021 601 69 20 sspm.phyto@gmail.com	44	**1**-20-104-09-P44	80.– à 400.–
30.11.	O	Studi pratici: Asthme et BPCO	CAP	Lugano	08.30–18.00	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	62.5	**1**-2-193-09-P62.5	Membres du CAP: 330.– Non-membres: 400.–
Décembre									
01.12.	O	Studi pratici: Asthme et BPCO	CAP	Lugano	08.30–18.00	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	62.5	**1**-2-193-09-P62.5	Membres du CAP: 330.– Non-membres: 400.–
02.12.		Studi pratici: Asthme et BPCO	CAP	Lugano	08.30–18.00	Tél. 022 363 00 80 www.pharmacap.ch	62.5	**1**-2-193-09-P62.5	Membres du CAP: 330.– Non-membres: 400.–
02.12.	O	Infezioni delle vie aeree superiori e inferiori	OFCT	Locarno	12.00	Tél. 091 922 68 66 segretariato@ofct.ch	9	**1**-10-61-09-P9	gratuit
03.12.	O/H	Atelier avec analyse de cas	GSASA	Lausanne	sur demande	Carole.Bornand@hjbe.ch	25	**1**-103-415-09-P25	gratuit
09.+ 10.12.	O	Conduite des collaborateurs-l'équipe vivante	SPA AG	Lavey-les-Bains	sur demande	Tél. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-83-09-P100	1240.–

Nous vous demandons de conserver le calendrier des manifestations FPH car les dates de ces manifestations ne seront mentionnées qu'une seule fois dans le pharmaJournal.
Domaines de compétences (correspond au 1er chiffre du numéro d'identification)
1: Compétences pharmaceutiques 2: Compétences en santé communautaire 3: Compétences en gestion 4: Compétences personnelles

FPH-anerkannte Veranstaltungen im Bereich Offizin (O)- und Spitalpharmazie (S) sowie klassischer Homöopathie (H)

Datum	O/S/ H	Titel	Veranstalter	Ort	Zeit	Informationen	KP/ Modul	ID-Nummer	Preis
November									
12.11.	O	Die Weidenrinde-Inhaltsstoffe, Pharmakologie und klinische Studien	Pharmazeutische Gesellschaft Zürich	Zürich	20.00	www.pharm-gz.ch	12.5	**1**-6-51-09-P12.5	Mitgliederbeitrag: 80.–
18.11.	O/S	Einführungskurs pharmazeutische Betreuung von Heimen und Spitälern	GSASA	Bern	auf Anfrage	christine.baertschi@gef.be.ch	25	**1**-103-414-09-P25	70.–
26.11.	O	Konfliktmanagement im Führungsalltag	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**4**-48-61-09-P50	590.–
26.11.	H	Analyse der Arzneimittelprüfung	SAHP	Luzern	09.15–17.15	www.sahp.ch	50	KH-01-17-09-P50	200.– bis 220.–
26.+ 27.11.	O	Der/Die UnternehmerIn als Führungskraft	Metabasis GmbH	auf Anfrage	09.00	Tel. +49 1753 612 29 71 info@metabasisgmbh.de	100	**4**-204-10-09-P100	675.–
27.11.	O/S	PharmaLunch	GSASA	Basel	auf Anfrage	sgphw@sgphw.ch	8.25	**1**-103-412-09-P8.25	28.–
27.11.	O	Schlagfertig & erfolgreicher	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**4**-48-37-09-P50	1450.–
27.11.	O	Mit Projektmanagement Projekte zum Erfolg führen	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-62-09-P50	590.–

→

28.11.	O	Phytotherapie für die weisen Frauen	SMGP	Zürich	13.30–18.00	Tel. 044 262 65 69 bfalch@gmx.ch	29	**1**-20-24-09-P29	150.–
30.11.	O	Mind Mapping	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**4**-48-63-09-P50	590.–
30.11.+ 01.12.	O	Therapiekurs	Spagyros AG	Rorschacherberg	10.00	Tel. 031 959 55 88 kurse@spagyros.ch	100	**1**-142-42-09-P100	530.–
30.11.– 02.12.	O	Kommunikation und Konfliktmanagement	SPA AG	auf Anfrage	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	150	**3**-7-100-09-P150	2400.–
Dezember									
01.12.	O	Von der Sekretärin zur Assistentin – Sicher in die Veränderung	Centre Patronal	Basel	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-64-09-P50	590.–
01.12.	O	Nahrungsmittelallergien	pharm-Actuel	Luzern	19.00	e-odermatt@bluewin.ch	15	**1**-3-254-09-P15	Abonnenten: 20.– Nicht-Abonnenten: 30.– Studenten: 5.–
01.12.	O	COPD-oder wenn die Lunge schlapp macht	Pfizer AG	Bern	19.30–21.30	Tel. 071 914 70 40 pfizeracademy@sto.ch	16.5	**1**-113-15-09-P16.5	gratis
01.12.	O	Betrachtung ausgewählter Arzneipflanzen	SMGP	Zürich	19.00–21.15	Tel. 044 262 65 69 bfalch@gmx.ch	18.5	**1**-20-34-09-P18.5	gratis bis 30.–
01.+ 02.12.	O	Erfolgreich verhandeln	SPA AG	Bern	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-58-09-P100	1240.–
01.+ 02.12.	O	Akquisition und Kundenbindung	SPA AG	Zürich	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-78-09-P100	1420.–
03.12.	O	Tanz der Hormone	Agfam	Zürich	08.30–12.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-13-09-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
03.12.	O	Die Führungskraft zwischen Professionalität und Menschlichkeit	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**4**-48-65-09-P50	590.–
03.12.	O	Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte	Boehringer Ingelheim (Schweiz) AG	Basel	14.00–17.00	Tel. 061 295 25 25 alex.cueni@boehringer-ingelheim.com	20.75	**1**-271-3-09-P20.75	gratis
03.12.	O	2. Vereinsversammlung AVKZ	AVKZ	Zürich	16.00–19.00	Tel. 044 363 45 32 www.avkz.ch	18.5	**2**-56-21-09-P18.5	gratis
03.12.	O	Nationale Tagung zum Rauchstopp	Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention	Bern	09.45–17.00	Tel. 031 599 10 20 info@at-schweiz.ch	50	**2**-316-1-09-P50	gratis
03.12.	O/S	Häufig verlangte Medikamente in Schwangerschaft und Stillzeit – eine Riskobeurteilung	SAPP	Zürich	13.00–18.00	Tel. 044 255 51 36 sappinfo@bluewin.ch	37.5	**1**-288-2-09-P37.5	50.– bis 120.–
03.12.	H	Langwierige Hautkrankheiten bei Tieren	ZAKH	Zürich	18.15–20.45	www.zakh.ch	25	KH-02-24-09-P25	90.–
03.+ 04.12.	O	Gesprächstechniken und Konfliktlösungen für den Alltag (Modul III)	SPA AG	Sigriswil	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-51-09-P100	1240.–
7./14./ 21.12.	O	Montagsfortbildung von Medizin/ Pharmakologie des USB	Universitätsspital Basel	Basel	12.00–12.45	Tel. 061 265 88 62 raetza@uhbs.ch	8.25	**1**-244-2-09-P8.25	150.– / Semester
07.12.	O	Spagyrik Lehrgang 1 «Spagyrik und akute Krankheiten»	Spagyros AG	Gümligen	09.00–17.00	Tel. 031 959 55 88 kurse@spagyros.ch	50	**1**-142-33-09-P50	172.15
07.+ 08.12.	O	Führen mit Wirkung	Monika Lauby Ausbildungsberatung	Luzern	09.30	Tel. 061 691 00 00 info@lauby.ch	100	**3**-102-04-09-P100	950.–
08.12.	O	Von der Sekretärin zur Assistentin – Sicher in die Veränderung	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-64-09-P50	590.–
09.+ 10.12.	O	Persönliche Arbeitstechnik und Zeitmanagement	Monika Lauby Ausbildungsberatung	Olten	14.00	Tel. 061 691 00 00 info@lauby.ch	75	**4**-102-01-09-P75	685.–

Haben Sie Anregungen, Bemerkungen, Vorschläge zu Kursprogrammen oder einzelnen Kursen?
Wir freuen uns auf Ihr Feedback! Fax 031 978 58 59; kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Veuillez adresser vos remarques, suggestions et propositions concernant les programmes ou les divers cours à Madame Kathrin Zybach (fax 031 978 58 59; e-mail: kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Mitteilungen Communications

Widerruf der Zulassung Révocation de l'autorisation de mise sur le marché

Folgende Gründe sind möglich / Motifs envisageables:
1. Verzicht auf den Vertrieb / Arrêt de la distribution
2. Löschung im Überprüfungsverfahren / Radiation dans le cadre de la procédure de réexamen
3. Entlassung aus der Heilmittelkontrolle / Radiation du contrôle des médicaments

Zeichen Signe	Präparat Produit	Widerruf per Révocation au
Humanpräparate/Produits à usage humain		
1	Carmol Dolo, Salbe	1. 7. 2009
1	Ergohydrin, Tabletten	31. 12. 2009
1	Ergohydrin, Tropfen	31. 12. 2009
1	Fluconazol-Mepha 50 mg, Kapseln	18. 8. 2006
1	Fluconazol-Mepha 150 mg, Kapseln	18. 8. 2006
1	Fluconazol-Mepha 200 mg, Kapseln	18. 8. 2006
1	Pharyngor, Dosierspray	3. 8. 2009
1	Platinol, Infusionskonzentrat	30. 11. 2006
1	Raptiva, Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung	10. 7. 2009
1	Trosyd, Spray-Lösung	9. 7. 2009
Tierarzneimittel/Produits à usage vétérinaire		
1	Basalin ad us. vet., abgeteilte Pulver	31. 7. 2009
1	Calcium forte mit Magnesium Medivet ad us. vet., Infusionslösung	19. 8. 2009
1	Medigastrin ad us. vet., Pulver	19. 8. 2009
1	Mediletten ad us. vet., Uterusobletten	19. 8. 2009
1	Mediletten ad us. vet., Uterusobletten (Zus. s. bis Juni 1991)	19. 8. 2009
1	Medisan GP ad us. vet., Suspension in Injektoren	19. 8. 2009
1	Medisec-NeoPan ad us. vet., Euterinjektior	19. 8. 2009

BE: Neues Mitglied

Um die Mitgliedschaft beim Apothekerverband des Kantons Bern bewirbt sich:

Samuel Schmid, Jupiter Apotheke, Jupiterstrasse 15, 3015 Bern

Allfällige Einsprachen sind innert drei Wochen an die Geschäftsstelle des Apothekerverbandes des Kantons Bern, Münzgraben 6, 3000 Bern 7, zu richten.

pharmActuel

bietet aktuelle Fortbildung

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH** Fortbildungsprogramme

Tessin

Data:	Mercoledì, 18 novembre 2009
Soggetto:	**Ginecologia: Gardasil; Infezioni**
Consigliere:	Dr. A. Gianoni
No ID:	1-3-258-09-P15
Sponsor:	Hygis SA
Ora:	Aperitivo: 19.30 inizio relazione: 20.15
Luogo:	Manno Aragonite
Prezzo:	Fr. 20.– con abbonamento pharmActuel Fr. 30.– senza abbonamento pharmActuel
Iscrizione:	pharmActuel, c/o OFCT, Casella postale 5539, 6901 Lugano, Fax 091 923 39 09

Luzern

Datum:	Dienstag, 1. Dezember 2009
Thema:	**Nahrungsmittelallergien**
Referent:	Prof. Dr. med. Barbara Ballmer-Weber, Leitende Ärztin Allergiestation Uni Spital Zürich
ID-NR:	1-3-254-09-P15
Sponsor:	Leo Pharmaceutical Products Sarath Ltd.
Zeit:	Apero: 19.00 Uhr Vortrag: 19.30 Uhr
Ort:	Seminarräumlichkeiten Bahnhofrestauration Luzern
Preis:	Fr. 20.– für pharmActuel-Abonnenten Fr. 30.– für Nichtabonnenten Fr. 5.– für Studenten
Anmeldung:	e-odermatt@bluewin.ch

Deutschland Selbstmedikation: Verbraucher hinterfragen Apothekenpflicht

Welche Präparate sollte es weiterhin nur in der Apotheke geben, welche sollten auch in Drogeriemärkten erhältlich sein? Diese Frage stellte das Marktforschungsunternehmen TNS Infratest mehr als 3300 Apothekenkunden. Jeder fünfte Befragte befürwortet den Vertrieb bislang apothekenpflichtiger Arzneimittel durch Supermärkte und Drogerien. 37% können sich die Öffnung der Vertriebswege zumindest für einige Produkte vorstellen. Dagegen war jeder zehnte Befragte der Meinung, dass eine generelle Freiverkäuflichkeit auf keinen Fall eingeführt werden sollte. Jeder Fünfte stand einer entsprechenden Regelung eher ablehnend gegenüber und wollte zumindest nicht alle Produkte freigeben.

Punkten kann die Apotheke durch das persönliche Gespräch bei der Abgabe: 95% gaben an, sie wollten in der Apotheke eine gute Beratung erhalten. Mehr als die Hälfte der Befragten legt zudem Wert darauf, dass sich das Apothekenpersonal für den persönlichen Gesundheitszustand interessiert, aktiv nachfragt und Gesundheitsleistungen und -beratungen anbietet.

www.apotheke-adhoc.de

Deutschland Nasenspray: Verbraucher zu sorglos

40% der Deutschen unterschätzen die Risiken von abschwellenden Nasensprays. Das ist das Ergebnis einer Forsa-Umfrage im Auftrag der Techniker Krankenkasse. Jeder vierte Befragte gab an, dass die Mittel problemlos bis zu zwei Wochen angewendet werden könnten. 12% glaubten, dass sie Nasenspray auch länger als zwei Wochen einnehmen könnten, und 4% gingen sogar davon aus, dass sie die Mittel zeitlich unbegrenzt einsetzen könnten. Jeder Achte räumte ein, dass er Nasenspray schon einmal länger als empfohlen eingesetzt hat. Für die Umfrage hat das Meinungsforschungsinstitut 1000 Menschen repräsentativ befragt. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen schätzt die Zahl der Nasenspray-Süchtigen auf 100 000.

www.apotheke-adhoc.de

GE: Liste des diplômés 2009 – maîtrise universitaire en pharmacie

Adlouni-Alami Oussama
Anguish Isabelle
Batista Carmona Aidelys
Bendhiaf Sarah-Marie
Ben Zaied Aziza
Bergamin Leslie
Bernardi Laetitia
Brun Loïc
Carrez Laurent
Caso Maria
Challal Soura
Christen Joëlle
Coi Diana
Dilan Sarven
Djouani Yassine
Dolci Ugo
Domingues Silvia
Dreyer Julia
Engel Hansjuerg
Farina Facal Julia
Fringeli Juliane
Gogniat Laurence
Guenat Caroline
Hachem Zakie
Henry Anne
Hmicha Bouchra
Kaderli Sema
Katroshi Marisa
Kauz Sandrine
Kiener Amalys Lydie
Kolly Vanessa
Lapp Albertine
Marendaz Carole
Mattiuzzo Marc
Mahtali(Mekideche) Hanane
Mehmeti Adelina
Mohamed Mohamed
Mountassir Khadija
Pauchard Martine
Perrenoud Alexandre
Salem Amine
Salvador Monica
Savary Laetitia
Schuetz Muriel
Schut Sophie
Sermier Pascal
Sieber Nicolas
Tamo Federico
Terrier Lara
Troxler Stéphanie
Zaari Ilham
Zeukeng Minette-Joëlle

ForumOfac 2009

Am 25. September fand in Bern das ForumOfac 2009 statt. In einem ersten Teil der Veranstaltung wurden die Ergebnisse einer von M.I.S. Trend durchgeführten Verbraucherumfrage zum Thema «Wahrnehmung der Apotheke» präsentiert: Aus der repräsentativen Studie geht unter anderem hervor, dass 62% der Schweizerinnen und Schweizer immer in dieselbe Apotheke gehen. Im zweiten Teil des Forums diskutierte ein Expertengremium über die Zukunft der Apotheken in der Schweiz. Weitere Informationen sind zu finden unter: www.forum.ofac.ch.

†

Todesanzeige

Wir haben die traurige Pflicht, unsere Mitglieder vom Hinschied von

Herrn

Charles Jacquemai

28.1.1929–12.8.2009

Apotheker, Suhr
Mitglied des Verbands seit 1954
Freimitglied seit 1990

in Kenntnis zu setzen.

Wir sprechen seinen Angehörigen unser herzliches Beileid aus und werden dem Verstorbenen ein ehrendes Andenken bewahren.

pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverband
Der Vorstand

pharmaSuisse: Neue Mitglieder
pharmaSuisse: Nouveaux membres

Um die Mitgliedschaft beim Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse bewerben sich:
Ont posé leur candidature à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse:

Apotheker/Pharmaciens
Praefke Antje, Bern, BE
Keller Veronica, Küssnacht/Rigi, SZ

Stud. pharm./Etudiants pharm.
Aydin Yeliz, Littau, LU
Bianchi Laura, Riva S. Vitale, TI
Wyer Sebastian, Visp, VS

Einsprachen gemäss Reglement Art. 3 Ziff. 3.2 sind innert 10 Tagen schriftlich mit Begründung an den Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld zu richten.

Selon l'art. 3 chiffres 3.2 du règlement, les oppositions éventuelles doivent être motivées et adressées par écrit, dans les 10 jours, à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld.

Grippe-Prävention

Am 30. Oktober 2009 hat das BAG die dritte Kommunikationswelle der Kampagne «Gemeinsam gegen Grippe» gestartet. Alle Informationsunterlagen können auf www.pandemia.ch heruntergeladen werden. Mitglieder von pharmaSuisse finden zudem weiterführende Informationen zum Impf-Check unter www.pharmaSuisse.org im Mitgliederbereich.

Prévention de la grippe

Le 30 octobre 2009, l'OFSP a lancé la troisième phase de communication de la campagne «Unis contre la grippe». Tous les documents d'information peuvent être téléchargés depuis le site www.pandemia.ch. Les membres de pharmaSuisse trouveront en outre des informations plus complètes sur le test vaccination dans le domaine protégé du site www.pharmaSuisse.org.

Qualitätszirkel

Die Qualitätszirkel-Kurse sind ausgerichtet auf die Bedürfnisse aller Apotheker, die sich um eine qualitativ hochstehende Fortbildung ohne Druck von Seiten der Industrie und der Opinionleaders bemühen. Die Kurse sind allen interessierten Apothekerinnen und Apothekern zugänglich, unabhängig davon, ob Sie Animatoren eines Qualitätszirkels mit Ärzten sind oder nicht.

Der Qualitätszirkel-Basiskurs findet in Olten und Zürich, die Updates finden in Bern, Olten, Zürich und im Tessin statt.

Sind Sie interessiert?
Die Kursdaten, das Anmeldeformular sowie weitere Informationen finden Sie unter www.pharmaSuisse.org → Fachpersonen → Produkte & Dienstleistungen → Qualitätszirkel.

Alle Unterlagen können auch per Post oder E-Mail angefordert werden bei

pharmaSuisse
Schweizerischer Apothekerverband
Sabine Trachsel König
Stationsstrasse 12
3097 Liebefeld
Tel. 031 978 58 58
E-Mail: sabine.trachsel@pharmaSuisse.org

Die Kurse können nur bei einer Teilnehmerzahl von mindestens 15 Apothekerinnen und Apothekern durchgeführt werden. Falls sich nicht genügend Personen anmelden, wird der Kurs in der entsprechenden Region annulliert.

Anmeldefrist: 31. Dezember 2009

Wir freuen uns auf zahlreiche interessierte Apothekerinnen und Apotheker, um unseren Kreis zu erweitern. ▮

Cercles de qualité

Les cours des cercles de qualité sont adaptés aux besoins de tous les pharmaciens soucieux de suivre un enseignement de qualité loin des pressions de l'industrie et des leaders d'opinion. Animateurs ou non d'un cercle avec des médecins, ces cours sont pour vous.

Le cours de base aura lieu à Lausanne et au Tessin.
Les Updates auront lieu à Fribourg, Genève, Lausanne, La Chaux-de-Fonds et Sion.

Intéressé(e)?
Vous trouverez les dates, le formulaire d'inscription et plus d'informations sous www.pharmaSuisse.org → Professionnels → Produits & Prestations → Cercle de qualité.

Les documents peuvent également être commandés par poste ou par courriel auprès de

pharmaSuisse
Société Suisse des Pharmaciens
Sabine Trachsel König
Stationsstrasse 12
3097 Liebefeld
Tél. 031 978 58 58
E-mail: sabine.trachsel@pharmaSuisse.org

Les cours sont uniquement organisés à partir d'un nombre minimal de 15 participants. Si le nombre d'inscriptions n'est pas suffisant, le cours est annulé dans la région correspondante.

Délai d'inscription: 31 décembre 2009

Nous nous réjouissons de vous accueillir nombreux … pour agrandir le cercle. ▮

23 | 11.2009

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 19.11.2009, 147. Jahrgang

Nr. | No
23



Psychopharmaka

Dosierung im Off-Label-Use S. 4

Médicaments psychotropes

Dosage «off label» p. 8

→ Pharmazie und Medizin · Pharmacie et médecine

AKA: Rolle des Apothekers bei Off-Label-Medikation

CMPS: rôle du pharmacien dans les traitements «off label»

→ Politik · Politique

Medikamentensicherheit durch Rückverfolgbarkeit

Traçabilité des médicaments pour une meilleure sécurité

→ Markt · Economie

Remise des affaires opérationnelles: planification

Psychopharmaka – Off-Label-Use (2/2)

Pierre Baumann, Pierre Voirol

Das Verschreiben einer höheren als der in der Fachinformation angegebenen maximalen Dosis bedeutet eine Off-Label-Verwendung und birgt das Risiko, die noch akzeptierbare Grenze eines vorteilhaften Nutzen-Risiko-Verhältnisses zu überschreiten. Die Überprüfung der Dosis ist eine zentrale Aufgabe bei der Rezeptvalidierung durch die Apotheker. Der Artikel diskutiert die Literatur und die Praxis in der Off-Label-Dosierung von Psychopharmaka, um den Apothekern die Aufgabe zu erleichtern. Der Off-Label-Use ausserhalb der zugelassenen Diagnose/Indikation, Demografie und Dauer ist im pharmaJournal 22/09 publiziert.

Das Prinzip, eine obere Grenze für einen Dosisbereich zu definieren, stammt aus einer Zeit, in der es noch nicht möglich war, mittels therapeutischem Drug Monitoring und pharmakogenetischen Tests über ein direkteres Mass als die Dosis für die individuelle Bioverfügbarkeit eines Medikamentes zu verfügen [19,20]. In den Phasen II und III Studien, in denen die optimalen Dosisbereiche betreffs klinischer Wirksamkeit und Nebenwirkungsprofil eruiert werden, werden diese biologischen Daten noch ungenügend berücksichtigt. Auch werden zu wenige Patienten untersucht, um ein endgültiges Bild über die interindividuellen Unterschiede im Metabolismus und in der Pharmakokinetik des Wirkstoffes und seiner aktiven Metaboliten zu gewinnen.

Tatsache ist, dass je nach pharmakogenetischem Status (z.B. im Zusammenhang mit gewissen Isoformen von Cytochrom P-450), zig-fache Unterschiede in den Gleichgewichtskonzentrationen des Medikamentes im Blut von mit gleichen Dosen behandelten Patienten vorliegen können. Eine Untergruppe von ultraschnellen Metabolisierern von CYP2D6-Substraten weist eine Genmultiplikation dieses Enzyms auf. Werden sie mit solchen Medikamenten behandelt, braucht es oft massiv höhere als zugelassene Dosen, um therapeutische Plasmaspiegel und einen klinischen Erfolg zu beobachten.

Historische Beispiele sind inzwischen die Behandlung von depressiven Patienten mit dem typischen CYP2D6-Substrat Nortriptylin, dessen üblicher Dosisbereich zwischen 75 und 150 mg/Tag beträgt: Bei einem Patienten mit einer genetischen Defizienz von CYP2D6 (Poor Metaboliser; PM) genügte eine Tagesdosis von 20 mg, während bei einem ultraschnellen Metabolisierer 500 mg/Tag verschrieben werden mussten, um therapeutische Plasmaspiegel von Nortriptylin und eine klinische Besserung zu erhalten [21].

Verantwortung bei Off-Label-Dosierungen

Die unterschiedlichen Metabolisierungsraten werden in den Fachinformationen nicht berücksichtigt, aber es ist zutreffend, dass auch solche Angaben nur begrenzt dazu beitragen könnten, jedes Risiko von Nebenwirkungen zu vermeiden und eine optimale Wirksamkeit zu garantieren.

Guidelines und andere von Experten verfasste Empfehlungen berücksichtigen oft nur marginal die Vorschriften der Fachinformation [2,6–8,22]. Die Fachinformationen sind nicht für alle Länder einheitlich verfasst und die Expertengruppen arbeiten meist auf internationaler Ebene. Sie stützen ihre Empfehlungen mehrheitlich auf die aus der Literatur gewonnenen Erkenntnisse (evidence based medicine). Es kommt daher häufig vor, dass gerade für Patienten, welche auf übliche und zugelassene Therapiestrategien ungenügend ansprechen, Off-Label-Verschreibungen empfohlen werden.

Auf jeden Fall verschreibt der Arzt eine höhere Dosis auf seine Verantwortung. Tatsächlich sind es der verschreibende Arzt wie auch der Apotheker und das Pflegepersonal, und nicht der Hersteller, welche bei Off-Label-Use die Verantwortung für eine Schädigung des Patienten zu übernehmen haben.

Kombination verschiedener Wirkstoffe

Ein bedeutender Anteil von Patienten spricht auf eine als adäquat anzusehende medikamentöse Behandlung nicht an oder erträgt eine als maximale Dosis verschriebene Medikation nicht. In diesen Situationen ist es üblich, Medikamente mit gleicher Indikation und komplementärem Mechanismus zu kombinieren. Indem von jedem Wirkstoff eine niedrigere als die maximale Dosis verschrieben wird, können oft die klinische Wirkung verbessert und die spezifischen Nebenwirkungen des einzelnen Medikamentes niedrig gehalten werden.

Wie kann man nun vermeiden, sich bezüglich der Gesamtdosis im Off-Label-Bereich zu befinden? Für die Antipsychotika wurden Listen erstellt, welche die klinische Äquivalenzdosis der einzelnen Wirkstoffe im Vergleich zu einer Standarddosis von 100 mg Chlorpromazin angeben. Chlorpromazin war das erste auf dem Markt erhältliche Neuroleptikum, wird aber kaum mehr verschrieben. Werden zwei Antipsychotika verschrieben, werden die Dosen in Äquivalenzdosen zu Chlorpromazin berechnet: Die Summe der Äquivalenzdosen soll 1000 mg/Tag nicht überschreiten, um nicht in den Off-Label-Bereich zu geraten. Dieses Verfahren hat seine Grenzen, da verschiedene Autorengruppen unterschiedliche Listen aufgestellt haben. Diese Medikamente haben zwar als gemeinsamen Wirkmechanismus die Hemmung von Dopamin-D2-Rezeptoren, unterscheiden sich jedoch oft bedeutend in ihrer Affinität für andere Rezeptoren, beispielsweise Hemmung von muskarinischen Acetylcholin-, histaminergen H1- und alpha1-noradrenergen Rezeptoren, welche einen Teil des jeweiligen Nebenwirkungsgprofils definieren [23]. So handelt es sich schliesslich bei der Berechnung von Äquivalenzdosen um einen Vergleich von Äpfeln mit Birnen.

Interessanterweise sind solche Äquivalenzberechnungen für andere psychotrope Pharmaka wie Antidepressiva,

Mood Stabilizer und Tranquilizer/Hypnotika nicht üblich. Es wird deshalb noch ein anderes Verfahren empfohlen, welches aber kaum angewendet wird: Bei der Kombination von zwei Medikamenten der gleichen Klasse wird die Dosis der einzelnen Wirkstoffe in Prozent der maximalen zugelassenen Dosis ausgedrückt. Die Summe soll 100 Prozent nicht überschreiten.

Andererseits gibt es zahlreiche Arbeiten, welche auch durch die klinische Erfahrung bestätigt werden, die zeigen, dass der Einsatz von hohen Off-Label-Dosen auch zu guten therapeutischen Ergebnissen führen kann. Einschränkend trifft aber auch zu, dass diese Studien von ihrer Qualität, vor allem was die Anzahl von untersuchten Patienten betrifft, nicht ausreichend die Unbedenklichkeit von Kombinationen beweisen. Ausserdem gibt es auch nur sehr wenige Zulassungen von Medikamentenkombinationen in der Psychiatrie.

Monotherapie mit Antipsychotika

Beispiel: Bei Quetiapin handelt es sich um ein atypisches Antipsychotikum mit einem Anwendungsbereich, der sich ständig erweitert. Es ist für die Behandlung der Schizophrenie, von bipolaren Störungen und insbesondere für die bipolare Depression zugelassen. Auffallend ist, dass hier die Tendenz besteht, Off-Label-Dosen zu verschreiben, falls sich niedrigere Dosen als nicht effizient erweisen. Behandelt wird dieses Thema in der Literatur selten, aber eine kleine Studie beschreibt die Behandlung von therapieresistenten schizophrenen Patienten, welche zum Teil mit Dosen von 1200 bis 1400 mg/Tag Quetiapin behandelt wurden [24]. In dieser Arbeit wird nun eine andere Fallstudie zitiert, in der die Quetiapindosis sogar 2400 mg/Tag erreichte. Risiken bei diesen Dosen sind ein metabolisches Syndrom und wie bei vielen psychotropen Pharmaka eine QT-Verlängerung im EKG (www.azcert.org/medical-pros/drug-lists/drug-lists.cfm) [25].

Leider ist nicht in allen Situationen sofort verständlich, warum ein Patient erst bei sehr hohen Dosen auf eine Behandlung anspricht.

Beispiel [26]: Eine alle 14 Tage verabreichte 50 mg Dosis von Risperidon in Depotform erwies sich für die Behandlung eines schizophrenen Patienten als ungenügend, ebenso wie eine Zugabe von 4 mg/Tag oralem Risperidon und von 20 mg/Tag Fluoxetin, welches den Abbau von Risperidon über eine Hemmung von CYP2D6 und CYP3A4 verlangsamt. Erst nach einer alle 14 Tage wiederholten Behandlung mit 125 mg Risperidon in Depotform trat allmählich eine auffällige klinische Besserung auf. Die Plasmaspiegel von Risperidon und seinem aktiven Metaboliten 9-OH-Risperidon erreichten erst zu diesem Zeitpunkt klinisch bedeutsame Werte, obwohl der CYP2D6 genotypisierte Patient kein ultraschneller Metabolisierer war.

Monotherapie mit Antidepressiva

Die SSRIs und die sowohl noradrenerg wie serotonerg («dual») wirkenden Antidepressiva gehören heute zu den am meisten verschriebenen Antidepressiva. Anscheinend gibt es in der Deutschschweiz eine eher einzigartige Situation, indem von einem Kreis von Ärzten extrem hohe Dosen von Antidepressiva verschrieben werden. Es liegen keine systematischen Untersuchungen über die Wirksamkeit und die Verträglichkeit dieser Medikamente in diesem Off-Label-Bereich vor [27].

Eine Studie über Plasmaspiegel von Citalopram und seiner Enantiomere bei Patienten, deren Diagnose nicht eindeutig zugeordnet werden konnte und für welche leider auch keine anderen klinischen Daten zur Verfügung standen, zeigt aber, dass Dosen bis zu 360 mg/Tag verschrieben wurden und die Citalopram Plasmaspiegel wie erwartet sehr hoch waren [28].

Auch für andere moderne Antidepressiva gibt es ähnliche, auch nicht systematisch erhobene und leider unveröffentlichte Labordaten. SSRIs sind verhältnismässig sichere Medikamente, aber gerade für Citalopram gibt es Berichte über ein Serotoninsyndrom mit möglichem letalem Ausgang, insbesondere bei einer Kombinationstherapie mit MAO-Hemmern oder anderen serotonergen Wirkstoffen wie Tryptophan/5-Hydroxytryptophan, den Vorstufen zu Serotonin [29]. Es ist daher bedauerlich, dass im Zusammenhang mit sehr hohen SSRI-Dosen keine klinischen Fall- oder Gruppenstudien veröffentlicht wurden. Erstaunlicherweise gibt es aber auch eine Beobachtung eines Serotoninsyndroms bei niedrigen Dosen von Citalopram (10 mg/Tag) oder Sertralin (25 mg/Tag) [30].

Hingegen gibt es Fallstudien über eine erfolgreiche Behandlung von depressiven Patienten mit hohen Dosen (450–600 mg/Tag) von Venlafaxin [31], nachdem sie sich auf mehrere, vorangehende Behandlungsversuche (andere Antidepressiva, allein oder kombiniert mit «Augmentoren» wie Lithium, Elektrokrampftherapie) als therapieresistent erwiesen hatten. In einem Fall besserte sich der klinische Zustand einer depressiven, bei niedrigen Dosen nicht ansprechenden Patientin erst nach einer Behandlung mit 600 mg/Tag Venlafaxin, obwohl sie als genetisch defiziente Metabolisiererin (CYP2D6) extrem hohe Plasmaspiegel von Venlafaxin aufwies [32].

Selbstverständlich genügen diese Studien nicht, um die Unbedenklichkeit eines solchen Vorgehens endgültig zu beweisen, aber in Anbetracht einer scheinbar klinisch auswegslosen Situation ist deren Einsatz mit Einschränkungen verständlich, sofern einige Vorsichtsmassnahmen (Überprüfung des somatischen Zustandes der Patienten, regelmässige Blutdruckmessungen, EKG, therapeutisches Drug Monitoring) eingehalten werden.

Kombinationen bei Präsenz von verschiedenen Syndromgruppen

Wie schon erwähnt, gibt es keine allgemeine gesetzliche Beschränkung für die Kombination von Medikamenten der gleichen Wirkungsklasse zur Erhöhung der Responserate oder zur Erweiterung des Wirkungsspektrums bei gleichzeitiger Präsenz von verschiedenen Syndromen oder Symptomgruppen.

Beispielsweise birgt die Kombination von Clozapin mit dem Antikonvulsivum Carbamazepin oder mit Maprotilin das Risiko einer Erhöhung von Nebenwirkungen vom Typ hämatologische Störungen (Leukopenie) respektive Krampfanfälle. Gerade im Falle einer Leukopenie, welche nicht dosisabhängig ist, ist dieses Risiko höher bei einer im normalen Dosisbereich liegenden Kombination von Clozapin mit Carbamazepin als bei einer Behandlung mit Clozapin im Off-Label-Bereich.

Was sagen die Guidelines?

Interessanterweise empfehlen Guidelines für die Behandlung von therapieresistenten Patienten mehrheitlich eine Kombination von Medikamenten, nachdem die maximal zulässige Dosis des ungenügend wirksamen Medikamentes erreicht wurde. Die Empfehlung von höheren Off-Label-Dosen ist nicht üblich, obwohl die Möglichkeit eines solchen Vorgehens gelegentlich erwähnt wird. Der Grund dafür mag Selbstschutz der Experten sein, aber

auch der Mangel an entsprechenden, qualitativ hochstehenden Studien, welche eine Off-Label-Empfehlung erlauben.

Bei Angststörungen sind interessanterweise die empfohlenen Dosisbereiche für Antidepressiva, von denen die meisten auch für die eine oder andere dieser Pathologien zugelassen sind, etwas niedriger oder ähnlich denen, die für die antidepressive Wirkung notwendig sind [1]. Eine Ausnahme bildet die Zwangsstörung (Obsessive compulsive disorder; OCD), für welche nur serotonerge Antidepressiva wirksam sind, also die SSRIs und das serotonerge (wie auch, in vivo, noradrenerge) Clomipramin. Für diese Indikation sind oft höhere Dosen notwendig, aber auch hier spricht man nur von Dosen «im höheren Bereich», das Wort «Off-Label» wird vermieden [2,14]. Hingegen wurde bei therapieresistenten OCD-Patienten die Dosis von 50 mg/Tag Escitalopram geprüft, wobei die Nebenwirkungen mit Ausnahme einer Abnahme der Libido bei einem Drittel der Patienten gering ausfielen [33].

Die Rolle der Apotheker

Interaktionen

In allen Situationen, bei denen eine Polymedikation vorliegt, sollte sich nicht nur der Arzt, sondern auch der Apotheker vergewissern, dass die verschriebene Assoziation von Medikamenten nicht ein zu grosses Risiko von pharmakodynamischen und/oder pharmakokinetischen Interaktionen bildet. Für eine solche Überprüfung stehen Interaktionsprogramme zur Verfügung, wie z. B. das von mediQ (www.mediq.ch), welches ca. 16 000 Kombinationen beschreibt. Die Erfahrung zeigt aber auch, dass häufig auf eine therapeutisch wertvolle Kombination aus Furcht vor Interaktionen verzichtet wird. Bedauerlicherweise, denn Risiken könnten mit langsamem Titrieren der Dosen und eventuell einem therapeutischen Drug Monitoring (Plasmaspiegelbestimmung der Medikamente) vermindert werden.

Dosis

Leider enthalten nicht alle Rezepte Informationen über die verschriebene Medikamentendosis pro Tag. Nun ist dies aber sicher ein Punkt, wo der Apotheker eine Bestätigung der Dosen verlangen sollte, falls aus seiner Sicht eine Risikosituation vorliegt. Diese ist unter anderem gegeben, wenn der Patient eine Polymedikation erhält, sei es wegen Komorbiditäten, sei es, weil der Arzt durch eine Kombination von Medikamenten die klinische Wirkung verbessern möchte. Wie oben beschrieben, wird in den Guidelines kaum jemals empfohlen, die Dosen bis in den Off-Label-Bereich zu erhöhen, wenn die in der Fachinformation angegebenen Dosisbereiche ungenügend wirksam sind. Es darf noch einmal darauf hingewiesen werden, dass es kaum Studien über die klinische Wirkung und Verträglichkeit von «ultrahohen» Dosen von psychotropen Medikamenten gibt. Andererseits trifft auch zu, dass die Forschung noch keine Ergebnisse über die biologischen Ursachen von Geisteskrankheiten ergeben hat, welche für eine Diagnose oder Voraussage des Verlaufs der Krankheit bei medikamentöser Behandlung verbindlich verwendet werden können. Es ist deshalb möglich, dass ultrahohe Dosen bei dem einen oder anderen Patienten nützlich sein können.

Fazit

Abschliessend ist zusammenzufassen, dass in Anbetracht von häufigen Situationen, in denen der Arzt mit einer On-Label-Medikation keine oder eine ungenügende Wirkung bei psychiatrischen Patienten erreicht, die Kombination von Medikamenten zur Verbesserung der klinischen Wirkung verständlich ist, insbesondere, wenn ihr Nutzen durch klinische Versuche dokumentiert wurde. Die Verschreibung von Off-Label-Dosen ist relativ häufig, sie wird aber allgemein von den Experten, welche Richtlinien erstellen, kaum empfohlen. Es kann deshalb für den Apotheker schwierig sein, in Anbetracht seiner Pflicht, Verschreibungen zu validieren, mit dem Arzt einen konstruktiven Dialog zu pflegen. Notfalls muss er ihm seine Bedenken über eine Verschreibung mitteilen. Vorsicht ist besonders geboten bei Erstverschreibungen oder Therapieänderungen bezüglich Dosierung, Wirkstoff, Dauer usw. Wenn die Therapie bereits auf Off-Label-Dosen eingestellt wurde, ist ein Therapieabbruch durch eine autonome Abgabeverweigerung durch den Apotheker unbedingt zu vermeiden. Zwingend muss vorab ein Gespräch mit dem Arzt stattfinden. ▮

Dieser Artikel wurde im Auftrag der AKA geschrieben von:

Pierre Baumann, Prof. Dr. rer. nat., dipl. Chem., Klinischer Pharmakologe SPC, Département de psychiatrie (DP-CHUV), Site de Cery, Prilly-Lausanne
E-Mail: pierre.baumann@chuv.ch

Pierre Voirol, Dr. pharm., Spitalapotheker FPH, Pharmacie du CHUV, Lausanne

Wir danken Frau Andrea Appenzeller, Apothekerin (Rees, Nordrhein-Westfalen, Deutschland) für ihre stimulierenden Fragen und Diskussionsbeiträge.

Korrespondenzadresse
Arzneimittelkommission der Schweizer Apotheker AKA
Postfach 5247, 3001 Bern
Tel. 044 994 75 63
Fax 044 994 75 64
E-Mail: mail@aka.ch

Literatur auf Anfrage unter www.pharmaSuisse.org im Mitgliederbereich sowie unter www.aka.ch.

Utilisation «off label» des médicaments psychotropes (2/2)

Pierre Baumann, Pierre Voirol

La prescription d'une dose supérieure à la dose maximale indiquée dans l'information professionnelle signifie une utilisation dite «off label», c'est-à-dire à des doses hors des limites autorisées. Cela comporte le risque de dépasser la frontière encore favorable d'un rapport bénéfic-risque. La vérification de la dose est un devoir essentiel lors de la validation d'ordonnance par le pharmacien. L'article discute de la littérature et de la pratique des posologies «off label», de façon à faciliter la tâche du pharmacien. L'utilisation «off label» par rapport au diagnostic/à l'indication, aux caractéristiques démographiques du patient et à la durée du traitement a été traitée dans le pharmaJournal 22/09.

Le principe de définition d'une limite supérieure pour une dose vient de l'époque où il n'était pas encore possible de disposer du dosage du médicament dans le sang à des fins thérapeutiques («Drug Monitoring») et de tests pharmacogénétiques. Ces outils peuvent certainement être considérés comme un meilleur moyen de mesure de la biodisponibilité du médicament que la dose [19, 20].

Ces données biologiques sont encore insuffisamment prises en compte dans les études de phase II et III qui établissent la dose optimale procurant l'efficacité clinique et définissant le profil d'effets indésirables. De même, un trop petit nombre de patients est étudié pour obtenir un tableau définitif des différences interindividuelles du métabolisme et de la pharmacocinétique de la substance ainsi que de ses métabolites actifs.

Le fait est qu'en fonction du statut pharmacogénétique (p. ex. en relation avec certains isoformes du cytochrome P-450), on peut noter des différences significatives entre les concentrations sanguines d'un médicament mesurées à l'équilibre chez des patients traités par des doses identiques. Un sous-groupe de métaboliseurs ultrarapides des substrats de CYP2D6 présente une multiplication génétique de cette enzyme. S'ils sont traités par ce type de médicament, il est souvent nécessaire d'administrer des doses bien plus élevées que la dose autorisée afin d'observer un taux plasmatique thérapeutique et un succès clinique.

Des exemples historiques concernent des patients déprimés traités par la nortriptyline, un substrat typique du CYP2D6 dont l'intervalle de dose usuel se situe entre 75 et 150 mg/jour: chez un patient qui présente un déficit génétique en CYP2D6 (métaboliseur lent ou «Poor Metaboliser»; PM), une dose quotidienne de 20 mg est suffisante, tandis que chez un métaboliseur ultrarapide, il faut prescrire une dose de 500 mg/jour pour obtenir un taux plasmatique thérapeutique de nortriptyline et une amélioration clinique [21].

Responsabilité lors de la prescription d'une dose «off label»

L'information professionnelle ne considère guère la variabilité interindividuelle dans le métabolisme des médicaments, mais il est aussi exact que ces informations ne peuvent contribuer que d'une façon limitée à éviter tout risque d'effets secondaires et à garantir une efficacité optimale.

Les directives et autres recommandations rédigées par des experts ne tiennent souvent compte que de façon marginale des instructions de l'information professionnelle [2,6–8,22]. Ces dernières ne sont pas rédigées de façon homogène pour tous les pays, et les groupes d'experts travaillent le plus souvent sur un plan international. Ils appuient majoritairement leurs recommandations sur des conclusions issues de la littérature (médecine basée sur les preuves ou «evidence based medicine»). Souvent, des prescriptions «off label» sont donc conseillées aux patients qui ne répondent pas suffisamment aux stratégies thérapeutiques autorisées et habituelles.

Lors d'une utilisation «off label», c'est réellement le médecin prescripteur ainsi que le pharmacien et le personnel de soins et non le fabricant qui assument la responsabilité d'un préjudice si le patient présente un effet indésirable.

Combinaison de différentes substances

Une proportion importante de patients ne répond pas à un traitement médicamenteux considéré comme adéquat ou ne supporte pas une dose maximale du médicament prescrit. Dans ce cas, il est habituel de combiner des médicaments ayant la même indication et des mécanismes d'action complémentaires. Prescrire une dose plus faible que la dose maximale pour chaque substance peut souvent améliorer l'efficacité clinique et maintenir à un niveau faible les effets indésirables des médicaments considérés individuellement.

Comment peut-on maintenant éviter de se retrouver dans la zone «off label» pour la dose totale? Pour les antipsychotiques, des listes donnant les doses équivalentes des substances individuelles comparées à une dose standard de 100 mg de chlorpromazine ont été établies. La chlorpromazine, qui a été le premier neuroleptique commercialisé, n'est plus guère prescrite. Si deux antipsychotiques sont prescrits, les doses sont calculées en doses équivalentes par rapport à la chlorpromazine: la somme des doses équivalentes ne doit pas dépasser 1000 mg/jour pour ne pas se trouver dans la zone «off label». Cette méthode a ses limites étant donné que différents groupes d'auteurs ont établi des listes différentes. Ces médicaments ont à vrai dire un mécanisme d'action commun, à savoir l'inhibition des récepteurs D2 à la dopamine. Ils se différencient toutefois souvent par leur affinité pour d'autres récepteurs, par exemple l'inhibition des récepteurs muscariniques à l'acétylcholine, à l'histamine H1 et alpha-1 noradrénergiques qui définissent une part de chacun des profils d'effets indésirables [23]. Il s'agit donc finalement du calcul de doses équivalentes pour comparer des pommes et des poires.

Curieusement, on n'utilise pas ce type de calcul pour d'autres psychotropes comme les antidépresseurs, les stabilisateurs de l'humeur et les tranquillisants/hypnotiques. C'est la raison pour laquelle une autre méthode est recommandée, mais peu utilisée: lors de la combinaison de deux médicaments de la même classe, la dose de substance individuelle est exprimée en pourcentage de la dose maximale autorisée. La somme des deux ne doit pas dépasser 100.

D'autre part, il existe de nombreux travaux, confirmés par l'expérience clinique, montrant que l'instauration de doses «off label» élevées peut aussi entraîner de bons résultats thérapeutiques. Les limites de ces études portent toutefois sur leur qualité, surtout en ce qui concerne le nombre des patients étudiés qui était insuffisant pour montrer l'innocuité des associations. De plus, il existe aussi très peu d'autorisations de combinaison de médicaments en psychiatrie.

Antipsychotiques en monothérapie

Exemple: la quétiapine est un antipsychotique atypique dont l'éventail des indications s'élargit constamment. Il est autorisé dans le traitement de la schizophrénie, des troubles bipolaires, et notamment de la dépression bipolaire. Il est frappant de constater qu'il existe une tendance à prescrire des doses «off label» dans le cas où des doses plus faibles se révèlent inefficaces. Cette question est rarement abordée dans la littérature, mais une petite étude décrit le traitement de patients schizophrènes résistants au traitement qui ont reçu des doses de 1200 à 1400 mg/jour de quétiapine [24]. Ce travail cite maintenant une autre étude de cas dans laquelle la dose de quétiapine atteint même 2400 mg/jour. Les risques liés à ces doses sont un syndrome métabolique, et comme pour un bon nombre de médicaments psychotropes, un allongement de l'intervalle QT à l'électrocardiogramme (ECG) (www.azcert.org/medical-pros/drug-lists/drug-lists.cfm) [25].

Malheureusement, il n'est pas toujours clair pourquoi un patient ne répond qu'à des doses très élevées d'un traitement.

Exemple [26]: une dose de 50 mg de rispéridone à libération prolongée administrée tous les 14 jours s'avère insuffisante pour le traitement d'un patient schizophrène, tout comme d'ailleurs l'ajout de 4 mg/jour de rispéridone par voie orale et de 20 mg/jour de fluoxétine, substance qui ralentit l'élimination de la rispéridone par une inhibition du CYP2D6 et CYP3A4. Une amélioration clinique frappante se manifeste progressivement après un traitement répété tous les 14 jours de 125 mg de rispéridone à libération prolongée. Les concentrations plasmatiques de la rispéridone et de son métabolite actif, la 9-OH-rispéridone, ont atteint des valeurs cliniquement significatives, même si le patient n'a pas été génotypé comme métaboliseur ultra-rapide CYP2D6.

Antidépresseurs en monothérapie

Les ISRS et les antidépresseurs à double action («dual») noradrénergique et sérotoninergique font aujourd'hui partie des antidépresseurs les plus prescrits. En Suisse alémanique, il semblerait qu'un groupe de médecins ait tendance à prescrire de très hautes doses d'antidépresseurs. Il n'existe aucune étude systématique sur l'efficacité et la tolérance de ces médicaments dans cette zone «off label» [27].

Une étude a été effectuée sur les taux plasmatiques du citalopram et de ses énantiomères chez des patients au diagnostic pas précisé et pour lesquels on ne disposait d'ailleurs pas d'autres données cliniques. Cette étude montre toutefois que des doses allant jusqu'à 360 mg/jour ont été prescrites et que, comme prévu, les taux plasmatiques de citalopram étaient très élevés [28].

De même, on dispose, pour d'autres antidépresseurs modernes, de données de laboratoire semblables qui n'ont pas fait l'objet d'un recueil systématique et n'ont malheureusement pas été publiées. Les ISRS sont des médicaments relativement sûrs, mais il faut savoir qu'il existe pour le citalopram des rapports décrivant un syndrome sérotoninergique avec une issue fatale possible, surtout en association avec les inhibiteurs de la MAO ou d'autres agents sérotoninergiques comme le tryptophane/5-hydroxytryptophane, précurseur de la sérotonine [29]. Il est donc regrettable que, dans le contexte de très fortes doses d'ISRS, aucune étude de groupe ou de cas clinique n'ait été publiée. Étonnamment, on dispose également de l'observation d'un syndrome sérotoninergique sous de faibles doses de citalopram (10 mg/jour) ou de sertraline (25 mg/jour) [30].

Par contre, il existe des études de cas sur la réussite du traitement de patients dépressifs par des doses élevées de venlafaxine (450–600 mg/jour) [31]. Ces patients s'étaient montrés résistants à plusieurs tentatives antérieures de traitement, à savoir autre antidépresseur, seul ou en combinaison avec des thymo-régulateurs tels que le lithium, la sismothérapie. Dans un cas, l'état clinique d'un sujet dépressif s'est amélioré avec un traitement de 600 mg/jour de venlafaxine. Il s'agissait d'une patiente qui ne répondait pas au traitement par de faibles doses, bien qu'elle présentait, comme métaboliseur génétiquement déficient (CYP2D6), des taux plasmatiques extrêmement élevés de venlafaxine [32].

Bien sûr, ces études sont insuffisantes pour prouver définitivement l'innocuité d'une telle approche, mais compte tenu d'une situation clinique apparemment désespérée, leur utilisation est compréhensible, dans la mesure où certaines précautions thérapeutiques sont observées (vérification de l'état somatique du patient, mesures régulières de la pression artérielle, ECG, dosage plasmatique du médicament).

Combinaisons en présence de différents groupes de syndromes

Comme nous l'avons déjà mentionné, il n'existe aucune restriction légale générale sur la combinaison de médicaments de même classe d'efficacité visant à augmenter le taux de réponse ou à élargir le spectre d'action, en présence simultanée de différents syndromes ou groupes de symptômes.

Par exemple, la combinaison de clozapine avec la carbamazépine ou avec la maprotiline comporte le risque d'augmenter les effets indésirables hématologiques (leucopénie), respectivement neurologiques (convulsions). Comme l'apparition d'une leucopénie après clozapine n'est pas dose dépendante, le risque est apparamment plus élevé en cas de combinaison clozapine – carbamazépine administrées à des doses normales qu'après une dose de clozapine élevée («off label»).

Que disent les guidelines?

Pour le traitement des patients résistants, il est curieux de noter que les guidelines recommandent majoritairement une combinaison de médicaments, une fois la dose maximale autorisée du médicament inefficace atteinte. La recommandation de doses «off label» plus élevées n'est pas habituelle, bien que la possibilité d'une telle approche soit parfois mentionnée. La raison de cette approche pourrait être l'autoprotection des experts, mais aussi le

manque d'études de qualité élevée qui permettraient une recommandation «off label».

Pour les troubles anxieux, il est intéressant de noter que les doses d'antidépresseurs recommandées sont un peu plus basses ou similaires à celles requises pour l'effet antidépresseur, la plupart d'entre elles étant approuvées également pour l'une ou l'autre de ces pathologies (1). Une exception est le traitement du trouble obsessionnel compulsif (TOC) pour lequel seuls les antidépresseurs sérotoninergiques sont efficaces, par conséquent, les ISRS et les sérotoninergiques comme la clomipramine (qui est aussi noradrénergique in vivo). Dans cette indication, des doses élevées sont souvent nécessaires, mais ici, on ne parle que de doses «dans la gamme supérieure». Le terme «off label» est évité [2,14]. En revanche, on a testé chez des patients atteints de TOC résistants au traitement, la dose de 50 mg/jour d'escitalopram, avec des effets indésirables minimes, sauf pour une baisse de la libido notée chez un tiers des patients [33].

Le rôle du pharmacien

Interactions

Dans toutes les situations où est prescrite une polymédication, ce n'est pas uniquement au médecin, mais également au pharmacien de vérifier que l'association de médicaments prescrite ne constitue pas un trop grand risque d'interactions pharmacodynamiques et/ou pharmacocinétiques. Pour cette vérification, il existe des programmes d'interaction, tels que ceux proposés par mediQ (www.mediq.ch), qui décrivent environ 16 000 combinaisons. Mais l'expérience montre aussi que l'on renonce souvent à une combinaison thérapeutique précieuse par peur d'une interaction. Ceci est regrettable, car les risques pourraient être minorés avec une titration lente de la dose et éventuellement un dosage plasmatique du médicament.

La dose

Malheureusement, toutes les ordonnances ne contiennent pas les informations sur la dose quotidienne du médicament prescrit. Or, c'est certainement un point où le pharmacien devrait exiger une confirmation de la dose, s'il estime qu'une situation à risque se présente. Ceci est notamment le cas lorsque le patient est polymédiqué, soit en raison de comorbidités, soit parce que le médecin souhaiterait améliorer l'effet clinique par une combinaison de médicaments. Comme nous l'avons mentionné plus haut, si les doses figurant dans l'information spécialisée sont insuffisamment efficaces, les guidelines ne recommandent presque jamais d'augmenter les doses jusqu'à la zone «off label». Il faut rappeler ici qu'il existe peu d'études sur l'effet clinique et la tolérance de doses «ultra hautes» de médicaments psychotropes. D'autre part, la recherche n'a révélé aucun résultat sur les causes biologiques des maladies mentales, qui pourraient être utilisées pour le diagnostic ou la prédiction de l'évolution de la maladie avec un traitement médical. Il est donc possible que des doses «ultra hautes» puissent être utiles chez certains patients.

Conclusion

En conclusion, nous pouvons dire que compte tenu des situations fréquentes dans lesquelles le médecin n'obtient chez un patient psychiatrique aucun effet ou seulement un effet insuffisant avec un médicament utilisé conformément aux données de l'autorisation de mise sur le marché, il est compréhensible d'utiliser une combinaison de médicaments pour améliorer l'effet clinique, surtout si leur utilité a été documentée par des études cliniques. La prescription de doses «off label» est relativement fréquente, mais en général peu recommandée par les experts qui établissent les directives. Vu que le pharmacien a l'obligation de valider les prescriptions, il peut être difficile pour lui, en une telle situation, d'engager un dialogue constructif avec le médecin.

Si nécessaire, le pharmacien doit lui faire part de ses réserves au sujet d'une ordonnance.

La prudence est particulièrement nécessaire lors d'une première prescription ou s'il existe des changements de dosage, médicament, durée, etc. Si le traitement est déjà à des doses «off label», il faut éviter un arrêt brusque du traitement par un refus de délivrance du produit par le pharmacien. Il faut impérativement, dans un premier temps, s'entretenir avec le médecin. ▮

Littérature disponible sur demande, sur le domaine protégé du site www.pharmaSuisse.org ou sur www.aka.ch.

Cet article a été rédigé sur mandat de la CMPS par:

Pierre Baumann, Dr sces nat., chimiste dipl.,
pharmacologue clinicien SPC
Département de psychiatrie (DP-CHUV),
Site de Cery, Prilly-Lausanne

Pierre Voirol, Dr pharm., pharmacien, Pharmacie du CHUV, Lausanne

Nous remercions Mme Andrea Appenzeller, pharmacienne (Rees, Rhénanie-du-Nord-Westpahlie, Allemagne) de ses questions stimulantes et de ses contributions à la discussion.

Adresse de correspondance
Commission des médicaments des pharmaciens suisses (CMPS)
Case postale 5247, 3001 Berne
Tél. 044 994 75 63
Fax 044 994 75 64
E-mail: mail@aka.ch

Flash



Von Chinarinde bis Atemschutzmasken

Niemand schätzt es, wenn mit unerlaubten Kopien seines Produkts Geld verdient wird. Kritisch aber wird es, wenn mit Kopien und Fälschungen auch Schaden angerichtet wird, wie dies bei Medikamentenfälschungen der Fall sein kann. Das Problem ist bekannt und zum Beispiel mit der Stop-Piracy-Kampagne auch durch die Apotheken in die Öffentlichkeit getragen worden.
Was gegen Fälschungen bei Medikamenten und Medizinalprodukten getan werden kann, war Gegenstand des GS1-Forums, das kürzlich in Bern stattgefunden hat und über das Sie einen Bericht in dieser Ausgabe des pharmaJournals finden.
Das Thema ist nicht neu: Bereits im 1. Jahrhundert sind in Griechenland Heilmittel nach ihren therapeutischen Einsatzmöglichkeiten klassiert und dabei Ratschläge erteilt worden, was gegen Betrügereien und Fälschungen vorgekehrt werden soll. Im 17. Jahrhundert dann, als Chinarinde, das erste effiziente Mittel gegen Malaria, in Europa sehr gefragt war, wurde sie derart oft gefälscht, dass die Patienten schliesslich das Vertrauen in dieses Produkt verloren.
1949 tauchten Medikamentenfälschungen erstmals auch in einem Film auf: Thema in «Der dritte Mann» war verdünntes Penizillin im Nachkriegs-Wien. Gefälschte bzw. umverpackte Atemschutzmasken in Deutschland zeigen als neustes Beispiel einmal mehr, dass neue Situationen sofort ausgenützt werden. Sei es die Entdeckung der Chinarinde, von Potenzmitteln oder sogenannten Lifestyle-Produkten, bei denen die Nachfrage riesig ist, sei es, wie eben jetzt, eine drohende Pandemie.
Gegen Medikamentenfälschungen werden heute modernste Verfahren und Hilfsmittel entwickelt. Das allein genügt aber nicht. Mindestens ebenso wichtig ist die Kommunikation: Je besser die Bevölkerung informiert ist über die Risiken, desto geringer sollten die Umsätze der Fälscher sein.
Hier bleibt allerdings noch viel zu tun.

Christa Rüedi

De l'écorce de quinquina aux masques respiratoires

Personne n'apprécie que les contrefaçons illégales de ses produits rapportent beaucoup d'argent. La situation devient néanmoins particulièrement critique lorsque des dommages surviennent, comme cela peut être le cas avec les contrefaçons de médicaments. Le problème est bien connu et a même été évoqué publiquement, lors de la campagne «Stop Piracy» à laquelle les pharmaciens ont participé.
Le Forum GS1, récemment organisé à Berne, a étudié les moyens de lutter contre les contrefaçons de médicaments et de dispositifs médicaux. Vous en trouverez un compte rendu dans la présente édition du pharmaJournal.
Le sujet n'a cependant rien de nouveau: au Ier siècle, en Grèce, les remèdes étaient déjà classés selon leur usage thérapeutique pour ensuite mettre en garde contre les dangers des produits falsifiés et donner des conseils sur la manière de repérer ces fraudes. Au XVII^{e} siècle, on assista ensuite en Europe à une hausse de la demande d'écorce de quinquina qui constituait alors le premier traitement efficace contre la malaria. Ceci a toutefois conduit à des falsifications plus fréquentes, et les patients ont finalement perdu confiance en ce produit.
En 1949, le film «Le troisième homme» a mis pour la première fois en scène une affaire de contrefaçon de médicaments, sous forme de trafic de pénicilline diluée dans la Vienne de l'Après-guerre. En Allemagne, les masques respiratoires contrefaits resp. reconditionnés montrent une fois de plus que chaque nouvelle situation est immédiatement exploitée. Peu importe qu'il s'agisse de la découverte de l'écorce de quinquina, de produits contre les troubles de l'érection ou de produits d'agréments pour lesquels la demande explose, ou, comme aujourd'hui, d'une menace pandémique.
De nos jours, des procédés et des outils modernes sont développés pour lutter contre la contrefaçon de médicaments. Ceci n'est cependant pas suffisant. Il faut aussi investir dans la communication: plus la population sera informée des risques, plus les revenus des faussaires devraient diminuer. Le chemin est cependant encore long pour y parvenir.

Christa Rüedi

Das Vergiftungsjahr 2008

Saskia Lüde, Christine Rauber-Lüthy, Cornelia Reichert, Hugo Kupferschmidt

Das Schweizerische Toxikologische Informationszentrum (Tox) führte im letzten Jahr 33 366 Beratungen durch, was eine Zunahme von 4,5% im Vergleich zum Vorjahr bedeutet. Die Zunahme ist vor allem auf den deutlichen Anstieg bei den akzidentellen Vergiftungen zurückzuführen. Der Anteil an Apothekenanfragen lag mit ca. 1,5% im Bereich der Vorjahre.

Neben Informationen zu den Noxen, die häufig zu Vergiftungen führen, den Vergiftungsverläufen und den Entwicklungen im Verlauf der letzten Jahre, wird im Folgenden darauf eingegangen, was die Apotheker bezüglich Vergiftungen im Rahmen ihres Arbeitsalltags häufig beschäftigt.

Zunehmende Anfragen

Nachdem die Anzahl der Beratungen des Tox schon 2007 gegenüber dem Jahr 2006 anstieg, kam es im Berichtsjahr erneut zu einem deutlichen Plus an Beratungen, was allein durch die Bevölkerungszunahme nicht erklärt werden kann. Obwohl das Vergiftungsaufkommen in der Schweiz im Gesamten recht stabil erscheint, gibt es im Einzelnen doch Veränderungen. Zu einem überproportionalen Anstieg von 12% kam es in den letzten Jahren bei den akzidentellen Vergiftungen (von 19 112 im Jahr 2006 auf 21 378 im Berichtsjahr). Die Analyse der Fälle zeigt, dass in erster Linie Vergiftungsunfälle mit Medikamenten, Haushaltprodukten sowie Drogen und Genussmitteln für diese Zunahme verantwortlich sind. Bei den ersten beiden Noxengruppen gilt das sowohl für Erwachsene als auch für Kinder, bei den Drogen und Genussmitteln sind vor allem Erwachsene betroffen. Dies zeigt, dass bei der Vergiftungsprävention unverändert Anstrengungen notwendig sind.

Giftberatung

Mit 21 470 Anfragen kam – wie immer in den letzten Jahren – der grösste Anteil aus dem Publikum (64,3%). Humanmediziner nahmen den Dienst des Tox-Zentrums insgesamt 8989-mal in Anspruch (26,9%), Tierärzte 625-mal (1,9%) und die Apotheker 517-mal (1,5%); die restlichen Anfragen (5,3%) kamen von Heimen, Rettungsdiensten, Medien, Firmen usw. Die Anrufe lassen sich unterteilen in Anfragen mit Giftkontakt («Fälle») und in solche theoretischer Art ohne Giftkontakt. Bei den 12,5% theoretischen Anfragen wurden Auskünfte zu Medikamenten und Antidota, zur Sicherheit von Pflanzen bezüglich Kindern und Haustieren und zur Vergiftungsgefahr mit verdorbenen Lebensmitteln, Haushaltprodukten und Chemikalien erteilt. Die Beantwortung theoretischer Anfragen ging in den letzten Jahren von 6823 im Jahr 2003 auf 4180 im Berichtsjahr kontinuierlich zurück. Da einfachere Fragen heute gut durch das Internet beantwortet werden können, sieht sich das Tox zunehmend mit weniger, dafür aber komplizierteren Fragen konfrontiert.

Die total 29 186 (87,5%) Anfragen mit Giftkontakt betrafen in 27 802 Fällen Menschen und in 1384 Fällen Tiere. Bei den Menschen waren Kinder und Erwachsene je etwa zur Hälfte betroffen. Die meisten Vorfälle waren in der Altersklasse der Kinder unter fünf Jahren zu verzeichnen (43,3% aller humanen Expositionen). Der Anteil an harmlosen Vorfällen bei Kindern (42%) war deutlich höher als bei den Erwachsenen (15%). Ereignisse mit potenzieller Gefährdung waren dagegen häufiger bei Erwachsenen als bei Kindern. Bei der Geschlechtsverteilung sieht man ein leichtes Überwiegen der Knaben (53%) bei den Kindern und der Frauen (59%) bei den Erwachsenen.

Vergiftungsverlauf

Zur Beurteilung des Schweregrades und der Symptomatik der Vergiftungsfälle bittet das Tox die anfragenden Ärzte regelmässig um einen schriftlichen Verlaufsbericht. Dies ergab im Berichtsjahr 4393 gut dokumentierte Fälle, die eine Einteilung

Tabelle 1: Häufigkeit der Vergiftungen beim Menschen nach Noxengruppen im Jahr 2008

Noxengruppen/Altersgruppen	Erwachsene	Kinder	Alter undefiniert	Total	
Medikamente	5596	4479	4	10 079	36.3%
Haushaltprodukte	2306	4817	24	7147	25.7%
Pflanzen	518	2294	11	2823	10.2%
Technische und gewerbliche Produkte	1410	387	8	1805	6.5%
Körperpflegemittel und Kosmetika	190	1229	–	1419	5.1%
Nahrungsmittel und Getränke	608	433	17	1058	3.8%
Genussmittel, Drogen und Alkohol	535	441	–	976	3.5%
Produkte für Landwirtschaft und Gartenbau	358	370	2	730	2.6%
Pilze	297	183	7	487	1.8%
(Gift-)Tiere	242	117	2	361	1.3%
Veterinärarzneimittel	61	45	–	106	0.4%
Andere oder unbekannte Noxen	553	243	15	811	2.9%
Total	**12 674**	**15 038**	**90**	**27 802**	**100%**

nach Schweregrad und Kausalität zuliessen. Bei den Kindern (1113 Fälle) verliefen 91% symptomlos oder leicht, 6,6% mittel und einige wenige schwer. Bei den Erwachsenen (3280 Fälle) wurden 73% leichte und symptomlose, 17% mittlere und 9,4% schwere Fälle registriert. Für elf Personen (Erwachsene) verlief die Vergiftung tödlich, was im Mittel der letzten Jahre liegt. Bei den Tieren waren es 13 tödliche Fälle. Medikamente stehen bei den tödlichen Humanvergiftungen deutlich im Vordergrund. Bei den nicht medikamentösen Vergiftungstodesfällen war je ein Fall durch Ecstasy, Methanol und Silogase verursacht.

Noxen

Die bei den Anfragen vorkommenden Noxen (schädigende Stoffe) werden für die Auswertung in zwölf Gruppen eingeteilt. Tabelle 1 zeigt die verschiedenen Noxengruppen und deren Häufigkeit bei den insgesamt 27802 Vergiftungsfällen beim Menschen. Die meisten Giftkontakte erfolgten mit Medikamenten (36,3%). Am zweithäufigsten (25,7%) waren Haushaltprodukte beteiligt, gefolgt von Pflanzen (10,2%). Details zu den einzelnen Noxengruppen sind aus dem Anhang zum Jahresbericht ersichtlich, der separat erhältlich ist (siehe unter www.toxi.ch).

Apotheken-Anfragen

Bei den 517 Anrufen von Apotheken lag der Anteil der theoretischen Anfragen deutlich höher als bei der Gesamtheit aller Anrufe (33% versus 12,5%). Auffallend häufig waren Fragen zu Antidoten. Da sich das Tox-Zentrum mit zwei Vertretern in der Antidotgruppe für die Bereitstellung dieser selten gebrauchten, aber dann lebensrettenden Medikamente stark engagiert, ist es bei solchen Fragen eine gute Anlaufstelle.

Der grosse Anteil an Fragen zu Antidoten stand z.T. auch im Zusammenhang damit, dass die Spitalapotheke Aarau per Ende 2008 die Produktion von Antidoten eingestellt hat. Für die betroffenen Präparate (Aktivkohle-Suspension, Calciumglukonat-Gel, Atropin-Vials 100 mL, Physostigmin) mussten andere Lösungen gefunden werden. Bisher konnten für zwei dieser Antidote Ersatzprodukte eines ausländischen Herstellers gefunden werden, welche provisorisch zugelassen sind: einerseits eine neue Kohlesuspension «Kolsuspension» von Abigo, ein schwedisches Präparat, und andererseits ein neuer Calciumgluconat-Gel «HF Antidote Gel 2,5%» von Crest Medical. Die Bezugsquellen dieser beiden Produkte sowie der anderen Antidote sind in der Tabelle F (= Anhang) der Antidotliste aufgeführt (für aktuelle Informationen siehe www.toxi.ch oder www.pharmavista.net).

Bei der Häufigkeitsverteilung der Noxen bei den Apothekenanfragen (theoretische und Expositionen) standen die Medikamente mit 54,5% mit grossem Abstand an der Spitze, dies v.a. bedingt durch Anfragen zu Antidoten (siehe oben). Bei den restlichen Medikamenten wurden v.a. Auskünfte zu Schmerzmitteln (Paracetamol und Mefenaminsäure), Antiepileptika, Schlafmittel, Erkältungs- und Asthmamedikamente gegeben. Bei den Anfragen zu Antibiotika fiel auf, dass hier besonders oft – im Gegensatz zu anderen Medikamenten – aus Versehen falsch dosiert wurde (z.T. über mehrere Tage). Glücklicherweise sind Antibiotika in der Regel keine gefährlichen Medikamente, so dass normalerweise in solchen Fällen keine schweren Symptome zu erwarten sind. Eine potenziell gefährliche Situation tritt auf, wenn in der Apotheke statt 500-mg-Paracetamol-Tabletten 1-g-Paracetamol-Tabletten abgegeben werden und dem Kunden die unterschiedliche Dosierung nicht bewusst ist. Wenn er die maximal mögliche Tagesdosis von acht Tabletten für die 500-mg-Tabletten auch bei den stärkeren Tabletten anwendet, ist eine Leberschädigung möglich. Hier haben die Apotheker eine wichtige Präventivfunktion. Ein «Klassiker» bei der Fehlanwendung von Medikamenten ist die orale Einnahme von antimykotischen Vaginaltabletten. Auch diese Situation ist zum Glück mit einem geringen Risiko behaftet und kann höchstens zu leichten Magen-Darm-Symptomen führen. Zudem wurden auch im Jahr 2008 immer wieder Vitamin-D-Tropfen falsch verabreicht (siehe auch pharmaJournal 25/2008).

An zweiter bzw. dritter Stelle der Anfragehäufigkeit von Apotheken standen die Haushaltprodukte mit 16% bzw. die technischen/gewerblichen Produkte mit 10,4%. In diesen Bereich fallen Anfragen zu Säuren- und Laugenkontakt, zu Javelwasser und Wasserstoffperoxid, zu zerbrochenen Fieberthermometern und ätherischen Ölen. Bei diesen Fällen handelte es sich öfters um Probleme, die in der Apotheke selber auftraten, im Gegensatz zu den Medikamenten-Anfragen, bei denen meist Kunden betroffen waren. Bei den Pflanzen, welche mit 7,2% an vierter Stelle agieren, war keine bestimmte Pflanze als Spitzenreiter zu erkennen. Es ereignete sich jedoch ein ausserordentliches Problem mit Pflanzen im letzten Jahr. Bei einem 58-jährigen Mann traten nach Genuss von Grayanotoxin-haltigem Honig aus der Türkei behandlungsbedürftige Übelkeit, Erbrechen, Bradykardie und Blutdruckabfall auf. Nach kurzem Spitalaufenthalt konnte der Mann aber wieder beschwerdefrei entlassen werden. Bei seiner Frau führte dieser Honig ebenfalls zu einer therapiebedürftigen Bradykardie. Grayanotoxine sind Giftstoffe von Rhododendron-Arten, welche in der Türkei und in ganz Kleinasien weit verbreitet sind. Einheimischer Honig ist aber unbedenklich, da er zum grössten Teil von anderen Blüten stammt, obschon Rhododendron-Arten in unseren Gärten und Parkanlagen recht häufig sind.



Rhododendron catawbiense Quelle: Jacqueline Kupper

Der Jahresbericht des Tox kann von der Website (www.toxi.ch, → Angebote, → Jahresberichte) heruntergeladen werden. Auf der Homepage sind auch Informationen zu verschiedensten Themen – wie Giftpflanzen, Schlangenbisse, Antidote – abrufbar. ▮

Korrespondenzadresse
Dr. pharm. Saskia Lüde
Schweiz. Toxikologisches Informationszentrum STIZ
Freiestrasse 16, 8032 Zürich
Tel. 044 251 66 66, Fax 044 252 88 33
E-Mail: saskia.luede@usz.ch

Les intoxications de l'année 2008

Saskia Lüde, Christine Rauber-Lüthy, Cornelia Reichert, Hugo Kupferschmidt

En 2008, le Centre Suisse d'Information Toxicologique (Tox) a reçu 33 366 demandes d'informations, ce qui correspond à une augmentation de 4.5% par rapport à l'année précédente. Cette augmentation est principalement le résultat d'une forte croissance des intoxications accidentelles. Les demandes provenant des pharmaciens, soit 1.5% de tous les appels, sont restées stables par rapport aux années précédentes.

Outre les informations sur les substances toxiques, étant fréquemment la cause d'intoxications, et des évolutions des intoxications ainsi que du développement au cours des dernières années, nous allons aborder ci-dessous les sujets concernant les intoxications qui occupent fréquemment les pharmaciens dans leur quotidien.

Croissance du nombre d'appels

Suite à l'augmentation par rapport à 2006 des demandes d'informations adressées au Tox en 2007, on a pu constater à nouveau une croissance significative des consultations durant l'année 2008. Ceci ne peut être mis uniquement sur le compte de l'accroissement de la population. Si le nombre d'intoxications en Suisse est resté assez stable dans son ensemble, on remarque cependant certains changements. Au cours des dernières années, on a observé une augmentation disproportionnée de 12% des intoxications accidentelles (19 112 en 2006 et 21 378 en 2008). L'analyse révèle que les médicaments, les produits ménagers, ainsi que les drogues et les produits d'agréments sont la cause principale de cette hausse. Les deux premiers groupes d'agents concernent aussi bien les adultes que les enfants; les drogues et les produits d'agréments concernent tout d'abord les adultes. Ceci démontre la nécessité de poursuivre le travail dans le domaine de la prévention des intoxications.

Les consultations

La plupart des demandes d'informations, comme durant les années précédentes, sont arrivées du public (21 470 cas, 64.3%). Les médecins ont fait appel aux services du Tox 8989 fois (26.9%), les médecins-vétérinaires 625 fois et les pharmaciens 517 fois (1.5%). Toutes les autres demandes (5.3%) provenaient des homes, des services de secours, des médias, des entreprises, etc. On peut faire la distinction entre les appels avec exposition («cas») et les appels sans exposition ou d'ordre théorique. Parmi ces derniers (12.5%), les renseignements portaient sur les médicaments et les antidotes, la sécurité des plantes pour les enfants et les animaux de compagnie, ainsi que le risque d'intoxication par les aliments avariés, les produits ménagers et autres produits chimiques. Les questions d'ordre théorique ont diminué de façon continue ces dernières années, de 6823 en 2003 à 4180 en 2008. Aujourd'hui, Internet permet d'apporter des réponses aux questions simples. Le Tox se trouve donc confronté à moins de demandes, mais en revanche, les questions sont plus complexes.

Parmi un total de 29 186 (87.5%) appels avec exposition, 27 802 se rapportaient à l'être humain et 1384 à l'animal. Le nombre d'enfants était à peu près égal à celui des adultes. La plupart des incidents touchaient les enfants de moins de cinq ans (43.3% chez l'être humain). La proportion des cas anodins était nettement plus élevée chez les enfants (42%) que chez les adultes (15%). La proportion des cas comportant un danger potentiel était en revanche plus élevée chez l'adulte que chez l'enfant. Le sexe masculin prédomine légèrement chez les enfants (53%), le sexe féminin chez les adultes (59%).

Tab. 1: Fréquence des groupes d'agents en 2008 (expositions toxiques chez l'homme)

Groupes d'agents/Groupes d'âge	Adultes	Enfants	Age non défini	Total	
Médicaments	5596	4479	4	10 079	36.3%
Produits ménagers	2306	4817	24	7147	25.7%
Plantes	518	2294	11	2823	10.2%
Produits techniques et industriels	1410	387	8	1805	6.5%
Articles de toilette et produits cosmétiques	190	1229	–	1419	5.1%
Aliments et boissons	608	433	17	1058	3.8%
Produits d'agréments, drogues et alcool	535	441	–	976	3.5%
Produits d'agriculture et d'horticulture	358	370	2	730	2.6%
Champignons	297	183	7	487	1.8%
Animaux venimeux	242	117	2	361	1.3%
Produits à usage vétérinaire	61	45	–	106	0.4%
Autres agents ou agents inconnus	553	243	15	811	2.9%
Total	**12 674**	**15 038**	**90**	**27 802**	**100%**

Évolution des cas

Le Tox sollicite en permanence les médecins traitants afin d'obtenir un rapport sur l'évolution de leurs cas dans le but d'évaluer la gravité et le tableau clinique des intoxications. Le Tox a obtenu un résultat de 4393 cas bien documentés en 2008, permettant une classification selon la gravité et la causalité. Chez les enfants (1113 cas), 91% des cas ne révélaient aucun ou peu de symptômes, 6.6% des symptômes moyennement graves et quelques-uns graves. Chez les adultes (3280 cas), on a enregistré 73% de cas légers ou sans symptômes, 17% de cas moyennement graves et 9.4% de cas graves. 11 personnes (adultes) ont été victimes d'une intoxication fatale, ce qui correspond à la moyenne des années précédentes. On a recensé 13

cas mortels chez les animaux. Les médicaments sont clairement la cause principale des intoxications mortelles chez l'homme. En ce qui concerne les autres cas mortels sans médicaments, le Tox a enregistré une intoxication par ecstasy, une par méthanol et une par des gaz de silo.

Agents en cause

Dans le but d'une évaluation, les agents (nocifs) en cause sont classifiés en douze groupes. Le tableau 1 montre les différents groupes et leur fréquence dans l'ensemble des 27802 cas d'intoxication recensés chez l'homme. Les médicaments (36.3%) sont la cause de la plupart des expositions toxiques. En deuxième place figurent les produits ménagers (25.7%), suivis par les plantes (10.2%). Des détails concernant les différents groupes d'agents en cause se trouvent dans l'annexe au rapport annuel qui peut être obtenu séparément (voir site www.toxi.ch).

Consultations par les pharmaciens

Le Tox a reçu un total de 517 appels (demandes théoriques et cas d'intoxications) de la part des pharmaciens. Le pourcentage de demandes théoriques de leur part (33%) était nettement plus élevé que celui de la totalité des demandes d'information reçues (12.5%). Le nombre de questions concernant les antidotes était exceptionnellement élevé. Ayant deux représentants dans le groupe de travail des antidotes, le Tox s'engage activement pour la mise à disposition de ces médicaments dont l'usage est rare, mais qui peuvent sauver des vies. Ainsi, le Tox est un centre d'information fiable pour toute question sur les antidotes.

Bon nombre des demandes relatives aux antidotes ont été en partie la conséquence de l'arrêt de la production à fin 2008 des antidotes produit par la pharmacie hospitalière d'Aarau. Il a fallu trouver une autre solution pour les préparations telles que la suspension de charbon actif, le gel au gluconate de calcium, les fioles d'atropine à 100 ml et la physostigmine. Il a été possible, jusque-là, de trouver des produits équivalents d'un fournisseur étranger avec une autorisation provisoire pour deux de ces antidotes: d'une part, une nouvelle suspension de charbon actif, la «Kolsuspension» d'Abigo, un médicament suédois. D'autre part, un nouveau gel au gluconate de calcium le «HF Antidote Gel 2.5%» de Crest Medical. Les informations sur les fournisseurs de ces deux produits ainsi que les autres antidotes figurent dans le tableau F de la liste des antidotes (pour les toutes dernières informations, consulter le site www.toxi.ch ou www.pharmavista.net).

En ce qui concerne la répartition de la fréquence des agents pour les demandes des pharmaciens (demandes théoriques et cas d'intoxications), les médicaments (54.5%) apparaissaient de loin en tête de liste. Ceci est tout d'abord le résultat des consultations concernant les antidotes (voir ci-dessus). Parmi les autres médicaments, les demandes se rapportaient principalement aux antalgiques (paracétamol et acide méfénamique), antiépileptiques, hypnotiques, médicaments contre le rhume et l'asthme. Lors de demandes concernant les antibiotiques, on remarque fréquemment une prise incorrecte du dosage, par inadvertance (parfois pendant plusieurs jours), contrairement à d'autres médicaments. Heureusement, les antibiotiques en général ne sont pas des médicaments dangereux. Normalement, dans ces cas-là, on ne s'attend pas à de graves symptômes. Par contre, la situation est potentiellement dangereuse lorsque la pharmacie propose au client des comprimés d'un gramme de paracétamol au lieu de 500 mg sans qu'il en ait bien pris conscience. Le patient peut souffrir d'une atteinte hépatique en prenant une dose journalière maximale de huit comprimés, normalement préconisée pour les comprimés de 500 mg. Dans ces cas-là, les pharmaciens exercent une fonction préventive importante. La prise orale d'ovules vaginaux antimycotiques est un «cas typique» lors d'erreurs dans l'utilisation de médicaments. C'est également une situation à faible risque, qui peut tout au plus mener à de légers symptômes gastro-intestinaux. Également en 2008, les gouttes de vitamine D ont été à plusieurs reprises mal administrées (voir aussi pharmaJournal 25/2008).

Les demandes concernant les produits ménagers (16%) et les produits techniques/industriels (10.4%) occupent la deuxième place, respectivement la troisième place des demandes d'informations provenant de la part des pharmacies. C'est dans ce domaine que figurent les demandes concernant les expositions aux acides et basiques, eau de javel et peroxyde d'hydrogène, thermomètres brisés et huiles essentielles. Le plus souvent, on



Le service d'information du TOX.

a constaté qu'il s'agissait de problèmes survenus à la pharmacie même, contrairement aux demandes relatives aux médicaments qui elles, concernaient le plus souvent les clients. Quant aux plantes, qui figurent en quatrième place avec 7.2%, aucune d'entre elles ne serait à la tête de la liste.

Cependant, toujours concernant les plantes, un problème insolite a eu lieu l'année dernière. Un homme de 58 ans souffrant de nausées, vomissements, bradycardie et chute de tension a dû être hospitalisé suite à la consommation de miel de Turquie contaminé par des grayanotoxines. Après un court séjour à l'hôpital, il a pu rentrer à la maison en bonne condition physique. Ce miel avait également provoqué chez son épouse une bradycardie nécessitant un traitement. Les grayanotoxines sont des toxines qu'on trouve dans toutes les espèces de rhododendron largement répandus en Turquie et en Asie mineure. Mais le miel qui vient d'ici peut être consommé sans risque. Il vient en grande partie d'autres fleurs bien que certaines espèces de rhododendron poussent assez souvent dans nos jardins et dans nos parcs.

Le rapport annuel du Tox peut être téléchargé du site web (www.toxi.ch → services → rapports annuels). Sur ce site, on trouve également des informations concernant les plantes toxiques, les morsures de serpents, les antidotes, etc. ▮

Traduction: A. Bloch-Teitelbaum / D. Chanson

Adresse de correspondance
Dr Saskia Lüde, pharmacienne
Centre Suisse d'Information Toxicologique CSIT
Freiestr. 16, 8032 Zurich
Tél. 044 251 66 66, Fax 044 252 88 33
E-mail: saskia.luede@usz.ch

Agenda 2009

Den Veranstaltungskalender finden Sie auch auf www.pharmaSuisse.org unter Pharmazie&Fachpublikum → Beruf Apotheker → Fortbildung FPH/Weiterbildung FPH → Veranstaltungskalender
Le calendrier des manifestations se trouve également sur www.pharmasuisse.org, sous Pharmaciens&Politique → Profession pharmacien → Formation postgraduée/Formation continue → Calendrier des manifestations.

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH**

Manifestations reconnues par la FPH officine (O), hôpital (H) et homéopathique (HOM)

Date	O/H/ Hom	titre	organisateur	lieu	heure	informations	PC/ Module	numéro d'identification	prix
Novembre									
24.11.	O	Assemblée générale de l'ONP	ONP	Marin	20.30–23.00	phie.winkler@bluewin.ch	16.5	**1**-41-10-09-P16.5	gratuit
26.11.	O	Les thromboses et les phlébites: prise en charge et actualités thérapeutiques	SVPH	Martigny	19.30	Tél. 027 458 28 68 svph.secretariat@bluewin.ch	16.5	**1**-33-51-09-P16.5	gratuit
26.11.	O	L'addictologie, une science en expansion	Corona	Montreux	sur demande	Tél. 021 965 44 65 christiane.vodoz@nant.ch	33.25	**1**-33-50b-09-P33.25	gratuit
26.11.	O/H	Identifiants et traçabilité dans la distribution des médicaments	CHUV	Lausanne	12.15–13.00	Tél. 021 314 43 00 Andre.Pannatier@chuv.ch	6.25	**1**-103-416-09-P6.25	gratuit
Décembre									
01.12.	O	Nouveautés pharmaceutiques en 2009: cas pratiques de validation d'ordonnances	pharmActuel	Lausanne	19.45–21.30	inscription@pharmactuel-vd.ch	16.5	**1**-3-228-09-P16.5	30.– pour les abonné(e)s, 50.– pour les non-abonné(e)s
03.12.	O/H	Pharmacologie clinique des médicaments peptidiques	CHUV	Lausanne	12.15–13.00	Tél. 021 314 43 00 Andre.Pannatier@chuv.ch	6.25	**1**-103-417-09-P6.25	gratuit
10.12.	O	Update HIV 2009	OFCT	Mendrisio	12.30	Tél. 091 922 68 66 segretariato@ofct.ch	9	**1**-10-53-09-P9	gratuit
10.12.	O	Parkinson, attualità terapeutiche	OFCT	Faido	19.00	Tél. 091 922 68 66 segretariato@ofct.ch	12.5	**1**-10-71-09-P12.5	gratuit
10.12.	O/H	Prise en charge du patient alcoolique à l'hôpital	CHUV	Lausanne	12.15–13.00	Tél. 021 314 43 00 Andre.Pannatier@chuv.ch	6.25	**1**-103-418-09-P6.25	gratuit
17.12.	O/H	Pharmacologie de l'enfant	CHUV	Lausanne	12.15–13.00	Tél. 021 314 43 00 Andre.Pannatier@chuv.ch	6.25	**1**-103-419-09-P6.25	gratuit

Nous vous demandons de conserver le calendrier des manifestations FPH car les dates de ces manifestations ne seront mentionnées qu'une seule fois dans le pharmaJournal.
Domaines de compétences (correspond au 1er chiffre du numéro d'identification)
1: Compétences pharmaceutiques 2: Compétences en santé communautaire 3: Compétences en gestion 4: Compétences personnelles

FPH-anerkannte Veranstaltungen im Bereich Offizin (O)- und Spitalpharmazie (S) sowie klassischer Homöopathie (H)

Datum	O/S/ H	Titel	Veranstalter	Ort	Zeit	Informationen	KP/ Modul	ID-Nummer	Preis
November									
26.11.	O	Osteoporose – Prophylaxe und Therapie	pharmActuel	Chur	19.00	pharmactuel_chur@gmx.ch	15	**1**-3-259-09-P15	Abonnenten: 20.– Nicht-Abonnenten: 30.– Studenten: 5.–
Dezember									
03.12.	O/S	Häufig verlangte Medikamente in Schwangerschaft und Stillzeit – eine Risikobeurteilung	SAPP	Zürich	13.00–18.00	Tel. 044 255 51 36 sappinfo@bluewin.ch	37.5	**1**-288-2-09-P37.5	50.– bis 120.–
10.12.	O	Sozialversicherungsrecht bei Aufenthalt und Erwerbstätigkeit von Ausländern in der Schweiz	Centre Patronal	Basel	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-35-09-P50	590.–
10.12.	O	Sicherheit und Outdoor-Medizin	Mepha Pharma AG	Greifensee	09.00–17.00	Tel. 061 705 43 29 www.mepha.ch	62.5	**1**-96-13-09-P62.5	150.– bis 199.–
10.12.	H	Pathologie der Mammae	SAHP	Luzern	09.15–17.15	www.sahp.ch	50	KH-01-18-09-P50	200.– bis 220.–

→

10.12.	O	Antikörper in der Krebstherapie	Pharma-zeutische Gesellschaft Zürich	Zürich	20.00	www.pharm-gz.ch	12.5	**1**-6-52-09-P12.5	Mitgliederbeitrag: 80.–
14.12.	O	Spagyrik Lehrgang 2 «Spagyrik und chronische Krankheiten»	Spagyros AG	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 959 55 88 kurse@spagyros.ch	50	**1**-142-32-09-P50	172.15
Januar									
06.01.	O	Reiseberatung in der Apotheke	Agfam	Zürich	08.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	50	**1**-1-17-10-P50	380.– im 6er-Abonnement, 420.– als Einzelkurs
11.01.	O	Spagyrik Lehrgang 1 «Spagyrik und akute Krankheiten»	Spagyros AG	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 959 55 88 kurse@spagyros.ch	50	**1**-142-33-10-P50	172.15
11.01.	O	Kinderwunsch und Schwangerschaft	Agfam	Zürich	08.30–12.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-19-10-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
12.01.	O	Schlag auf Schlag	Agfam	Zürich	08.30–12.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-11-10-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
12.01.	O	Managed Care: Teil 1	Agfam	Zürich	13.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**2**-1-23-10-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
14.01.	H	Otitis media und das chronische Ser-Muco-Tympanon	SAHP	Luzern	09.15–17.15	www.sahp.ch	50	KH-01-19-10-P50	200.– bis 220.–
15.01.	O	Kinderwunsch und Schwangerschaft	Agfam	Zürich	13.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-19-10-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
16.01.	H	Materia Medica Arnica	SAHP	Gümligen	12.00–16.00	www.sahp.ch	25	KH-01-40-10-P25	120.–
18.01.	O	Master of Using HEIDAK – Schlaf-Nerven	Heidak AG	Emmen-brücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-02-10-P50	1950.–
18.01.	O	Durch dick und dünn!	Agfam	Zürich	08.30–12.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-16-10-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
19.01.	O	Notfall in der Apotheke	Agfam	Zürich	13.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-22-10-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
19.01.	O	Psoriasis	Agfam	Zürich	08.30–12.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-10-10-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
21.01.	O	Phytotherapie in der Pädiatrie	SMGP	Wädens-wil	09.15–17.00	Tel. 058 934 59 80 kurse-smgp.isfm@zhaw.ch	46	**1**-20-11-10-P46	60.– bis 400.–
21.01.	O	Master of Using HEIDAK – Schlaf-Nerven	Heidak AG	Emmen-brücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-02-10-P50	1950.–
21.01.	O	Konflikte – habe ich keine, oder?	Agfam	Bern	08.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	50	**4**-1-30-10-P50	550.–
22.+ 23.01.	O	RAC kontrollierte Akupunktur/Ohrakupuntkur Stufe IV	SACAM	Bern	09.30 – 15.30	Tel. 0844 200 200 info@sacam.ch	41.75	**1**-284-4-10-P41.75	480.–
22.+ 23.01.	O/S	Supply Chain Management als Erfolgsfaktor im Gesundheitswesen	GSASA	Meister-schwan-den	auf Anfrage	Alexander.assmus.aa@bayer.ch	60	**1**-103-420-10-P60	500.–
23.01.	H	Einführung in die Technik des Materia Medica Studiums Rheum palm	SAHP	Deutsch-land	12.00–16.00	www.sahp.ch	25	KH-01-41-10-P25	120.–
26.01.	O	Biopharmazeutika	Agfam	Zürich	08.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	50	**1**-1-6-10-P50	380.– im 6er-Abonnement, 420.– als Einzelkurs
28.01.	O	Pikante Themen aus dem Alltag mit Schwangeren	Pharma-zeutische Gesellschaft Zürich	Zürich	20.00	www.pharm-gz.ch	12.5	**1**-6-53-10-P12.5	Mitgliederbeitrag: 80.–
30.01.	O	TCM-Arzneimittel Lehre / Anwendung der abgabefertigen chinesischen Arzneimittel	China Medical GmbH	Basel	09.00–16.30	Tel. 061 753 20 63 info@chinamedical.ch	50	**1**-150-07-10-P50	130.–

Haben Sie Anregungen, Bemerkungen, Vorschläge zu Kursprogrammen oder einzelnen Kursen?
Wir freuen uns auf Ihr Feedback! Fax 031 978 58 59; kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Veuillez adresser vos remarques, suggestions et propositions concernant les programmes ou les divers cours à Madame Kathrin Zybach (fax 031 978 58 59; e-mail: kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Mitteilungen Communications

BE: Neues Mitglied

Um die Mitgliedschaft beim Apothekerverband des Kantons Bern bewirbt sich:

Martina Etzweiler, Breitfeld Apotheke AG, Scheibenstrasse 18, 3000 Bern 22

Allfällige Einsprachen sind innert drei Wochen an die Geschäftsstelle des Apothekerverbandes des Kantons Bern, Münzgraben 6, 3000 Bern 7, zu richten.

VS: Assemblée Générale d'automne de la SVPH

Date: Jeudi 03 décembre 2009
Heure: 19 h 15
Lieu: Bâtiment de l'association valaisanne des entrepreneurs, Rue de l'Avenir 11, 1950 Sion

pharmaSuisse: Neue Mitglieder
pharmaSuisse: Nouveaux membres

Um die Mitgliedschaft beim Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse bewerben sich:
Ont posé leur candidature à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse:

Apotheker/Pharmaciens
Benini Fausta Maria, St. Gallen, SG
Grand-Guillaume-Perrenoud Alexandre, Aubonne, VD
Kauz Sandrine, Jussy, GE
Moser-Hermann Seraina, Winterthur, ZH

Stud. pharm./Etudiants pharm.
Bianchetti Alessandra, Ascona, TI
Cochet Lola, Basel, BS
Dobler Flurina, Homburg, TG
Lamontagne Brigitte, Zürich, ZH
Resenterra Elodie, Vernayaz, VS
Sun Pich Moly, Moutier, BE
Vial Sandrine, Broc, FR

Einsprachen gemäss Reglement Art. 3 Ziff. 3.2 sind innert 10 Tagen schriftlich mit Begründung an den Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld zu richten.

Selon l'art. 3 chiffres 3.2 du règlement, les oppositions éventuelles doivent être motivées et adressées par écrit, dans les 10 jours, à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld.

†

Todesanzeige

Wir haben die traurige Pflicht, unsere Mitglieder vom Hinschied von

Herrn

Dr. Hans-Rudolf Scheurer

20. 9. 1931–23. 10. 2009

Apotheker, Boll, BE
Mitglied des Verbands seit 1960
Freimitglied seit 1997

in Kenntnis zu setzen.

Wir sprechen seinen Angehörigen unser herzliches Beileid aus und werden dem Verstorbenen ein ehrendes Andenken bewahren.

pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverband
Der Vorstand

pharmActuel

bietet aktuelle Fortbildung

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH** Fortbildungsprogramme

Chur

Datum:	Donnerstag, 26. November 2009
Thema:	**Osteoporose – Prophylaxe und Therapie**
Referent:	Dr. med. Raphael Jeker, Kantonsspital Graubünden
ID-NR:	1-3-259-09-P15
Sponsor:	Mepha Pharma AG
Zeit:	Apero: 19.00 Uhr Vortrag: 19.30 Uhr
Ort:	Hotel ABC, Ottostrasse 8, 7000 Chur
Preis:	Fr. 20.– für pharmActuel-Abonnenten Fr. 30.– für Nichtabonnenten Fr. 5.– für Studenten
Anmeldung:	E-Mail: pharmactuel_chur@gmx.ch

Vaud

Date:	Mardi, le 1er décembre 2009
Sujet:	**Nouveautés pharmaceutiques en 2009: cas pratiques de validation d'ordonnances**
Orateur:	Prof Olivier Bugnon
N° ID:	1-3-229-09-P16.5
Heure:	19.45 bis 21.30 Uhr
Lieu:	Auditoire Jequier-Doge de la PMU
Prix:	Fr. 30.– pour les abonné(e)s à pharmActuel Fr. 50.– pour les non-abonné(e)s
Inscription:	→ Directement sur le site: www.pharmactuel-vd.ch → Par courrier électronique: inscription@pharmactuel-vd.ch → Par courrier postal: pharmActuel-Vaud, p. a. Erik Paus, ch. Des Petits-Esserts 5, 1053 Cugy

Korrigendum

Im pharmaJournal 22/09 wurde die Veranstaltung «PharmaLunch» der SGPhW (Schweizerische Gesellschaft der Pharmazeutischen Wissenschaften) vom 27.11.2009 in der FPH-Agenda unter einem falschen Veranstalter publiziert (GSASA). Wir bitten um Entschuldigung.

Planification de la succession

Didier Ray, Paul Wiederkehr, Stephanie Sahli, Katrin Schwingruber

Chaque pharmacien doit réfléchir un jour ou l'autre à sa succession. Il s'agit d'une planification complexe qui nécessite le plus grand soin. Dans l'idéal, elle doit commencer au moins cinq ans avant la cessation de l'entreprise. Toute solution à brève échéance limite les possibilités d'agir. Le pharmaJournal consacrera plusieurs articles à ce sujet.

Il est toujours difficile de se séparer de l'œuvre de toute une vie. Le départ à la retraite a de profondes répercussions sur l'environnement social et la vie privée. Il faut du temps pour trouver et mettre en place de nouvelles idées, de nouveaux projets et de nouveaux objectifs. Il est donc compréhensible que les entrepreneurs cherchent souvent à franchir le pas aussi tard que possible.

La décision de remettre l'entreprise est une étape importante, à la fois pour l'entreprise, la famille et les partenaires commerciaux.

Nouvelle tranche de vie riche d'opportunités

Idées et projets	Des idées et projets longtemps repoussés peuvent être concrétisés
Expérience et compétence	Des expériences et compétences accumulées pendant de très nombreuses années peuvent être transmises à de jeunes entrepreneurs
Famille et amis	Plus de temps pour la famille et les amis, pour les passe-temps communs

La transmission des affaires opérationnelles permet d'une part de concrétiser des idées et projets mûris de longue date et d'autre part de partager ses expériences et compétences avec de jeunes entrepreneurs pour les aider à mieux mettre en application leurs idées.

Le temps gagné peut maintenant être consacré à la famille et aux amis. Il est enfin possible de s'adonner à ses loisirs sportifs, musicaux ou autres.

Risques dans la nouvelle tranche de vie

Ne plus avoir aucun but dans la vie, avoir l'impression de ne plus servir à rien, voire de se trouver en travers du chemin, peut entraîner des crises sérieuses accompagnées d'un sentiment de vide et de solitude.

La peur de perdre de son pouvoir et de son prestige n'est pas à négliger non plus, puisque le départ à la retraite change également le statut social. Les contacts avec le monde du travail sont de moins en moins fréquents, il n'est plus possible de donner son avis sur des points importants ou de prendre des décisions fondamentales.

Perte de but dans la vie	L'absence de but dans la vie peut entraîner un sentiment de vide et de solitude
Perte de prestige, nouvelle position sociale	Peur devant la perte de pouvoir et de prestige, nouvelle position sociale
Nouvelle liberté	La nouvelle liberté doit être remplie par d'autres activités

De nombreux entrepreneurs ne savent par ailleurs pas ce qu'ils doivent faire du temps qu'ils ont gagné. Du jour au lendemain, ils se retrouvent sans rien faire après s'être totalement investis pour l'entreprise pendant des années. La vie de couple est aussi mise à rude épreuve. Les vieilles habitudes sont bouleversées. Souvent, le conjoint ressent la présence constante de l'autre comme un contrôle et regrette ses anciennes libertés.

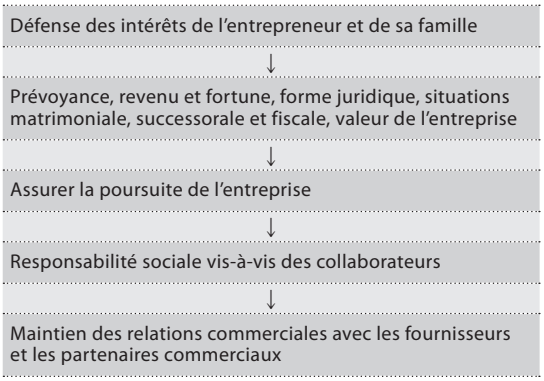
Transmission progressive des affaires opérationnelles ou saut dans l'inconnu

A ce niveau, l'attitude personnelle et l'amour-propre jouent un rôle déterminant. Jusqu'à présent, la vie était marquée par un agenda bien rempli et des contacts sociaux d'ordre professionnel. La nouvelle tranche de vie devrait être favorable aux rencontres et activités d'ordre privé, à condition toutefois que l'entrepreneur puisse lâcher prise et confier les responsabilités à son successeur.

Un retrait progressif de la vie professionnelle présente l'avantage de pouvoir développer des activités privées parallèlement à la réduction des activités commerciales. Ceci facilite un passage de témoin harmonieux. C'est la raison pour laquelle il faudrait réfléchir suffisamment tôt aux activités qui peuvent être effectuées pendant le temps libre. Pour ce faire, il faut cependant trouver un successeur qui accepte une telle transmission par étapes.

Planification de la succession

Une planification et réalisation progressives permettent de tenir compte de tous les aspects et de trouver, en fin de compte, une solution acceptable pour toutes les personnes impliquées. La durée des diverses étapes de planification peut varier dans la mesure où des aspects juridiques doivent être considérés.



Défense des intérêts de l'entrepreneur et de sa famille

Le propriétaire, qui a souvent déjà fondé l'entreprise, est au centre de tout le processus. Avant de prendre une quelconque décision, il voudra tout d'abord assurer son avenir. Il devra donc commencer par élucider certains points:

→ Jusqu'à quand aimerais-je diriger l'entreprise?
→ Mon état de santé me permet-il d'être toujours aussi performant?
→ Quels sont mes contacts et mes activités privés?
→ Est-ce qu'un retrait progressif de mon entreprise est envisageable?
→ L'entreprise reste-t-elle en mains familiales?
→ Est-ce que j'ai déjà un successeur approprié en vue?

Situation du régime matrimonial et succession

En Suisse, le droit matrimonial et le droit successoral ne prévoient aucune réglementation spéciale pour la succession d'entreprise. Étant donné que chaque modification importante de la situation financière touche également le conjoint et les enfants, une transmission d'entreprise doit aussi être planifiée dans le cadre général du droit matrimonial et successoral. La situation matrimoniale doit toujours être étudiée et répartie avant la situation successorale. Les couples non mariés doivent donc veiller tout particulièrement à assurer l'avenir de leur concubin.

En concluant un contrat de mariage, les conjoints peuvent modifier le régime matrimonial et influencer considérablement la répartition des biens et indirectement aussi la masse successorale. Ces possibilités se présentent avant ou après le mariage.

Le droit suisse de succession permet au défunt de disposer librement de son héritage en modifiant les parts légales ou en déshéritant totalement voire partiellement les héritiers. La liberté de disposer se situe dans les limites fixées au défunt par le droit de réserve. Il est par exemple possible de favoriser le conjoint. En plus du quart de l'héritage, le défunt peut laisser au survivant l'usufruit de toute la part dévolue aux enfants communs. Le défunt peut aussi assortir ses dernières volontés de charges et de conditions qui peuvent être de nature commerciale. Il peut par exemple donner des instructions concernant la direction de l'entreprise.

Comme les dispositions du régime matrimonial et du droit des successions ne sont pas spécifiquement conçues pour la succession d'entreprise, il est important de procéder à une planification précoce. Tous les descendants, incluant père et mère, conjoint ou partenaire enregistré, devraient être impliqués dans le processus.

Prévoyance, revenu et fortune

Les fonds nécessaires pour la création, la gestion et l'éventuelle extension d'une société entraînent souvent un mélange entre fortune privée et commerciale. Une analyse minutieuse permet de déterminer la situation financière et d'apprécier la pertinence des différentes solutions. Les questions suivantes doivent se poser par rapport aux trois sujets:

→ De quel montant faut-il disposer tous les mois pour vivre?
→ D'où proviennent les moyens financiers mensuels après la transmission d'une entreprise? Est-ce qu'un salaire mensuel est perçu en cas d'embauche? Une rente AVS, LPP et/ou de troisième pilier est-elle versée après le départ à la retraite?
→ Est-ce que des revenus sont tirés de la fortune privée (produit sur titres ou produit sur biens fonciers)?
→ Quelle est la structure de la fortune privée et commerciale (mélange)?
→ Est-ce que des éléments de la fortune commerciale doivent être transférés dans la fortune privée?
→ Les obligations patrimoniales et successorales peuvent-elles être remplies?

Forme juridique

Dans le cas des sociétés individuelles et des sociétés de personnes (société en nom collectif et société en commandite), il n'existe juridiquement aucune séparation entre la personne et l'entreprise. Dans le cas de la société individuelle, la fortune commerciale et la fortune privée appartiennent à une personne. Dans le cas de la société en nom collectif, la fortune appartient à plusieurs personnes. Dans le cas de la société anonyme (SA) et des sociétés à responsabilité limitée (S.A.R.L.) en tant que personne morale, le capital social est déterminant. Juridiquement, la société est séparée de la personne et de la fortune privée.

La forme juridique a des répercussions sur le niveau de responsabilité. Dans le cas de la société individuelle, la fortune commerciale est engagée, tout comme d'ailleurs l'entrepreneur avec sa fortune privée. Dans le cas de la société de personnes, c'est d'abord la fortune commerciale et ensuite une partie

ou l'ensemble des associés qui sont engagés de façon illimitée et solidaire. Dans le cas de la société de capitaux (SA et S.A.R.L.), seule la fortune commerciale est engagée.

Au moment de la succession, le choix de la forme juridique a des répercussions sur les impôts. Une planification précoce, cinq à huit ans au préalable, permet d'obtenir d'excellents résultats.

Lors de la reprise d'une société, lors du décès de l'entrepreneur, en cas de faillite et lors de liquidation, le choix de la forme juridique influence en outre le sort de l'entreprise et des contrats conclus avec les partenaires commerciaux. Le besoin de réglementation est généralement plus important lorsque la forme juridique de la société est fortement axée sur les personnes (p.ex. société individuelle, société en nom collectif). Les sociétés de capitaux (p.ex. société anonyme, S.A.R.L.) sont des personnes morales autonomes. Dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions, le 1er janvier 2011, le bénéfice (correspondant aux réserves latentes réalisées) pourra être imposé séparément du reste du revenu et à un taux préférentiel en cas de cessation définitive de l'activité lucrative indépendante après l'âge de 55 ans révolus ou à la suite d'une invalidité. De la sorte, le changement de société individuelle en société anonyme recommandé par les agents fiduciaires (sous certaines conditions et dans le respect d'un embargo de cinq ans) pour éviter l'impôt sur les gains en capital est sensiblement relativisé. Les crédits pour le rachat d'actions doivent être remboursés à partir du résultat d'exploitation de la société (salaire/dividendes), sont soumis à la double imposition classique dans le cas de la distribution de dividendes et augmentent par conséquent les charges fiscales de l'acheteur dans un régime fiscal progressif. Lors de la reprise d'une société individuelle, l'amortissement fiscal du fonds de commerce et de l'infrastructure reste possible.

Situation fiscale

Les successions de PME sont critiques dans la mesure où le transfert s'effectue à la fois au niveau de la direction et de la propriété. En termes d'impôts sur le revenu, la forme juridique de l'entreprise est déterminante, tout comme d'ailleurs le type et le mode de transmission, mais aussi la fortune commerciale et la fortune privée. D'autres impôts doivent également être pris en considération (p.ex. impôt sur les successions et impôt sur les donations, impôt sur les gains immobiliers, éventuellement impôt sur les mutations, et taxe sur la valeur ajoutée). Les risques fiscaux doivent être reconnus précocement et les opportunités fiscales saisies assez tôt. Des questions complexes, qui nécessitent une planification précoce, se posent par conséquent. Finalement, chaque cas individuel déterminera si une optimisation fiscale peut être réalisée avec de considérables économies.

Il faut commencer par faire une analyse des impôts actuels et futurs sur le revenu et la fortune. Voici une petite sélection des nombreuses questions à étudier:

- → Existe-t-il des alternatives fiscales appropriées pour la réglementation de la succession, p.ex. sous forme de changement de statut d'une société de personnes en SA ou S.A.R.L.?
- → Des embargos fiscaux de cinq ans voire davantage doivent-ils être considérés?
- → En cas de transfert familial, un héritage anticipé (sous la forme d'une donation) est-il fiscalement profitable?
- → En cas de management par objectifs (MPO): la vente d'actions exempte d'impôts a-t-elle déjà débuté assez tôt (plan de participation du personnel)?
- → Les possibilités d'exonération d'impôts pour la constitution de la prévoyance professionnelle ont-elles été exploitées autant que faire se peut?
- → Le financement de dettes fiscales prévisibles/possibles est-il assuré?

Le droit fiscal fait la distinction entre activité dépendante et indépendante, ainsi qu'entre fortune privée et commerciale.

Une entreprise peut être cédée à titre onéreux ou gracieux à un successeur. Dans le cas d'une vente, l'acheteur et le vendeur poursuivent néanmoins des objectifs diamétralement opposés. La valeur de l'entreprise est déterminante et doit être étudiée dans tous les cas, peu importe que la transmission soit gratuite ou onéreuse.

Évaluation de l'entreprise

Une évaluation de l'entreprise n'est pas seulement importante au moment de sa vente. Elle sert aussi de base de décision à toutes les autres solutions. La valeur de l'entreprise représente le point de départ qui permet ensuite de négocier un prix équitable avec de tierces personnes ou des membres intéressés de la famille. De même, l'appréciation peut aussi revêtir son importance dans les négociations de crédit.

L'évaluation devrait toujours être orientée vers le futur. Elle doit donc reposer sur les expériences, sur les données actuelles et (escomptées) à l'avenir, mais aussi sur les évolutions futures du marché et les risques économiques. Elle doit faire la distinction entre les revenus et produits fixes et liés aux personnes puis procéder à une pondération. Toute société de personne ne peut pas être transmise sans autre à un successeur. La valeur de l'entreprise et le prix d'achat peuvent uniquement être fixés à une valeur qui permet au successeur d'obtenir un rendement approprié.

pharmaSuisse propose depuis quelques années l'évaluation de pharmacies. Elle s'effectue selon des aspects économiques, dans le respect des exigences du moment. Hormis les benchmarks de la branche au niveau national et régional, d'autres valeurs comme la taille de la pharmacie et son emplacement (pharmacie dans un centre commercial avec cabinet

HMO ou pharmacie de village dans une région à dispensation médicale) sont également pris en compte dans l'évaluation.

Poursuite de l'entreprise

Chaque succession est différente. Autrefois, il arrivait souvent que l'un des enfants reprenne l'entreprise familiale. De nos jours, les particularités de la branche et l'intensité de la concurrence déterminent cependant grandement la succession et sa planification. De la succession familiale à la liquidation, toutes les solutions doivent être étudiées.

L'entrepreneur souhaite avant tout garantir le maintien de son entreprise qu'il a mis toute une vie à bâtir. Il veut obtenir un prix équitable et assurer son avenir financier. Le successeur recherche un investissement supportable et rentable. Il veut aussi disposer de libertés décisionnelles adaptées à ses nouvelles fonctions. La famille espère trouver une solution à l'amiable, qui puisse être acceptée par tous les membres. Les autres personnes impliquées attendent un partenaire ou employeur fiable.

Sélection du successeur

L'établissement d'un profil d'exigences peut faciliter le choix du successeur. Ce dernier ne doit pas seulement disposer de qualifications professionnelles, de talents de leadership et de capacités de gestion. Il se peut par exemple que l'employeur recherche un successeur qui partage sa vision et soit à même de poursuivre honorablement son œuvre. Mais peut-être recherche-t-il aussi quelqu'un avec d'autres idées pour donner un nouvel élan à l'entreprise. Dans tous les cas, une bonne entente entre l'entrepreneur sur le départ et son successeur accroît les chances de succès.

Voici une petite sélection de questions:

→ Qui sera mon successeur? Un héritier? Le gérant actuel sous la forme d'un management par objectifs (MPO)? Une tierce personne? Éventuellement une chaîne de pharmacie?
→ Est-ce que j'aimerais continuer à travailler dans l'entreprise après m'être retiré de la direction?
→ Le transfert financier et opérationnel doit-il s'effectuer à un moment précis ou s'agira-t-il plutôt d'un transfert par étapes?
→ Suis-je prêt à accorder un prix d'achat inférieur à un jeune entrepreneur qui souhaite rester indépendant? Pourrais-je envisager lui octroyer un prêt à long terme afin qu'il puisse s'acquitter du prix d'achat? Doit-il même s'agir d'une succession à titre gracieux sous la forme d'une donation, d'une avance d'hoirie ou d'un héritage?

Pour trouver un successeur approprié, pharmaSuisse propose à ses membres indépendants un marché aux pharmacies en ligne qui permet d'entrer en contact avec des acheteurs potentiels qui répondent aux exigences.

Responsabilité sociale envers les collaborateurs

Pour les collaborateurs, la sécurité d'emploi occupe une place primordiale. Dans le doute, ils peuvent être amenés à démissionner. Ceci peut cependant menacer la survie de l'entreprise dans la mesure où tout changement de conseiller ou de partenaire commercial peut conduire les clients à modifier leurs habitudes de consommation. Il faut donc les persuader que la performance de la société ne sera pas affectée par un changement de direction.

Maintien des relations commerciales avec les fournisseurs et les partenaires

La planification de la succession touche de très nombreuses personnes. L'entrepreneur et son conjoint doivent défendre leurs intérêts au même titre que les successeurs et les descendants potentiels. Les co-associés, les investisseurs, les collaborateurs, ainsi que les clients, les fournisseurs et les autorités politiques sont toutefois aussi touchés. Les fournisseurs p.ex. doivent être encouragés à livrer leurs produits à l'avenir également.

Pour les prêteurs de fonds, toute cessation d'entreprise équivaut à une nouvelle relation clients. La solvabilité et la compétence de gestion du successeur sont au centre de leurs préoccupations. ▮

Adresse de correspondance
Didier Ray, responsable du département «Politique & Économie» de pharmaSuisse
E-mail: didier.ray@pharmasuisse.org

Source
Christian Kaiser, KPMG Basel, Philippe Pellaton, KPMG Bern
© WEKA Business Media AG
www.weka-finanzen.ch/RechnungswesenPraxis

Rückverfolgbarkeit: Mittel gegen Fälschungen

Katrin Schwingruber, Christa Rüedi

Fälschungen werden weltweit immer mehr zum Problem. Verursachen sie bei Uhren, Taschen und zahlreichen weiteren Produkten hohe finanzielle Verluste, können sie bei Arzneimitteln ausserdem gesundheitliche Schäden hervorrufen. Eine Massnahme gegen Medikamentenfälschungen ist die lückenlose Rückverfolgbarkeit der Produkte. Thema des 2. «GS1 Forum Effizienz im Gesundheitswesen» war deshalb «Produktfälschungen, Rückverfolgbarkeit: Risiken und Herausforderungen». Vertreter von Swissmedic, der Pharmaindustrie und von Universitäten sowie Apotheker haben sich ausführlich mit dieser Thematik auseinandergesetzt.

Das Vertrauen, das Patienten in der Schweiz in die Qualität von Medikamenten und Medizinprodukten haben, ist zwar gerechtfertigt, trotzdem muss man sich der Risiken gefälschter Arzneimittel bewusst sein. Betroffen sind sowohl teure als auch billige Produkte, Originale ebenso wie Generika. Fälschungen können falsche, falsch dosierte, unwirksame oder überhaupt keine Wirkstoffe enthalten. Gemäss WHO sind bis zu zehn Prozent aller Medikamente Fälschungen, in den Entwicklungsländern sind es sogar 25 bis 50 Prozent. Hauptproblem zurzeit sind Medikamentenbezüge aus dem Internet, wo der Anteil Fälschungen besonders hoch ist und immer noch steigt.

Dank lückenloser Rückverfolgbarkeit konnte z. B. in folgendem Fall die Ursache des Problems eruiert und behoben werden: Zwischen September 1995 und Mai 1996 starben in Haiti 88 von 109 erkrankten Kindern nach Einnahme eines Hustensirups, welcher ein falsches bzw. DEG versetztes Glycerin enthielt. Rückwirkend konnte dort festgestellt werden, dass das Glycerin in China als technisches Glycerin eingekauft, jedoch nach einer Analyse in Haiti als pharmazeutisches Glycerin weiterverkauft worden war (die Verschmutzung durch DEG konnte in einer einfachen Infrarot-Spektroskopie nicht detektiert werden).

Die Situation in der Schweiz

In der Schweiz sind bisher keine Fälschungen in den legalen Distributionskanälen aufgetaucht. Im Gegensatz zu zahlreichen anderen Staaten verfügt die Schweiz mit dem Heilmittelgesetz auch über eine gute Grundlage «zum Schutz der Gesundheit von Mensch und Tier, dass nur qualitativ hochstehende, sichere, wirksame Heilmittel in Verkehr gebracht» werden dürfen. Für die Rückverfolgbarkeit sind die gesetzlichen Grundlagen heute allerdings noch ungenügend. Swissmedic trifft deshalb Massnahmen, um illegale Arzneimittel zu kontrollieren, die internationale Zusammenarbeit in Form von Netzwerken von nationalen und internationalen Behörden für Informationsfluss und Fallbearbeitung zu fördern und vor allem um die Bevölkerung zu informieren, z. B. mit der Stop-Piracy-Kampagne. Vermutete Fälschungen und illegaler Vertrieb können gemeldet werden an: market.surveillance@swissmedic.ch.

Die Rückverfolgbarkeit

Sicheres Mittel für Fachpersonen, sich einerseits vor Fälschungen zu schützen, andererseits einen Rückruf von Produkten zu garantieren, ist die lückenlose Rückverfolgbarkeit, wie sie auch bei Lebensmitteln üblich ist. Um den immer raffinierteren Fälschungen und Vertriebswegen zu begegnen und auch in Zukunft die Sicherheit zu gewährleisten, müssen alle Marktteilnehmer ihre Prozesse optimieren. Hilfreich wären globale Standards, welche die Abläufe harmonisieren und auch beschleunigen könnten.

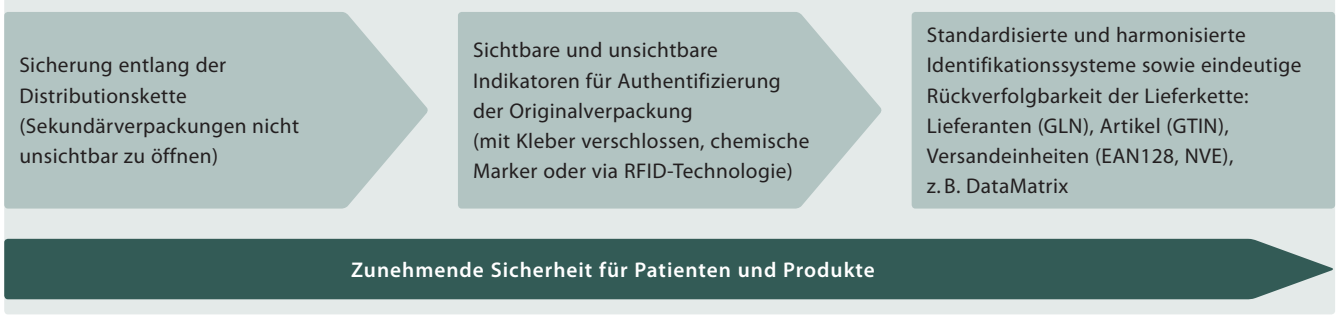
Vom EAN-Code zum DataMatrix-Code

EAN steht für European Article Number und ist eine Produktkennzeichnung vorab für Handelsartikel.



Sie besteht aus 13 oder 8 Ziffern, die zentral verwaltet und an Hersteller auf Antrag kostenpflichtig vergeben wird. Die EAN wird in der Regel als maschinenlesbarer eindimensionaler Strichcode auf die Warenpackung aufgedruckt und kann von Barcodescannern gelesen werden, beispielsweise an Scannerkassen.

[1] GS1 Schweiz, das Kompetenzzentrum der Wirtschaft für Standards, Logistik, Supply und Demand Management, fördert Initiativen zur effizienteren Zusammenarbeit zwischen Herstellern, Handel und Dienstleistern, unterstützt die Umsetzung internationaler Standards, bietet Aus- und Weiterbildung an und stellt geeignete Kommunikationsplattformen bereit.



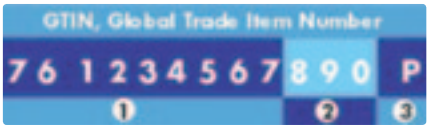


Mit dem zweidimensionalen DataMatrix-Code kann im Vergleich zu eindimensionalen Barcodes die Informationsdichte pro Fläche deutlich erhöht werden. Beim DataMatrix-Code sind die Informationen sehr kompakt in einer quadratischen oder rechteckigen Fläche als Muster von Punkten codiert.

Zur Kontrolle der Produkte in Apotheken und Spitälern soll deshalb zunehmend mit einem DataMatrix-Code mit GS1-Standard gearbeitet werden, der den Produktecode, die Chargennummer, das Verfalldatum und die Seriennummer (vom Hersteller im Fabrikationsprozess festgelegt) des Arzneimittels enthält.

Ein EAN-Code, 13-stellig, am Beispiel eines Schweizer Medikaments

Dieser Code enthält mehr Informationen als der Pharmacode, nämlich eine Landeskennziffer [76] eine Institutionskennziffer [80], eine 5-stellige Registrationskennziffer von Swissmedic (in welcher auch der Hersteller definiert wird), eine 3-stellige Packungskennziffer für die Packungsnummer und eine 1-stellige Prüfziffer.



Beispiel GTIN:
① = GS1 Basisnummer (GCP Global Company Prefix) (CH und Lichtenstein: 76, Rest für Company)
② = zur eigenen Verfügung, hier wird eine Kapazität von 0 bis 999 Möglichkeiten dargestellt
③ = Prüfziffer

Die Rückverfolgbarkeit im Spital

Um Medikamente und Medizinprodukte im Spital lückenlos rückverfolgen zu können, müssen sie einerseits bei Eingang und Verteilung, andererseits bei Transfer und Ausgang erfasst werden. Die Problematik im Spital besteht darin, dass sowohl ganze Kartons wie auch Sekundär- und Primärverpackungen oder gar Tabletten identifiziert werden müssen. Es tauchen zahlreiche unterschiedliche Beschriftung von Spitalpackungen auf, wie z.B. ausländische EAN-Codes, mehrfache Codes (verschiedene Ländercodes auf einer Packung), unbekannte Codes, gleicher EAN für verschiedene Packungsgrössen (Klinikpackungen haben denselben Code wie eine einzelne Packung), unterschiedliche EAN für identische Packungen (nur die Rückseite des Blisters ist neu beschriftet), Primärmaterial ohne Codes.

Zusätzlich ist zu bedenken, dass auch die Mitarbeiter «codiert» werden müssen, um die Rückverfolgbarkeit zu garantieren.

Das smartLOG-Projekt

Mit dem Projekt «smartLOG» ist unter der Federführung der Stiftung RefData ein auf dem DataMatrix-Code basierendes Trackingsystem für die lückenlose Produktverfolgung von der Auslieferung beim Hersteller bis zur Abgabe an den einzelnen Patienten in der Praxis getestet worden: Je eine ausgewählte Packungsgrösse von vier betäubungsmittelhaltigen Arzneimitteln sind mittels neuester Technologie und Standards internetgestützt von der Auslieferung durch den Hersteller bzw. Prewholesaler über den Pharmavollgrossisten bis zur Abgabe an den Patienten in der Offizinapotheke bzw. in der Arztpraxis verfolgt worden. Sämtliche durch die einzelnen Teilnehmer der Pilotphase verwendeten Testpackungen sind in einer extra entwickelten Datenbank erfasst und verwaltet worden. Um dem Datenschutz gerecht zu werden, ist auf die Erfassung von Patientendaten ausdrücklich verzichtet worden. Unter anderem sind folgende Erkenntnisse resultiert:

Die Wertschöpfungskette wurde nirgends unterbrochen.

Eine relativ grosse Anzahl von Produkten konnte jedoch mit den im Projekt eingesetzten Prozessen und technischen Gegebenheiten nicht über die gesamte Kette bis auf Packungsebene rückverfolgt werden.

Für Pharmavollgrossisten wird der Zugang zu den Datenbanken der Produkte- und Serialnummerinformationen unabdingbar sein.

Mit den aktuell zur Verfügung stehenden technischen Mitteln ist der Aufwand zurzeit noch grösser als der Ertrag.

Wegen des heterogenen technologischen Niveaus in der Kette wird eine Einführung nur schrittweise möglich sein: jede Kette ist immer nur so gut, wie ihr schwächstes Glied.

Ausblick

Die Systeme, die heute dazu dienen, die Rückverfolgbarkeit von Medikamenten und Medizinprodukten sicherzustellen, müssen optimiert werden, da auch die Fälschungen stetig weiterentwickelt werden und z.B. Parallelimporte neue Probleme verursachen können. Gleichzeitig sind sie aber auch zu vereinfachen, damit sie für eine begrenzte Anwendung, wie z.B. in einer Apotheke, einsetzbar sind. Nummernsysteme wie die GS1-Nummer bilden die Grundlage für eine derartige weltweite, effiziente und kostengünstige Warenflusskontrolle. ▮

Korrespondenzadresse
Katrin Schwingruber, Apothekerin pharmaSuisse
E-Mail: katrin.schwingruber@pharmasuisse.org

Quellen:
www.smartlog.ch
www.gs1.ch

Glossar

Abkürzung	Erklärung
DEG	Diethylenglycol (Frostschutzmittel)
EAN	European Article Number (Produktkennzeichnung)
EFPIA	European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations
GLN (ILN)	Global Location Number (Adressidentifikation)
GS1 Schweiz (früher EAN Schweiz)	Kompetenzzentrum zur gemeinsamen Definition und Durchsetzung von Standards
GTIN (EAN)	Global Trade Item Number (Identifikation von Artikel, Beispiel siehe Kasten)
RFID, EPC	Radio Frequency Identification, Electronic Product Code
SSCC (NVE)	Serial Shipping Container Code, Nummer der Versandeinheit
XML	GDSN Message Standard

Traçabilité: mesures contre les contrefaçons

Katrin Schwingruber, Christa Rüedi

Les contrefaçons posent un problème de plus en plus grave au monde entier. Dans le cas des montres, des sacs et de nombreux autres produits, elles ne font qu'entraîner d'importantes pertes financières. Dans le cas des médicaments, elles peuvent toutefois aussi occasionner des dégâts pour la santé. La traçabilité intégrale des produits serait un moyen de lutter contre les contrefaçons de médicaments. Le deuxième Forum GS1 «Efficience dans le domaine de la santé» était donc consacré au sujet suivant: «Contrefaçons et traçabilité: risques et défis». Des représentants de Swissmedic, de l'industrie pharmaceutique et des universités, de même que des pharmaciens se sont penchés dans le détail sur la question.

En Suisse, la confiance des patients dans la qualité des médicaments et des dispositifs médicaux est certes justifiée. Il faut malgré tout être conscient des risques liés aux médicaments contrefaits. Tous les produits sont touchés, peu importe qu'ils soient chers ou bon marché, qu'il s'agisse d'originaux ou de génériques. Les contrefaçons peuvent contenir des principes actifs erronés, mal dosés, inefficaces, voire inexistants. L'OMS estime que jusqu'à 10% de tous les médicaments sont contrefaits. Dans les pays en voie de développement, ce taux peut même atteindre 25 à 50%. A l'heure actuelle, le problème principal réside dans l'achat de médicaments par internet, où la proportion de contrefaçons est particulièrement élevée et ne cesse de croître.

Dans le cas suivant, la cause du problème a p.ex. pu être saisie grâce à une parfaite traçabilité: sur 109 enfants de Haïti tombés malades, 88 sont décédés entre septembre 1995 et mai 1996 après avoir ingurgité un sirop contre la toux qui contenait de la glycérine contaminée par du DEG. Rétroactivement, il a pu être déterminé que la glycérine avait été achetée en Chine comme glycérine technique, mais revendue à Haïti comme glycérine pharmaceutique (la contamination par DEG n'a pas pu être détectée dans une simple spectroscopie infrarouge).

La situation en Suisse

En Suisse, aucune contrefaçon n'a été découverte jusqu'à présent dans les canaux légaux de distribution. Contrairement à de nombreux autres États, la Suisse dispose cependant, avec sa loi sur les produits thérapeutiques, d'une bonne base pour garantir la mise sur le marché de produits thérapeutiques de qualité, sûrs et efficaces «en vue de protéger la santé de l'être humain et des animaux». Les bases légales restent néanmoins insuffisantes pour assurer la traçabilité. Swissmedic prend donc des mesures pour contrôler les médicaments illégaux, promouvoir la collaboration entre autorités nationales et internationales pour un meilleur flux d'informations et traitement des cas, et surtout informer la population, p.ex. par le biais de la campagne «Stop Piracy». Les contrefaçons suspectées et leur commerce illégal peuvent être signalés à: market.surveillance@swissmedic.ch.

La traçabilité

Le meilleur moyen pour les professionnels de se prémunir contre les contrefaçons et de garantir le rappel des produits, est de disposer d'une parfaite traçabilité comme cela est déjà le cas pour les aliments. Pour lutter activement contre les contrefaçons et les voies de distribution de plus en plus astucieuses, mais aussi pour assurer la sécurité à l'avenir également, tous les acteurs du marché se doivent d'optimiser leurs processus. Il pourrait s'avérer utile de disposer de standards globaux qui permettent d'harmoniser les procédures, mais aussi de les activer.

Du code EAN au code DataMatrix

EAN est l'abréviation de «European Article Number». Il s'agit d'une désignation de produit, pour les articles du commerce dans un premier temps.



Il se compose de 13 ou de 8 chiffres gérés de façon centrale et attribués aux fabricants sur demande et contre rémunération. En règle générale, le code EAN est imprimé sur l'emballage sous forme d'un code-barres unidimensionnel qui peut être lu

[1] GS1 Suisse, le Centre de compétences de l'économie en matière de standards, de logistique, de «supply et demand management», encourage les initiatives pour une collaboration plus efficace entre fabricants, commerce et prestataires de services, soutient la mise en application de standards internationaux, propose des formations de base et continue, et met à disposition des plateformes de communication adéquates.





par des scanners, p. ex. aux caisses de supermarchés.

Comparé aux codes-barres unidimensionnels, le code à deux dimensions DataMatrix permet de stocker considérablement plus d'informations. Les informations y sont codées de façon très compacte sur une surface carrée constituée de points.

Pour le contrôle des produits dans les pharmacies et les hôpitaux, il faut par conséquent travailler de préférence avec un code DataMatrix de standard GS1. Ce dernier peut en effet renfermer le code du produit, le numéro de lot, la date d'expiration et le numéro de série (fixé par le fabricant) du médicament.

Code EAN à 13 chiffres, à l'exemple d'un médicament suisse

Ce code renferme davantage d'informations que le Pharmacode, à savoir le code du pays [76], le code de l'institution [80], un code à 5 chiffres de Swissmedic pour l'enregistrement (dans lequel est aussi défini le fabricant), un code d'emballage à 3 chiffres et un code de contrôle à 1 position.



Exemple GTIN:

①=Numéro de base GS1 (GCP Global Company Prefix) (CH et Lichtenstein: 76, reste pour la compagnie)

②=à libre disposition, capacité de 0 à 999 possibilités

③=Code de contrôle

Traçabilité à l'hôpital

Pour assurer une traçabilité des médicaments et des dispositifs médicaux à l'hôpital, ils doivent être saisis lors de leur arrivée et distribution, mais aussi lors de leur transfert et sortie. A l'hôpital, le problème réside dans le fait qu'il faut identifier à la fois des cartons pleins, ainsi que des emballages secondaires et primaires, voire des comprimés. Les étiquetages sur les emballages destinés aux hôpitaux peuvent être très variés; ils présentent p. ex. des codes EAN étrangers, des codes multiples (divers codes de pays sur un emballage), des codes inconnus, un code EAN identique pour plusieurs tailles d'emballages (les emballages de l'hôpital ont le même code que l'emballage individuel), des codes EAN différents pour des emballages identiques (seul le verso du blister a une nouvelle inscription), du matériel brut sans code.

Il ne faut pas non plus oublier de «coder» les collaborateurs pour garantir la traçabilité.

Le projet smartLOG

Sous la supervision de la fondation RefData, le projet «smartLOG» a testé un système basé sur le code DataMatrix qui a permis de suivre le trajet d'un produit, de sa livraison par le fabricant jusqu'à sa remise aux différents patients: au moyen d'une technologie dernier cri basée sur internet, le chemin d'un emballage de quatre différents médicaments contenant des stupéfiants a été suivi, depuis la livraison par le fabricant jusqu'à la remise au patient par le pharmacien d'officine ou le médecin en passant par le grossiste pharmaceutique. Tous les emballages utilisés par les différents participants pendant la phase-pilote ont été saisis dans une base de données spécialement développée, puis gérés. Pour respecter la protection des données, il a été renoncé à la saisie des données-patients.

Les conclusions suivantes ont notamment pu être tirées:

La chaîne d'approvisionnement n'a jamais été interrompue.

Les processus et les outils techniques utilisés dans le projet n'ont pas permis de retracer une quantité relativement importante de produits sur toute la chaîne.

Les grossistes devront impérativement avoir accès aux bases de données avec les informations sur les produits et les numéros de série.

Avec les outils techniques actuellement disponibles, la charge de travail est actuellement plus grande que le résultat.

En raison de la différence de niveaux technologiques au sein de la chaîne, une introduction ne pourra être envisagée que progressivement: une chaîne n'est aussi forte que son maillon le plus faible!

Perspectives

Les systèmes qui permettent aujourd'hui de garantir la traçabilité de médicaments et de produits médicaux doivent être optimisés, dans la mesure où les contrefaçons sont de plus en plus raffinées et où les importations parallèles peuvent par exemple occasionner de nouveaux problèmes. Dans le même temps, ils doivent aussi être simplifiés afin de pouvoir être utilisés également dans une pharmacie par exemple. Les systèmes numériques, comme ceux de GS1, sont un premier pas pour assurer un contrôle efficace et avantageux du flux de marchandises dans le monde entier. ▮

Adresse de correspondance

Katrin Schwingruber, pharmacienne de pharmaSuisse

E-mail: katrin.schwingruber@pharmasuisse.org

Sources:

www.smartlog.ch

www.gs1.ch

Glossaire

Abréviation	Explication
DEG	Diéthylène glycol (produit antigel)
EAN	European Article Number (désignation de produit)
EFPIA	European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations
GLN (ILN)	Global Location Number (identification d'adresses)
GS1 Suisse (autrefois: EAN Suisse)	Centre de compétences pour la définition et l'application communes de standards
GTIN (EAN)	Global Trade Item Number (identification d'articles, exemples voir encadré)
RFID, EPC	Radio Frequency Identification, Electronic Product Code
SSCC (NVE)	Serial Shipping Container Code, numéro de l'unité d'envoi
XML	GDSN Message Standard

24 | 12.2009

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 3.12.2009, 147. Jahrgang



Nr. | No
24

MedReg

Neue Datenbank S. 9

Nouvelle banque de données p. 11

→ Pharmazie und Medizin · Pharmacie et médecine

Homöopathie: Allergien

Homéopathie: allergies

→ Politik · Politique

Medizinalberuferegister

Registre des professions médicales

→ Markt · Economie

Geschäftsübernahme: Voraussetzungen

Conditions pour la reprise d'un commerce



Pharmazie ohne Grenzen

Weihnachten naht. Ein untrügliches Zeichen dafür ist, dass im Briefkasten fast täglich freundliche Briefe zu finden sind mit der Aufforderung, für wohltätige Zwecke zu spenden. Zahlreiche dieser Projekte sind sehr gut und anerkannt, andere weniger. Alle aber leben sie von Spenden. Auch die Schweizer pharmaciens sans frontières (PSF) finanzieren ihre sinnvollen Aktivitäten mit Mitgliederbeiträgen und Spenden. Als Organisation sind sie Kollektivmitglied von pharmaSuisse, und die Delegierten haben an der letzten DV zum 20-Jahr-Jubiläum von PSF einen Unterstützungsbeitrag genehmigt. Mehr dazu finden Sie im nächsten pharmaJournal.
Nachdem PSF anfänglich benachteiligte Bevölkerungsgruppen mit nicht benützten, von Apotheken gespendeten Medikamente versorgt hat, ist man inzwischen zur Überzeugung gelangt, dass «ein ungeeignetes Medikament mehr Schaden anrichten kann als überhaupt kein Medikament» (WHO) und verteilt daher ausschliesslich den lokalen Bedürfnissen angepasste Arzneimittel. Dies entspricht auch den generellen Erkenntnissen von Entwicklungshelfern, wonach vor allem Hilfe zur Selbsthilfe mit den Bedürfnissen der lokalen Bevölkerung angepassten Mitteln und Methoden sinnvoll ist. Ganz wichtig dabei ist, dass die Qualitätsstandards dieselben sein müssen wie in unseren Breitengraden. Pharmaciens sans frontières engagiert sich in diesem Sinn auch in der Sensibilisierung der Schweizer Bevölkerung und des medizinischen Personals.
Um die vorhandenen Mittel möglichst effizient einzusetzen, hat PSF vor zwei Jahren entschieden, sich auf ein langfristiges Projekt in Madagaskar zu konzentrieren. Seither ist dort eine Apotheke renoviert worden und wird lokales Personal ausgebildet. Auch die Medikamente werden heute vor Ort gekauft. Tatkräftig unterstützt wird diese Apotheke jeweils von Schweizer Apothekerinnen und Apothekern, die ehrenamtlich für sechs bis zwölf Monate dort arbeiten. Sie erfüllen nicht nur eine wichtige Aufgabe und erleben einen spannenden Auslandeinsatz, sondern repräsentieren auch Qualität, Leistungsfähigkeit und Know-how der Schweizer Pharmazie.

Christa Rüedi

Pharmacie sans frontières

Noël approche. Comme en témoignent les lettres amicales demandant des dons à des fins d'entraide qui inondent presque quotidiennement les boîtes aux lettres. Beaucoup de ces projets sont très bons et publiquement reconnus, d'autres moins. Mais tous vivent de dons. L'antenne suisse de Pharmaciens sans frontières (PSF) finance ses activités par des dons et des cotisations de membres. Cette organisation est un membre collectif de pharmaSuisse. A la dernière AD, les délégués ont adopté l'octroi d'une subvention à PSF à l'occasion de son 20e jubilé. Vous en saurez plus dans le prochain numéro du pharmaJournal.
Après avoir au départ approvisionné des groupes de population défavorisés avec des médicaments qui lui étaient fournis par les pharmacies, PSF a fini par se convaincre qu'«un médicament inapproprié peut faire plus de mal que pas de médicament du tout» (OMS) et ne distribue donc plus que des médicaments adaptés aux besoins locaux. Ce principe est en phase avec les conclusions tirées par les pourvoyeurs d'aide au développement, selon lesquelles seule est justifiée l'aide à l'auto-assistance avec les moyens et méthodes adaptés aux besoins de la population locale. Il est particulièrement important à cet égard que les normes de qualité soient rigoureusement les mêmes que celles qui sont appliquées sous nos latitudes. C'est dans ce sens que Pharmaciens sans frontières s'engage à sensibiliser la population et le personnel médical dans notre pays.
Afin de garantir l'utilisation la plus efficace possible des moyens disponibles, PSF a décidé il y a deux ans de se concentrer sur un projet à long terme à Madagascar. Une pharmacie y a été rénovée et du personnel local formé. Désormais les médicaments sont achetés sur place. Cette pharmacie est activement soutenue par des pharmaciens suisses qui y travaillent à titre bénévole pendant six à douze mois. Non seulement ils remplissent une importante mission et font une expérience intéressante à l'étranger mais ils représentent aussi la qualité, l'efficacité et le savoir-faire de la pharmacie suisse.

Christa Rüedi

Fortbildungskontrolle 2008

Sabine Trachsel König

Die Fortbildungskontrolle 2008 ist abgeschlossen. Wie bereits in den letzten Jahren erfüllten die meisten Fachapotheker/innen FPH in Offizinpharmazie ihre Fortbildungspflicht gemäss Fortbildungsprogramm FPH.

Die Fachgesellschaft FPH Offizin hat der Kommission für Weiter- und Fortbildung (KWFB) wiederum Anträge auf Titelentzug gestellt. Folgende Titelträger/innen haben 2007 und 2008, resp. 2006 und 2008 die Fortbildung nicht erfüllt. Deshalb wurde ihnen der Titel per 2.6.2009, resp. 29.9.2009 entzogen:

Beatrice Cuenod, Lausanne
Jürg Sempf, Brienz
Markus B. Fritz, Basel

Anzahl Apotheker/innen, welche Kurse im entspr. Kompetenzkreis besucht haben:

KK 1	99,5%
KK 2	60%
KK 3	53%
KK 4	18%
AGFAM learn:	2,3%
Onlince academy:	12.8%
pharmActuel/pharmaDigest:	13%
Andere (z.B. Galexis):	1,7%

Wie die Fachgesellschaft FPH Offizin, hat auch die Gesellschaft Schweizerischer Amts- und Spitalapotheker (GSASA) der KWFB Anträge auf Titelentzug gestellt. Folgenden Apothekerinnen und Apothekern wurde der Fachapothekertitel FPH in Spitalpharmazie per 2. Juni 2009 entzogen, da sie die obligatorische Fortbildung gemäss Fortbildungsprogramm der GSASA nicht erfüllt haben:

Dr. Christine Aeschlimann, Bern
Suzy Beyeler-Borgatta, Morges
Christoph Meier, Autigny
Bettina Merz-Niederöst, Berlin
Irene Müller-Osann, Ebmatingen
Michèle Müller-Morgenthaler, Aarau
Dr. Regula Sievers-Frey, Sumiswald

Neue FPH Diplome und Fähigkeitsausweise

Die Kommission für Weiter- und Fortbildung (KWFB) hat an ihren letzten Sitzungen vom 24. Februar, 2. Juni und 29. September 2009 folgende FPH-Titel und -Anerkennungen verliehen. Wir gratulieren allen zum Abschluss der entsprechenden Weiterbildung und wünschen weiterhin viel Erfolg!

Statistik Fortbildungskontrolle 2008

Total geprüfte FPH Titelträger/innen	*374 (100%)*
→ Fortbildungsnachweis nach Aufforderung eingereicht	346 (92,5%)
→ Fortbildungsnachweis nach 1. Mahnung eingereicht (9 D-CH/10 F-CH od.Tessin)	20 (5,3%)
→ Keine Antwort erhalten (5 D-CH/2 F-CH od. Tessin)	8 (2,1%)
Anzahl FPH Titelträger/innen, die im Jahr 2008 keine Fortbildung nachweisen können	*20 (5,3%)*
→ von der Fortbildungspflicht 2008 entbunden, da Krankheit/Unfall oder Titel freiwillig abgegeben, da beruflich anders orientiert	7
→ verwarnt*	13
Anzahl FPH Titelträger/innen, die im Jahr 2008 nicht genügend Fortbildung nachweisen können (d.h. < 200 KP)	*14 (3,7%)*
→ Fortbildung nachholen 2009	5
→ von Fortbildungspflicht 2008 entbunden (Gründe vorliegend)	1
→ verwarnt*	8
Fortbildung 2005, 2006 oder 2007 und 2008 nicht erfüllt	*3*
→ Titel freiwillig abgegeben	0
→ Fortbildung nachholen 2009	0
→ von der Fortbildungspflicht 2008 entbunden, da Krankheit/Unfall	0
→ Titelentzug, da trotz mehrmaliger Aufforderung kein Nachweis der Fortbildung	3

* verwarnt = In den nachfolgenden fünf Jahren muss die Fortbildung unaufgefordert nachgewiesen werden (senden des Fortbildungsprotokolls an das FPH-Sekretariat)

Fachapothekertitel FPH in Spitalpharmazie

→ Mirjam Bacher-Hollenwäger, Pharmacie PHNVB, 1400 Yverdon-les-Bains
→ Stéphanie Maier, Pharmacie CHUV, 1011 Lausanne
→ Barbara Wohlwend, Institut für Spitalpharmazie Inselspital, 3010 Bern

Fähigkeitsausweis FPH in klinischer Pharmazie

→ Carole Bornand, Pharmacie Interjurassienne, Hôpital du Jura Bernois SA, 2740 Moutier
→ Dr. Ermindo Di Paolo, CHUV, 1011 Lausanne
→ Carole Greandjean, Division de pharmacie ICHV, 1951 Sion
→ Valia Humbert-Delaloye, Division de pharmacie ICHV, 1951 Sion
→ Noémie Marcoz, 1233 Bernex
→ Leyla Shoja, Spital STS AG, 3600 Thun
→ Nadja Stohler, pharmaSuisse, 3097 Bern-Liebefeld
→ Prof. Dr. Ursula von Mandach, Frauenklinik USZ, 8091 Zürich
→ Christina Weber, Division de pharmacie ICHV, 1951 Sion

Weiterbildner/in FPH in Spitalpharmazie

→ Dr. Cora Hartmeier, Kantonsspital, 8200 Schaffhausen
→ Dr. Grégory Podilski, Pharmacie du CHUV, 1011 Lausanne

Weiterbildungsstätte FPH in Spitalpharmazie (Re-Evaluation)
→ Kantonsspital, 5405 Baden
→ Division de pharmacie, ICHV, 1951 Sion

Weiterbildner/in FPH Fähigkeitsausweis in klinischer Pharmazie
→ Carole Bornand, Pharmacie Interjurassienne, Hôpital du Jura Bernois SA, 2740 Moutier
→ Dr. Ermindo Di Paolo, CHUV, 1011 Lausanne
→ Prof. Dr. Ursula von Mandach, Frauenklinik USZ, 8091 Zürich

Fähigkeitsausweis FPH in Phytotherapie
→ Regula Berger-Trösch, 3054 Schüpfen

Fähigkeitsausweis FPH in pharmazeutischer Betreuung von Alters- und Pflegeheimen
→ Thierry Borruat, 1978 Lens
→ Csilla Despond, 1635 La Tour-de-Trême
→ Isabelle Gremaud-Tinguely, 1723 Marly

Fähigkeitsausweis FPH Konsiliarapothekerin für die ambulante Medikamentenverschreibung
→ Sophie Locca-Buchmann, 1066 Epalinges ▮

Korrespondenzadresse
Sabine Trachsel König, Sachbearbeiterin FPH, pharmaSuisse
E-Mail: sabine.trachsel@pharmaSuisse.org

Formation continue et postgraduée FPH

Contrôle de formation continue 2008

Sabine Trachsel König

Le contrôle de formation continue 2008 est terminé. Comme les années précédentes, la plupart des spécialistes FPH en pharmacie d'officine ont rempli leur obligation de formation continue conformément au programme FPH correspondant.

Statistique du contrôle de formation continue 2008	
Porteurs de titre FPH contrôlés (total)	*374 (100%)*
→ Compte rendu livré après sollicitation	346 (92,5%)
→ Compte rendu livré après premier rappel (9 D-CH / 10 F-CH ou Tessin)	20 (5,3%)
→ Aucune réponse (5 D-CH / 2 F-CH ou Tessin)	8 (2,1%)
Porteurs de titre FPH qui n'ont pas pu fournir 20 (5.3%) de compte rendu pour 2008	
→ Exemptés de formation continue en 2008 pour cause de maladie/accident ou renonciation volontaire au titre suite à une réorientation professionnelle	7
→ Avertissement*	13
Porteurs de titre FPH qui n'ont pas suivi assez de formations continues en 2008 (< 200 points de crédit)	*14 (3,7%)*
→ Rattrapage en 2009	5
→ Exemptés de formation continue en 2008 (pour de justes motifs)	1
→ Avertissement*	8
Formation continue non remplie en 2005, 2006 ou 2007 ET 2008	*3*
→ Renonciation volontaire au titre	0
→ Rattrapage en 2009	0
→ Exemptés de formation continue en 2008, pour cause de maladie/accident	0
→ Retrait du titre, dans la mesure où aucun compte rendu n'a été fourni malgré plusieurs rappels	3

* Avertissement = Dans les cinq années qui suivent, le compte rendu de formation continue doit être envoyé automatiquement, sans que le secrétariat FPH en fasse la demande.

Cette année également, la société de discipline FPH Officine a demandé à la Commission pour la formation postgraduée et continue (CFPC) de retirer le titre à certaines personnes. Les porteurs de titre suivants n'ont pas rempli leur obligation de formation continue en 2007 et 2008, resp. 2006 et 2008. Ils se sont donc vu retirer leur titre au 2.6.2009, resp. 29.9.2009:

Beatrice Cuenod, Lausanne
Jürg Sempf, Brienz
Markus B. Fritz, Basel

Nombre de pharmaciens qui ont suivi des cours dans le domaine de compétences correspondant:

DC 1	99.5%
DC 2	60%
DC 3	53%
DC 4	18%
AGFAM learn:	2.3%
Online academy:	12.8%
pharmActuel/pharmaDigest:	13%
Autres (p.ex. Galexis):	1.7%

Tout comme la société de discipline FPH Officine, la Société suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux (GSASA) a aussi demandé le retrait de titres à la CFPC. Les pharmaciens suivants n'ont pas rempli leur obligation de formation continue conformément au programme de la GSASA et se sont donc

vu retirer le titre de spécialiste FPH en pharmacie d'hôpital au 2 juin 2009:

Dr. Christine Aeschlimann, Bern
Suzy Beyeler-Borgatta, Morges
Christoph Meier, Autigny
Bettina Merz-Niederöst, Berlin
Irene Müller-Osann, Ebmatingen
Michèle Müller-Morgenthaler, Aarau
Dr. Regula Sievers-Frey, Sumiswald

Nouveaux diplômes FPH et certificats de formation complémentaire

Lors de ses séances des 24 février, 2 juin et 29 septembre 2009, la Commission pour la formation postgraduée et continue (CFPC) a attribué les titres et les reconnaissances FPH suivantes. Nous les félicitons tous pour la réussite de leur formation et leur souhaitons beaucoup de succès pour la suite de leur carrière!

Spécialiste FPH en pharmacie d'hôpital
→ Mirjam Bacher-Hollenwäger, Pharmacie PHNVB, 1400 Yverdon-les-Bains
→ Stéphanie Maier, Pharmacie CHUV, 1011 Lausanne
→ Barbara Wohlwend, Institut für Spitalpharmazie Inselspital, 3010 Bern

Certificat FPH en pharmacie clinique
→ Carole Bornand, Pharmacie Interjurassienne, Hôpital du Jura Bernois SA, 2740 Moutier
→ Dr. Ermindo Di Paolo, CHUV, 1011 Lausanne
→ Carole Greandjean, Division de pharmacie ICHV, 1951 Sion
→ Valia Humbert-Delaloye, Division de pharmacie ICHV, 1951 Sion
→ Noémie Marcoz, 1233 Bernex
→ Leyla Shoja, Spital STS AG, 3600 Thun
→ Nadja Stohler, pharmaSuisse, 3097 Bern-Liebefeld
→ Prof. Dr. Ursula von Mandach, Frauenklinik USZ, 8091 Zürich
→ Christina Weber, Division de pharmacie ICHV, 1951 Sion

Formateur FPH en pharmacie d'hôpital
→ Dr. Cora Hartmeier, Kantonsspital, 8200 Schaffhausen
→ Dr. Grégory Podilski, Pharmacie du CHUV, 1011 Lausanne

Etablissements FPH en pharmacie d'hôpital (réévaluation)
→ Kantonsspital, 5405 Baden
→ Division de pharmacie, ICHV, 1951 Sion

Formateurs pour le certificat FPH en pharmacie clinique
→ Carole Bornand, Pharmacie Interjurassienne, Hôpital du Jura Bernois SA, 2740 Moutier
→ Dr. Ermindo Di Paolo, CHUV, 1011 Lausanne
→ Prof. Dr. Ursula von Mandach, Frauenklinik USZ, 8091 Zürich

Certificat FPH en phytothérapie
→ Regula Berger-Trösch, 3054 Schüpfen

Certificat FPH d'assistance pharmaceutique en EMS
→ Thierry Borruat, 1978 Lens
→ Csilla Despond, 1635 La Tour-de-Trême
→ Isabelle Gremaud-Tinguely, 1723 Marly

Certificat FPH de pharmacien consultant pour la prescription en ambulatoire
→ Sophie Locca-Buchmann, 1066 Epalinges ▮

Adresse de correspondance
Sabine Trachsel König, collaboratrice FPH, pharmaSuisse
E-mail: sabine.trachsel@pharmaSuisse.org

Die Geschäftsübernahme

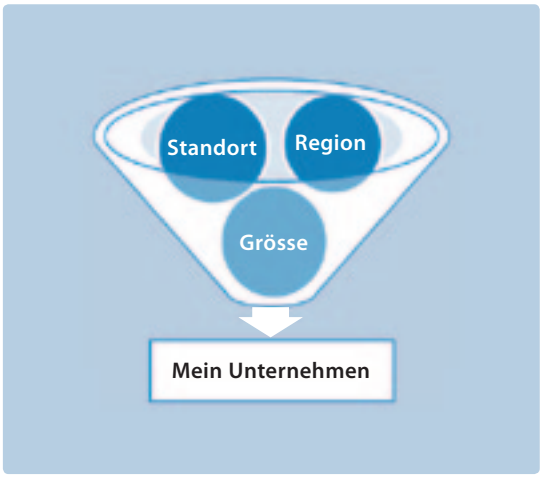
Didier Ray, Paul Wiederkehr, Stephanie Sahli, Katrin Schwingruber

Nachdem wir im pharmaJournal 21/2009 ausführlich die Punkte behandelt haben, die bei einer Geschäftsaufgabe rechtzeitig beachtet werden müssen, gehen wir im Folgenden auf die Probleme ein, die sich stellen, wenn junge Apotheker ein eigenes Geschäft eröffnen möchten.

Der Weg zum eigenen Betrieb ist meist schwierig und mit vielen Hindernissen gepflastert. Im besten Fall kann das Unternehmen von einem Mitglied der Familie übernommen werden. Eine weitere Möglichkeit ist das Management Buy out, d. h. das Unternehmen wird an langjährige, bestens eingeführte Mitarbeiter verkauft. Wenn dies nicht möglich ist, muss ein geeignetes Objekt gefunden werden, das den Vorstellungen des künftigen Unternehmers entspricht.

Von der Vision zur Realisierung

Die Planung der Geschäftsübernahme muss stufenweise, unter Berücksichtigung der Abhängigkeiten erfolgen. Am Anfang steht die Vision des eigenen Unternehmens mit Vorstellungen über Region, Standort und Grösse des Geschäfts. Anschliessend nehmen Unternehmensstrategie und Entwicklung klare Umrisse an.



Die bevorzugte Region

Der Entscheid für eine bestimmte Region schränkt die Auswahl an geeigneten Objekten stark ein. Der kaufwillige Apotheker, der die Region gut kennt oder sogar da aufgewachsen, hat grosse Vorteile, wenn Potenzial und Entwicklungsmöglichkeiten des künftigen Unternehmens eingeschätzt werden müssen.

Standort des Geschäftes

Der Standort des Geschäfts beeinflusst die Unternehmensstrategie, da die Anforderungen der Kunden und das Marktpotenzial unterschiedlich sind. In ländlichen Gegenden ist das Kundenpotenzial meist durch das Einzugsgebiet und die Selbstdipensation der Ärzte begrenzt. In Städten und Agglomerationen besteht zwar ein höheres Kundenpotenzial, der Konkurrenzkampf ist aber härter als in ländlichen Gebieten. In zentralen Lagen ist ausserdem die Lokalmiete höher als in der Peripherie.

Standortanalyse



Kundenfrequenz und Passanten vor dem Geschäft lassen sich relativ einfach überprüfen. Man nehme sich etwas Zeit, Notizblock und Schreibzeug, beobachte das gewünschte Objekt und zähle Kunden und Passanten.

Grösse des Geschäfts

Der Grösse des Geschäfts hängt von den finanziellen Möglichkeiten ab. Kleine Apotheken mit einem Umsatz von unter 1,5 Mio. Franken können in ihrer Existenz gefährdet sein und sollten deshalb genau geprüft werden.

Besteht die Möglichkeit, das Tätigkeitsfeld und damit den Kundenkreis auszuweiten, hat aber auch eine kleine Apotheke oft gute Aussichten für die Zukunft.

Umweltanalyse

Als Erstes muss eine Standortbestimmung des Unternehmens erstellt werden. Um das Potenzial besser

abschätzen zu können, ist zu klären, ob eine Rationalisierung oder Massnahmen zur Verbesserung des Geschäftsganges bereits getroffen und Marketinginstrumente eingeführt worden sind. Eine Analyse der künftigen Marktbedingungen ist unerlässlich für die strategische Ausrichtung des geplanten Unternehmens. Medikamentenpreise, Kundenwünsche und gesetzliche Vorgaben müssen ebenfalls berücksichtigt werden.



Ebenfalls von Bedeutung ist die Bevölkerungsstruktur im Ort oder Quartier. Junge Familien haben nicht die gleichen Kundenwünsche wie ältere Leute. Auch die soziale Struktur ist zu berücksichtigen und das Sortiment sollte den finanziellen Möglichkeiten der Kunden entsprechen.

Nach Abschluss der Umweltanalyse können die Chancen und Risiken realistisch beurteilt werden. Es gibt aber immer noch genug unvorhersehbare Ereignisse, die den Geschäftsgang positiv oder negativ beeinflussen können.

Chancen und Risiken

Mit Hilfe einer sorgfältigen Umweltanalyse können Chancen und Risiken abgewogen werden. Überwiegen die Risiken, muss ein geeigneteres Objekt gesucht werden. Nicht selten schliessen sich Gleichgesinnte zusammen und verbessern die Chancen durch ein höheres Eigenkapital und doppelten Einsatz. In diesem Falle müssen Berechtigungen, Kompetenzen und weitere Details, die zu Streitigkeiten Anlass geben könnten, vertraglich genau geregelt werden.

Geschäftsform

Die Rechtsform eines Unternehmens – Einzelunternehmen, Kollektiv-, Kommandit-, Aktiengesellschaft oder Gesellschaft mit beschränkter Haftung – beeinflusst unterschiedliche Bereiche. Der Übernehmer muss sich Gedanken machen über die Bildung des Firmennamens, der gesetzliche Anforderungen erfüllen muss und nicht gänzlich frei gewählt werden kann.

Kapitalgesellschaften (AG und GmbH) haben Organe wie die Generalversammlung bzw. Gesellschafterversammlung, einen Verwaltungsrat bzw. eine Geschäftsführung und allenfalls eine Revisionsstelle, die zu besetzen sind. Wesentlich ist im Weiteren die Unterstellung unter die Buchführungspflicht bzw. den Eintrag ins Handelsregister. Schliesslich entscheidet die Rechtsform über die Art der Haftung und Besteuerung.

Bei einer Unternehmensnachfolge hat der Übernehmer eine Apotheke in der angebotenen Rechtsform zu übernehmen. Danach steht es einem künftigen Geschäftsinhaber jedoch offen, die Rechtsform in den Schranken des Gesetzes (Fusionsgesetz) zu ändern. Dabei kommen hauptsächlich und je nach Ausgangslage die Rechtsinstitute der Umwandlung oder der Vermögensübertragung in Frage.

Mitglieder von pharmaSuisse finden im Mitgliederbereich von www.pharmasuisse.org weitere Informationen zu den verschiedenen Themen dieses Beitrages.

Weiterführende Links:
→ www.fusg.ch (spezialisierte Themen-Webseite zum Fusionsgesetz)
→ www.kmunext.ch
→ www.startzentrum.ch
→ www.kmu.admin.ch
→ www.santesuisse.ch (Antrag für ZSR-Nummer)
→ www.chemsuisse.ch

Businessplan

Ist die passende Rechtsform des zukünftigen Unternehmens gefunden, kann der Businessplan in Angriff genommen werden. Er besteht aus einer Mischung von Annahmen und Fakten, die klar ersichtlich und getrennt aufgeführt werden müssen.

Mit der Investition von Geld und persönlichem Engagement in ein Unternehmen ist die Hoffnung auf eine erfolgreiche Zukunft verbunden. Mit dem Businessplan kann das Konzept auf Marktverhältnisse, Konkurrenzsituation, Kompetenzen und die finanziellen Möglichkeiten des Unternehmens abgestimmt werden. Der Businessplan erleichtert das Finden von Investoren, er zwingt den künftigen Unternehmer aber auch, eigene Vorstellungen und Zielsetzungen übersichtlich darzustellen und sie damit systematisch zu überprüfen. Ausserdem erhalten potenzielle Geschäftspartner und Investoren einen detaillierten Überblick über Risiken und Chancen des Unternehmens.

Um ein realistisches Szenario erstellen zu können, sollten die Erfolgsrechnungen der letzten drei Jahre für das Wunschobjekt vorliegen. Hilfreich sind auch die Auswertungen und Benchmarks der rollenden Kostenstudie in der Apotheke, mit der die Apotheke mit den entsprechenden Durchschnittswerten verglichen wird.

Der Businessplan ist aber nicht nur für den Start des eigenen Unternehmens wichtig. Wird er laufend aktualisiert, ist jederzeit die Kontrolle über die Entwicklung des Unternehmens möglich und bei Bedarf können entsprechende Maßnahmen frühzeitig getroffen werden. Sind nach der Startphase zusätzliche finanzielle Mittel nötig für eine Ausweitung der Aktivitäten, hilft der Businessplan wiederum, Geldgeber zu finden.

Vorlagen für einen Businessplan können unter www.kmu.admin.ch/themen/00614/ heruntergeladen werden.

Finanzierung

Die Finanzierung einer Übernahme stellt für den Übernehmer mitunter eines der Hauptprobleme der Unternehmensnachfolge dar. Sie kann entweder aus eigenen Mitteln oder mittels einer Finanzierungslösung erfolgen.

Im pharmaJournal 14/7.2009 wurde diese Thematik bereits erörtert, wir verweisen diesbezüglich auf den dort erschienenen Artikel.

Bewilligungen und weitere Vorschriften

Betriebsbewilligung und Berufsausübungsbewilligung

Das Heilmittelgesetz schreibt vor, dass wer in Apotheken Arzneimittel abgibt, eine kantonale Bewilligung benötigt (Art. 30 HMG). Dabei handelt es sich um eine kantonale Detailhandelsbewilligung (= Betriebsbewilligung), wobei die Kantone die Voraussetzungen und das Verfahren für die Erteilung selbst regeln. Darüber hinaus benötigen Apotheker als Medizinalpersonen zur selbständigen Berufsausübung (Verwalterstellung) eine kantonale Berufsausübungsbewilligung. Die Mehrheit der Kantone verlangt auch für die unselbständige Berufsausübung (angestellte Apotheker) eine kantonale Berufsausübungsbewilligung.

Zahlstellenregisternummer

Um zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen zu können, benötigt der Apotheker eine von santésuisse erteilte Zahlstellenregisternummer (ZSR-Nr.); für deren Zuteilung ist vorgängig ein EAN Code für die Apotheke zu beantragen. Zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen wird, wer das eidgenössische Diplom besitzt und ein FPH-Weiterbildungsdiplom oder eine zweijährige praktische Tätigkeit (zu 100%) in einer Apotheke unter der Leitung eines als Leistungserbringer zugelassenen Apothekers nachweisen kann (Art. 37 KVG i.V.m. Art. 40 KVV). Apotheker, die über ein nach Art. 15 MedBG anerkanntes ausländisches Diplom oder über eine kantonale Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung gemäss Art. 36 Abs. 3 MedBG verfügen, sind Apothekern mit eidgenössischem Diplom gleichgestellt (Art. 41 KVV). Für eine Tätigkeit zu Lasten der OKP benötigen auch sie, wie bereits erwähnt, ein FPH-Weiterbildungsdiplom oder eine zweijährige praktische Tätigkeit.

Betäubungsmittelbewilligung

Der verantwortliche Leiter einer öffentlichen Apotheke, der eine kantonale Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung besitzt, darf Betäubungsmittel beziehen, lagern, verwenden und abgeben (Art. 9 Abs. 1 BetmG). Die Bewilligungserteilung erfolgt in der Regel automatisch mit der Betriebsbewilligung.

Alkoholbewilligung

Das Alkoholgesetz verlangt zu Kontrollzwecken in Art. 37 Abs. 3, dass wer fiskalisch nicht belasteten und nicht vollständig denaturierten Sprit zur Herstellung von Erzeugnissen verwenden will (die nicht zu Trink- und Genusszwecken dienen können) eine Bewilligung der Eidgenössischen Alkoholverwaltung (EAV) einholen muss. Wer im Besitz der kantonalen Betriebsbewilligung ist, erhält von der EAV obige, zeitlich unbeschränkte Bewilligung. Darüber hinaus benötigen Apotheken eine Bewilligung für den Handel mit gebrannten Wassern zu Trinkzwecken (= Trinkfeinsprit). Bei Mengen von weniger als 400 l jährlich ist eine kantonale Kleinhandelsbewilligung, ab 400 l jährlich eine Grosshandelsbewilligung der EAV erforderlich.

Weitere Vorschriften

Schliesslich sind noch folgende Vorschriften zu beachten:

- → kantonale Anforderungen an Räumlichkeiten und Einrichtungen;
- → Chemikaliengesetz und –verordnung bei der Abgabe von chemischen Substanzen und Produkten;
- → die Schweizerischen Brandschutzvorschriften;
- → Vorschriften der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS). ▮

Korrespondenzadresse
Didier Ray, Leiter Abteilung Politik & Wirtschaft pharmaSuisse
E-Mail: didier.ray@pharmasuisse.org

La reprise d'un commerce

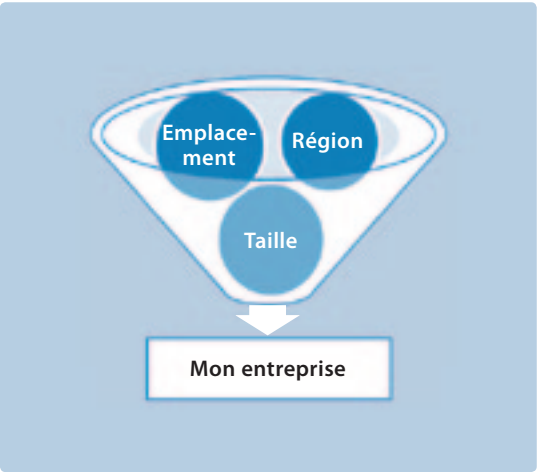
Didier Ray, Paul Wiederkehr, Stephanie Sahli, Katrin Schwingruber

Après avoir traité en détail, dans le pharmaJournal 21/2009, les points dont il faut tenir compte à temps avant la cessation d'activité, nous abordons à présent les problèmes auxquels sont confrontés les jeunes pharmaciens lorsqu'ils souhaitent ouvrir leur propre commerce.

Le chemin à emprunter pour lancer son propre commerce est souvent difficile et semé d'embuches. Dans l'idéal, l'entreprise peut être reprise d'un membre de la famille. Le management par objectifs représente une autre possibilité, à savoir que l'entreprise est vendue à des collaborateurs de longue date, au fait de la marche des affaires. A défaut d'une telle opportunité, il faut trouver un objet adéquat qui réponde aux aspirations du futur entrepreneur.

De la vision à la réalisation

La reprise d'un commerce doit être planifiée par étapes eu égard aux impératifs. D'abord la vision: comment se représente-t-on sa propre entreprise, dans quelle région, quel doit être l'emplacement et la taille du commerce? Par la suite, la stratégie de l'entreprise et le développement doivent être définis clairement.



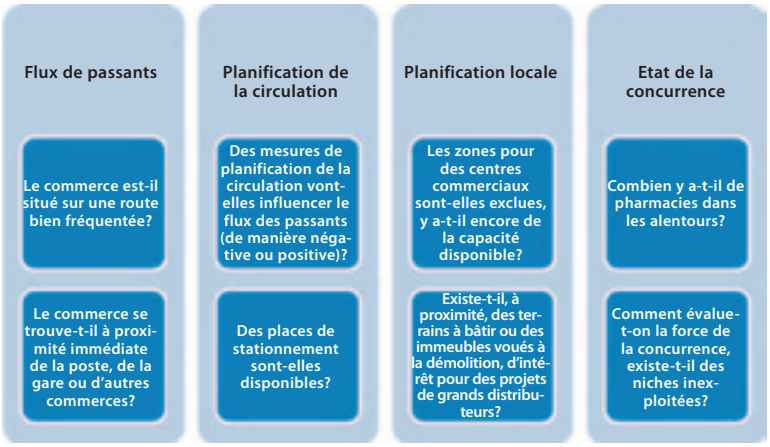
La région de prédilection

Le choix d'une région déterminée restreint fortement le nombre potentiel d'objets appropriés. Le pharmacien acquéreur qui connaît bien la région ou y a grandi est largement avantagé à l'heure d'évaluer le potentiel et les possibilités de développement de la future entreprise.

Emplacement du commerce

L'emplacement du commerce influence la stratégie de l'entreprise puisque les exigences de la clientèle et le potentiel de marché peuvent varier. Dans les régions rurales, la clientèle potentielle est le plus souvent limitée par la zone de chalandise et la dispensation médicale des médecins. Dans les villes et agglomérations, la clientèle potentielle est plus nombreuse, mais la concurrence est plus rude que dans les régions rurales. En outre, le loyer d'un emplacement bien centré est plus élevé qu'en périphérie.

Analyse de l'emplacement



L'importance de la clientèle et le nombre des passants devant le commerce sont des éléments relativement simples à vérifier. Un peu de temps, un bloc-notes et un stylo suffiront pour observer l'objet convoité et compter les clients et passants.

Taille du commerce

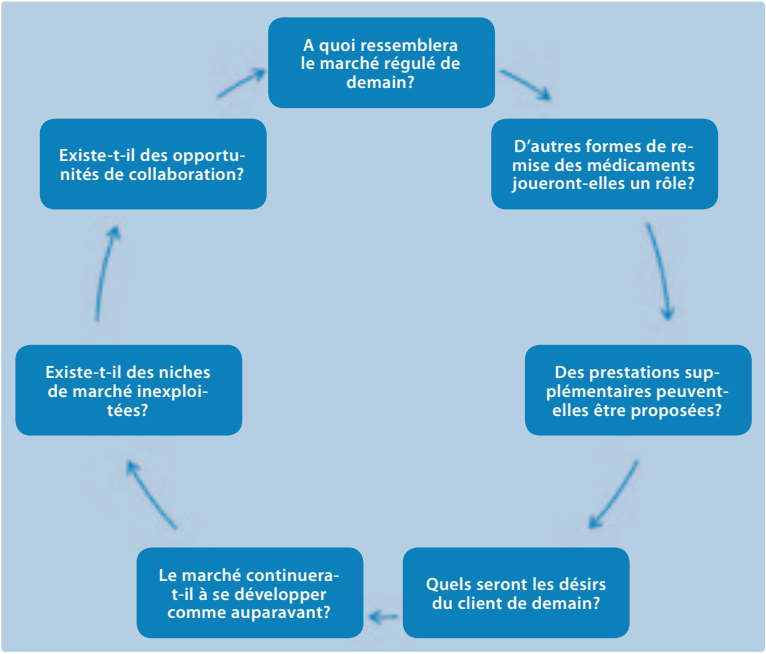
La taille du commerce dépend en premier lieu des moyens financiers. L'existence des petites pharmacies, dont le chiffre d'affaires est inférieur à 1,5 million, peut être compromise; de ce fait, elles doivent être contrôlées avec minutie.

Mais l'opportunité d'étendre son champ d'activité, et par là-même sa clientèle, confère à une petite pharmacie de bonnes perspectives d'avenir.

Analyse de l'environnement

En premier, il faut établir un état des lieux de l'entreprise. Pour pouvoir évaluer son potentiel, il faut se renseigner sur une éventuelle rationalisation, sur des

mesures d'amélioration de la marche des affaires et sur l'introduction d'instruments de marketing. L'analyse des conditions futures du marché est indispensable pour l'orientation stratégique de l'entreprise en devenir. Le prix des médicaments, les désirs des clients et les prescriptions légales sont d'autres éléments à prendre en considération.



Importe également la composition de la population de la localité ou du quartier. Les jeunes familles n'ont pas les mêmes attentes que les personnes plus âgées. La structure sociale doit aussi être prise en considération, et l'assortiment devra correspondre aux moyens financiers de la clientèle.

A la fin de l'analyse de l'environnement, on peut évaluer de manière réaliste les opportunités et les risques. Il reste néanmoins encore bon nombre d'évènements imprévisibles qui peuvent influencer la marche des affaires de manière positive ou négative.

Opportunités et risques

Une analyse minutieuse de l'environnement permet d'évaluer les opportunités et les risques. Si les risques prédominent, un objet plus adéquat devra être trouvé. Il n'est pas rare de voir des jeunes partageant les mêmes idées s'associer pour augmenter leurs chances grâce à des fonds propres plus importants et à un enthousiasme doublé. Dans ce cas, il convient de régler précisément, dans un contrat, les droits, compétences et autres détails qui pourraient donner lieu à des litiges.

Forme commerciale

La forme juridique d'une entreprise – entreprise individuelle, société en nom collectif, société en commandite, société anonyme ou société à responsabilité limitée – influence différents domaines. Le repreneur doit réfléchir au nom de l'entreprise, qui est soumis à des prescriptions légales et ne peut pas être choisi tout à fait librement.

Les sociétés de capitaux (SA et Sàrl) ont des organes, p.ex. l'assemblée générale ou l'assemblée des associés, le conseil d'administration ou le gérant, l'organe de révision, qu'il s'agit de constituer. L'assujettissement à l'obligation de tenir une comptabilité et l'inscription au registre du commerce sont aussi des éléments essentiels. Finalement, la forme juridique détermine le type de responsabilité et d'imposition.

En cas de succession d'entreprise, le repreneur doit accepter la pharmacie sous sa forme juridique actuelle. Ensuite, le futur titulaire du commerce sera libre de modifier la forme juridique dans les limites légales (loi sur la fusion). Dans ce cadre, la transformation ou le transfert de patrimoine sont les principales institutions juridiques qui peuvent être envisagées.

Les membres de pharmaSuisse trouveront sur le domaine protégé du site www.pharmaSuisse.org d'autres informations sur les thèmes de cet article. Autres liens utiles:

→ www.fusg.ch (site spécialisé concernant la loi sur la fusion)
→ www.kmunext.ch
→ www.startzentrum.ch
→ www.kmu.admin.ch
→ www.santesuisse.ch (demande de numéro RCC)
→ www.chemsuisse.ch

Business plan

Une fois la forme juridique adéquate définie, on peut s'attaquer au business plan. Il se compose d'un mélange d'hypothèses et de faits qui doivent être présentés séparément et de manière claire.

L'argent investi et l'engagement personnel pour une entreprise vont de pair avec des espoirs de réussite. Le business plan permet d'adapter le concept à la situation sur le marché, à la concurrence, aux compétences et moyens financiers de l'entreprise. Le business plan simplifie la recherche d'investisseurs, et il contraint également le futur entrepreneur à présenter de manière claire sa vision et les objectifs qu'il se fixe; cela lui permet de procéder à un contrôle systématique. En outre, les partenaires commerciaux potentiels et investisseurs obtiennent ainsi un aperçu détaillé des risques et opportunités offerts par l'entreprise.

Pour pouvoir établir un scénario réaliste, il faudrait disposer des comptes de pertes et profits de l'objet convoité pour les trois dernières années. S'avèrent également utiles les évaluations et benchmarks de l'étude permanente des coûts en pharma-

cie qui permettent de comparer la pharmacie sur la base de valeurs moyennes.

Le business plan n'est pas seulement important au moment de lancer sa propre entreprise. S'il est actualisé au fur et à mesure, il permet de suivre le développement de l'entreprise en tout temps et, le cas échéant, de prendre à temps les mesures qui s'imposent. Si après la phase de lancement, des moyens financiers supplémentaires sont nécessaires pour une extension des activités, le business plan facilitera de nouveau la recherche d'investisseurs.

Vous trouverez des modèles pour établir votre business plan sur le site http://www.kmu.admin.ch/themen/00614/index.html?lang=fr.

Financement

Le financement de la reprise représente pour le repreneur l'un des problèmes principaux de la succession d'entreprise. Il peut provenir soit des fonds propres soit d'une autre solution de financement.

Dans le pharmaJournal 14/7.2009, ce thème a déjà été traité et nous vous renvoyons à l'article qui y est paru.

Autorisations et autres prescriptions

Autorisation d'exploiter et autorisation de pratiquer

La loi sur les produits thérapeutiques prescrit que celui qui remet des médicaments dans une pharmacie doit posséder une autorisation cantonale (art. 30 LPTh). Il s'agit d'une autorisation cantonale du commerce de détail (= autorisation d'exploiter); les cantons définissent cependant eux-mêmes les conditions et la procédure d'octroi. De plus, les pharmaciens, en qualité de professionnels médicaux, doivent posséder une autorisation cantonale de pratiquer à titre indépendant (position de gérant). La majorité des cantons soumettent également l'exercice dépendant de la profession (pharmacien salarié) à une autorisation cantonale de pratiquer.

Numéro de registre des codes créanciers

Afin de pouvoir facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS), le pharmacien doit posséder un numéro de registre des codes créanciers délivré par santésuisse (numéro RCC); afin de se le voir attribuer, un code EAN doit d'abord être demandé pour la pharmacie. Sont admis à pratiquer à charge de l'AOS, ceux qui sont titulaires d'un diplôme fédéral et qui peuvent faire état d'un diplôme de formation postgraduée FPH ou d'une formation pratique de deux ans (à 100%) dans une pharmacie sous la direction d'un pharmacien admis comme fournisseur de prestations (art. 37 LAMal en relation avec l'art. 40 OAMal). Les pharmaciens titulaires d'un diplôme étranger reconnu au sens de l'art. 15 LPMéd ou d'une autorisation cantonale de pratiquer à titre indépendant conformément à l'art. 36 al. 3 LPMéd ont les mêmes droits que les pharmaciens titulaires d'un diplôme fédéral (art. 41 OAMal). Pour pratiquer à charge de l'AOS, eux aussi doivent, comme déjà mentionné, être titulaires d'un diplôme de formation postgraduée FPH ou avoir suivi une formation pratique de deux ans.

Autorisation pour les stupéfiants

Le responsable d'une pharmacie publique, qui possède l'autorisation cantonale de pratiquer à titre indépendant peut se procurer, détenir, utiliser et dispenser des stupéfiants (art. 9 al. 1 LStup). En règle générale, l'autorisation est octroyée automatiquement avec l'autorisation d'exploiter.

Autorisation pour l'alcool

La loi sur l'alcool prescrit à l'art. 37 al. 3, que celui qui veut employer de l'alcool exempt de charge fiscale (pour fabriquer des produits impropres à la consommation) doit, pour des motifs de contrôle, se procurer une licence de la Régie fédérale des alcools (RFA) pour autant que cet alcool ne soit pas complètement dénaturé. De plus, les pharmacies doivent posséder une autorisation pour commercialiser de l'alcool potable (= alcool de bouche). Si la quantité annuelle est inférieure à 400 l, une patente cantonale pour le commerce de détail est requise; au-delà de 400 l par an, une licence pour le commerce de gros de la RFA est nécessaire.

Autres prescriptions

Enfin, il faut encore tenir compte des prescriptions suivantes:

- → Exigences cantonales relatives aux locaux et installations
- → Loi et ordonnance sur les produits chimiques pour la remise de substances et de produits chimiques
- → Prescriptions suisses de protection incendie
- → Prescriptions de la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST) ▮

Adresse de correspondance

Didier Ray, responsable du département «Politique & Économie» de pharmaSuisse

E-mail: didier.ray@pharmasuisse.org

Allergien begleitet von Kopfschmerzen und Kummer

Gabriela Gutknecht

Der vorliegende Fall zeigt, wie die Allergien einer 40-jährigen Frau durch die Gabe einiger homöopathischer Dosen, so wie es die Methode der klassischen Homöopathie vorschreibt, schnell gelindert werden können.

Eine 40-jährige Patientin kommt im November 2008 zur homöopathischen Behandlung, da sie seit 15 Jahren an einer allergischen Rhinitis leidet.

Vorgeschichte

Gegen die Allergien wurden in der Vergangenheit mehrmals Glucocorticoid-Injektionen verabreicht. In den Jahren 2003 bis 2005 brachte eine Desensibilisierung eine massive Verbesserung der Allergiesymptomatik, welche jedoch nach einem weiteren Jahr verstärkt wieder auftrat. Bevor sich die Patientin einer erneuten Desensibilisierung unterzieht, möchte sie es mit einer homöopathischen Behandlung versuchen.

Lokale Symptome

Die Allergien dauern von Januar bis Oktober an, wobei im Januar die Symptome am heftigsten sind. Am stärksten betroffen sind die Augen, welche jucken. Auch im Gehörgang juckt es und sie verspürt ein Druckgefühl. In der Nase verspürt sie ebenfalls ein Jucken, sie muss häufig niesen und es tritt eine wässrige Absonderung auf, welche die Nasenöffnungen rötet. Obwohl die Patientin im Moment an keiner Allergie leidet, fühlt sich der Hals seit etwa zwei Wochen trocken an. Sie hat das Gefühl eines Knotens im Hals, verspürt eine Enge um den Hals und hat eine leichte Atemnot. Trinken lindert die Beschwerden. Zusätzlich verspürt sie einen Druck im Kopf, als ob ein Stein auf dem Scheitel lastete.

Sie leidet zudem an Kopfschmerzen, welche bei Hochdrucklage, bei Arbeits- und Erwartungsdruck auftreten. Die Schmerzen sind rechtsseitig, pulsierend und mit einer Sichtbeeinträchtigung vergesellschaftet.

Sich draussen an der frischen Luft zu bewegen bessert sowohl die Allergie als auch die Kopfschmerzen.

Geistige Symptome

Die Patientin macht einen ernsten Eindruck und weint beim Erzählen ihrer Symptome. Sobald etwas nicht nach Wunsch läuft, bricht sie in Tränen aus und muss dann abends stundenlang darüber grübeln. Sie macht sich über jede Kleinigkeit und jede Rückmeldung Selbstvorwürfe. Sie ist exakt, kontrolliert und kümmert sich auch um andere. Die Familiensituation der Patientin ist im Moment schwierig: Ihre Mutter ist seit einiger Zeit sehr krank und sie macht sich deswegen Sorgen. Zudem grübelt sie in letzter Zeit vermehrt über längst Vergangenes. Trost verschlimmert diesen Zustand zusätzlich.

Allgemeine Symptome

Die Patientin erträgt Hitze und direkte Sonnenbestrahlung schlecht. Feuchtwarmes Wetter verstärkt die Allergie und die Patientin fühlt sich dann geistig und körperlich müde. Die geringste Anstrengung schwächt sie so sehr, dass sie sich hinlegen muss. Ihre Ferien verbringt sie lieber in den kühlen Bergen als am Meer.

Ernährung

Sie mag lieber salzige Speisen als Süssigkeiten und trinkt bevorzugt Wasser. Aufgrund ihrer Allergie meidet sie Nüsse, Champignons, Sellerie, Äpfel und Birnen.

Schlaf

Ihr Schlaf ist sehr unruhig und sie hat Probleme einzuschlafen. Fast jede Nacht wacht sie mit Atemnot und Hitze im Kopf auf, als ob sie Fieber hätte. Nach einigen Minuten normalisiert sich dieser Zustand wieder. Eine ärztliche Untersuchung konnte eine physische Ursache der Hals- und Atembeschwerden ausschliessen.

Analyse

Folgende Symptome wurden zur Repertorisation verwendet:

- → Gemüt – Beschwerden durch – Kummer
- → Gemüt – Tadelt sich selbst, macht sich Vorwürfe
- → Gemüt – Verweilt – vergangenen unangenehmen Ereignissen; bei
- → Gemüt – Trost – agg.
- → Schlaf – Schlaflosigkeit – Gedanken – Gedankenandrang, durch
- → Allgemeines – Schwäche – Anstrengung, bei – agg. – geringe Anstrengung
- → Allgemeines – Wetter – warmes Wetter – nasses warmes – agg.

→ Allgemeines – Speisen und Getränke – Salz – Verlangen
→ Kopf – Schmerz – pulsierend
→ Kopf – Schmerz – Seiten – rechts
→ Innerer Hals – Klumpens; Gefühl eines

Das Mittel Natrium muriaticum erscheint an vorderster Stelle dieser Repertorisation. Anhand der homöopathischen Arzneimittellehre bestätigt sich diese Arzneimittelwahl. Die Patientin erhält einen Monat lang täglich 5 Tropfen von Natrium muriaticum Q3.

Weiterer Verlauf

7.12.2008: Nur wenige Tage nach der ersten Mitteleinnahme ist das Klossgefühl im Hals weg, die Atembeschwerden sind gebessert und auch der Druck im Kopf hat nachgelassen. Die Patientin schläft besser und fühlt sich am Morgen nicht mehr so niedergeschlagen.

Die Patientin erhält einen Monat lang täglich 5 Tropfen von Natrium muriaticum Q6.

15.1.2009: Die psychischen Symptome haben sich beeindruckend verbessert; die Patientin ist viel fröhlicher. Es sind noch keine Beschwerden einer allergischen Rhinitis aufgetreten.

Da die Patientin nun psychisch wesentlich stabiler ist, erhält sie 3 Globuli von Natrium muriaticum C30.



Nach der Mittelgabe ist eine weitere Besserung aller Symptome zu verzeichnen. Im März 2009 tritt eine allergische Rhinitis mit den oben genannten Symptomen in abgeschwächter Form auf, welche mit einer Gabe von 3 Globuli Natrium muriaticum C200 rasch abklingen. Bis heute sind keine Allergiesymptome mehr aufgetreten und die Patientin fühlt sich fit wie schon lange nicht mehr. ▮

Korrespondenzadresse
Gabriela Gutknecht, Apothekerin
Vorstandsmitglied der Schweizerischen Apothekergesellschaft für Homöopathie (SAGH)
E-Mail: gutknecht-glaus@hotmail.com

Homéopathie dans la pharmacie

Allergies accompagnées de maux de tête et de soucis

Gabriela Gutknecht

Ce cas homéopathique permet de démontrer que des allergies associées de maux de tête et de soucis peuvent guérir par l'administration de quelques doses homéopathiques d'un seul et unique remède.

Une femme de 40 ans est venue en novembre 2008 pour une consultation homéopathique, elle souffre de rhinite allergique depuis 15 ans.

Symptôme circonstanciel

Par le passé, elle a été traitée plusieurs fois pour ses allergies avec des injections de glucocorticoïdes. En 2003-2005, une désensibilisation a amené une amélioration considérable. Malheureusement, après une année, les symptômes sont réapparus et ce de manière plus forte. Avant de procéder à une nouvelle désensibilisation, la patiente veut essayer un traitement homéopathique.

Symptômes locaux

Les allergies débutent en janvier et se poursuivent jusqu'en octobre. En janvier, les symptômes sont plus fortement marqués. Pendant ce temps, les yeux lui démangent. Le conduit auditif démange également parfois, elle y sent une pression. Elle ressent une démangeaison dans le nez, et doit souvent éternuer, le nez coule et le bord de ses narines est rouge.

Bien que pour le moment la patiente ne souffre pas d'allergie, au cours des deux dernières semaines elle a la gorge très sèche et elle a le sentiment comme si un nœud lui serrait la gorge. Elle éprouve une légère détresse respiratoire. Les boissons soulagent ces symptômes. En plus des symptômes de la gorge elle ressent une pression dans la tête, comme si elle avait une pierre lourde sur la tête.

En plus des allergies elle souffre de maux de tête à droite accompagnés de problèmes de vue qu'elle soulage avec un analgésique. Les maux de tête débu-

tent en cas de haute pression atmosphérique ou lors de situations de pression au travail ou dans la vie privée. Les douleurs sont localisées à droite, avec des pulsations. La patiente est aussi sensible à la lumière, au bruit et désire être seule.

Quand elle se promène à l'extérieur en plein air, les allergies et le mal de tête s'améliorent légèrement.

Symptômes mentaux

La patiente donne une impression de sérieux et raconte ses symptômes en pleurant.

Elle se sent vite dépassée et si quelque chose ne va pas comme prévu, elle éclate en larmes, puis le soir pendant des heures elle peut ruminer sur ces événements. Elle se reproche chaque petit détail et chaque erreur. Elle pleure sur ses malheurs et éprouve des difficultés à se décider même pour des petites choses insignifiantes (comme par exemple, ce qu'elle veut manger ou boire). Elle est très précise dans son travail, elle vérifie et aide également les autres.

La situation familiale de la patiente est en ce moment difficile: sa mère, depuis quelque temps, est très malade et elle se fait du souci. Depuis peu, elle rumine sur son passé lointain. Elle se sent inutile, pleure et se plaint. La consolation ne fait qu'aggraver la situation.

Symptômes généraux

Elle supporte mal la chaleur et le soleil direct. Le temps chaud et humide renforce les symptômes d'allergie. La patiente se sent alors psychiquement et physiquement fatiguée et hors d'état pour travailler. Le moindre effort la fatigue tellement qu'elle doit se coucher. Elle préfère passer ses vacances à la montagne au frais plutôt qu'au bord de la mer.

Désirs et aversions alimentaires

Elle aime manger plutôt salé que sucré et boit de préférence de l'eau. En raison de son allergie elle évite les noix, les champignons, le céleri, les pommes et les poires.

Symptômes du sommeil

Son sommeil est très agité et surtout elle tarde à s'endormir. Presque chaque nuit elle se réveille avec des détresses respiratoires et de la chaleur dans la tête, comme si elle avait de la fièvre. Après quelques minutes, cette situation se normalise. Un examen médical a pu exclure une cause physique des plaintes de la gorge et de ses détresses respiratoires.

Analyse

Les symptômes suivants ont été relevés pour la répertarisation:

→ Psychisme – des plaintes par – soucis
→ Psychisme – se blâme elle-même, se fait elle-même des reproches
→ Psychisme – s'arrête – événements passés désagréables; aux
→ Psychisme – consolation – agg.
→ Sommeil – insomnie – pensée – pensée affluence, par
→ Généraux – faiblesse – l'effort, à – agg. – un faible effort
→ Généraux – temps – temps chaud – chaud humide – agg.
→ Généraux – repas et boissons – sel – demande
→ Tête – douleur – pulsations
→ Tête – douleur – côté – droite
→ Gorge – morceau, sentiment d'un

Le remède Natrum muriaticum sort en tête de la répertorisation. La Matière Médicale (le livre des remèdes homéopathiques) confirme ce choix. La patiente reçoit le remède, pendant un mois, chaque jour cinq gouttes de Natrum muriatium Q3.

Evolution

7.12.2008: quelques jours après la première prise du médicament le problème de la gorge a disparu. Les troubles respiratoires se sont améliorés et la pression dans la tête a diminué. La patiente dort beaucoup mieux, elle ne se sent plus si déprimée.

Deuxième prescription: la patiente reçoit, pendant un mois, chaque jour cinq gouttes de Natrum muriaticum Q6.

15.1.2009: les symptômes psychiques sont améliorés de manière impressionnante, la patiente est devenue beaucoup plus joyeuse. Aucun symptôme de rhinite allergique n'a débuté.

Étant donné que la patiente est désormais plus stable psychologiquement, elle reçoit trois granules de Natrum muriaticum C30.

Suite à la dernière dose, elle observe une nouvelle amélioration de l'ensemble des symptômes. En mars 2009 la rhinite allergique, avec les symptômes décrits ci-dessus, s'est produite sous une forme atténuée. Les symptômes ont rapidement disparu avec une dose de trois granules de Natrum muriaticum C200. Jusqu'à ce jour, les symptômes d'allergie ne se sont plus reproduits. La patiente se sent en forme, comme jamais depuis des années. ▮

Adresse de correspondance
Gabriela Gutknecht, pharmacienne
Membre du comité de l'OSPH (Ordre suisse des pharmaciens homéopathes)
E-mail: gutknecht-glaus@hotmail.com

Pour la traduction, en collaboration avec:
Michèle Imfeld, pharmacienne FPH en Homéopathie classique
Chargée d'enseignement à l'Université de Genève
E-mail: imfeld@homeoconseil.org

Eine gemeinsame Datenbank des Bundesamts für Gesundheit (BAG), der Berufsorganisationen und der kantonalen Gesundheitsbehörden

Das Medizinalberuferegister (MedReg)

Maria Hodel

Das BAG hat in den vergangenen zwei Jahren ein neues, webbasiertes Register über die universitären Medizinalpersonen (MedReg) aufgebaut. Das Register ist ein Vollzugsprojekt des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (MedBG). Im MedBG und den dazugehörigen Verordnungen werden Aus- und Weiterbildung sowie die selbstständige Berufsausübung der folgenden fünf universitären Medizinalberufe geregelt: Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker und Chiropraktoren.

Am 1. November 2008 ist die Verordnung über das MedReg in Kraft getreten.

Welche Ziele sollen mit dieser neuen Datenbank erreicht werden?

Der Gesetzgeber nennt als erstes und wichtigstes Ziel des MedReg die Information und den Schutz der Patientinnen und Patienten. Die gewachsene Mobilität der Medizinalpersonen innerhalb der Schweiz und insbesondere innerhalb des europäischen Raums stellt die kantonalen Bewilligungsbehörden vor grosse Herausforderungen. Eine zentrale, überkantonale Datenbank, die detaillierte Informationen zu den beruflichen Qualifikationen und den kantonalen Berufsausübungsbewilligungen der oben erwähnten Berufsleute enthält, gab es bisher nicht. Die neue, webbasierte Datenbank bietet den kantonalen Bewilligungsbehörden standardisierte Personen- und verifizierte Diplom- und Weiterbildungstiteldaten. Der einfache Zugang zu den Berufsausübungsbewilligungen aller Kantone sowie zu den besonders schützenswerten Personendaten (z.B. Disziplinarmassnahmen) erhöhen die Transparenz und die Sicherheit. Das BAG erhebt in einer Drehscheibenfunktion diese Daten und stellt sie den berechtigten kantonalen Stellen auf Anfrage zur Verfügung. Dies soll zur Vereinfachung der Abläufe bei der Erteilung der kantonalen Berufsausübungsbewilligungen beitragen.

Aktuelle Arbeiten

Das BAG hat alle Angaben über die Medizinalpersonen aus der BAG-eigenen Datenbank über die Inhaber von eidgenössischen oder anerkannten ausländischen Diplomen sowie Angaben aus allen Datenbanken der Berufsorganisationen und der santésuisse zusammengeführt. Den kantonalen Bewilligungsbehörden wurde damit eine möglichst vollständige Datengrundlage zur Verfügung gestellt. Noch bis Ende 2009 werden die Daten zu den rund 60 000 Medizinalpersonen vom BAG, den Berufsorganisationen und den kantonalen Gesundheitsbehörden überprüft und vervollständigt. Dadurch soll eine hohe Datenqualität erreicht werden. Die Datenbank soll gemäss Registerverordnung per 1.1.2010 zudem für die interessierte Öffentlichkeit über die Internetadresse http://www.medreg.admin.ch zugänglich gemacht werden.

Aktuelle Arbeiten – Projekt Betriebe Swissmedic

Da die Rechte im Umgang mit Betäubungsmitteln bei den Apothekerinnen und Apothekern nicht wie bei den übrigen Medizinalpersonen an die Person, sondern an den Betrieb geknüpft sind, wird gegenwärtig als ergänzendes Modul zum MedReg ein Betriebsmodul entwickelt. Damit wird Swissmedic in Zukunft die Publikationspflicht betreffend die betäubungsmittelspezifischen Berechtigungen der Apotheken und wissenschaftlichen Betriebe einlösen.

Die beiden Module werden miteinander verbunden: Im MedReg eingetragene Apothekerinnen und Apotheker mit einer Berufsausübungsbewilligung können als verantwortliche Apotheker in das Betriebsmodul importiert werden.

Welche Daten sind im MedReg?

Im MedReg sind die Personalien sowie alle vorhandenen eidgenössischen oder anerkannten ausländischen Diplome bzw. Weiterbildungstitel eingetragen. Jede Medizinalperson erhält ab sofort gleich zum Zeitpunkt der Diplomerteilung oder -anerkennung (EU/EFTA-Angehörige) die sogenannte Global Location Number (GLN), die der eindeutigen Identifikation dient und die sie von der Diplomerteilung bis zur Berufsaufgabe begleiten wird. Auch die von pharmaSuisse erteilten privatrechtlichen Weiterbildungsdiplome (derzeit drei Weiterbildungstitel und vier Fähigkeitsausweise FPH) werden in die Datenbank eingespiesen. Weitere berufliche oder akademische Qualifikationen oder spezielle Tätigkeitsbereiche werden nicht eingetragen. Angaben, die im Zusammenhang mit der kantonalen Berufsausübungsbewilligung stehen, tragen die kantonalen Bewilligungsbehörden ein.

Für das BAG und die kantonalen Behörden ist im MedReg ferner die Tatsache ersichtlich, ob eine

kantonale Bewilligungsbehörde gegenüber einer Medizinalperson (rechtskräftige) Disziplinarmassnahmen (z. B. eine Verwarnung, ein befristeter oder unbefristeter Entzug der Berufsausübungsbewilligung) ergriffen hat. Liegen dem BAG Angaben zu Disziplinarmassnahmen über Apothekerinnen und Apotheker aus EU/EFTA-Ländern vor, die ihr Diplom in der Schweiz anerkennen liessen, dann trägt das BAG dies ebenfalls im Register ein. Nur wenn eine Bewilligung entzogen oder ein (befristetes) Berufsausübungsverbot ausgesprochen wurde, ist dies für die Öffentlichkeit einsehbar. In diesem Fall wird die Information, dass die betreffende Person keine Bewilligung hat, veröffentlicht. Die Massnahmen selber sowie deren Gründe werden nicht im MedReg erfasst. Diese Informationen sind nur dem BAG und den kantonalen Bewilligungsbehörden zugänglich.

Eine detaillierte Auflistung sämtlicher Daten sowie der Rechte und Pflichten der beteiligten Partner findet sich in der Registerverordnung http://www.admin.ch/ch/d/sr/c811_117_3.html

Neue Zuständigkeit für die Vergabe der individuellen Global Location Number (GLN)

Was heisst GLN?
Die Global Location Number (GLN) ist die neue Bezeichnung für die EA-Nummer (EAN). Sie wird ab sofort jeder Medizinalperson zur eindeutigen Identifikation gleich bei der Diplomerteilung oder -anerkennung vom BAG zugeteilt. Bereits zugeteilte EA-Nummern wurden übernommen und bleiben gültig.

Ab sofort erhalten alle Apothekerinnen und Apotheker mit dem eidgenössischen Diplom zugleich eine GLN durch das BAG. Die Zuteilung der GLN erfolgt ebenfalls bei der Anerkennung von Diplomen aus den EU/EFTA-Staaten oder bei der Ausstellung einer Gleichwertigkeitsbescheinigung für Diplominhaber aus Nicht-EU-Staaten (Art. 36 Abs. 3, MedBG). Die GLN wird neu auf dem Diplom ersichtlich sein, sie wird auch im MedReg publiziert. Die Bezeichnung GLN ist die neue Bezeichnung der EAN (European Article Number). Es ist empfehlenswert, die GLN in den Verlautbarungen und Korrespondenzen (wie Briefpapier, Rechnungen) aufzuführen. Alle Apothekerinnen und Apotheker mit einem eidgenössischen oder anerkannten Diplom sind heute mit einer GLN referenziert.

Apothekerinnen und Apothekern aus EU/EFTA-Staaten, die eine GLN benötigen, ohne dass sie aus gesetzlichen Gründen zu einer Anerkennung ihres Diploms verpflichtet sind (z. B. Assistenzapotheker), empfehlen wir trotzdem das Anerkennungsverfahren.

Zuständigkeit für die Vergabe der betrieblichen Global Location Number (GLN)

Die Angaben über den Betrieb (Betriebsadresse, verantwortliche Apotheker usw.) werden im Modul Betriebe, das gegenwärtig von Swissmedic entwickelt wird, abgebildet werden. Sämtliche Angaben betreffend die Betriebsbewilligung werden von den zuständigen kantonalen Bewilligungsbehörden eingetragen. Die Zuteilung der GLN für den Betrieb erfolgt durch Swissmedic.

Welche Rechte und Pflichten hat pharmaSuisse?

Die Berufsorganisationen der fünf universitären Medizinalberufe sind gemäss MedBG dazu verpflichtet, die eidgenössischen Weiterbildungstitel in das MedReg einzutragen. Da die Apothekerinnen und Apotheker bis anhin noch keine eidgenössischen Weiterbildungstitel haben, entfällt diese Pflicht für pharmaSuisse. Freiwillig ist dagegen der Eintrag privatrechtlicher Qualifikationen (Weiterbildungstitel, Fähigkeitsausweise FPH). Diese Möglichkeit wurde auf Wunsch der Berufsorganisationen in der Registerverordnung verankert. Das BAG teilt die Meinung, dass eine vollständige Auflistung aller Qualifikationen der Information der Patientinnen und Patienten dient und auch im Interesse der Apothekerinnen und der Apotheker ist. Deshalb wird pharmaSuisse sämtliche privatrechtlichen Weiterbildungsdiplome im MedReg publizieren.

pharmaSuisse profitiert vom MedReg, indem sämtliche Angaben über die neuen Medizinalpersonen mit eidgenössischem oder anerkanntem ausländischem Diplom in die eigene Datenbank transferiert werden können.

Welche Daten sind nicht öffentlich?

- → Geburtsdatum
- → Heimatort
- → AHV-Nr.
- → Schützenswerte Daten
- → Auflagen und Einschränkungen
- → E-Mail-Adresse

Welche Rechte und Pflichten haben Sie als Apothekerin/Apotheker?

Gemäss MedBG und Registerverordnung sind Sie nicht verpflichtet, Daten direkt in das MedReg einzutragen. Diese Daten werden vom BAG, von pharmaSuisse und den kantonalen Behörden gemäss den in der Registerverordnung vorgesehenen Zuständigkeiten eingetragen. Als Apothekerin oder Apotheker sind Sie jedoch im Fall einer bewilligungspflichtigen Tätigkeit gegenüber der kantonalen Bewilligungsbehörde meldepflichtig. Einige Kantone haben diesbezüglich ihre Apothekerinnen und Apotheker in der aktuellen Phase der Datenkorrektur und -aktualisierung um ihre Mitarbeit gebeten, weil ihre Daten unvollständig oder nicht mehr aktuell sind. Ab 1. 1. 2010 werden Sie aber, falls sich in Ihrem Berufsleben Veränderungen ergeben (z. B. vorübergehende oder definitive Aufgabe der Berufstätigkeit usw.), diese Veränderungen neu direkt über das MedReg melden können. Die privatrechtlichen Weiterbildungsausweise FPH werden von pharmaSuisse laufend nachgeführt.

Was muss ich tun, wenn mein Name ab 1. 1. 2010 nicht unter www.medreg.admin.ch erscheint?
Wenden Sie sich in diesem Fall bitte per E-Mail an das BAG (medreg@bag.admin.ch)

La traduzione italiana è disponibile sotto www.pharmaSuisse.org nella zona dei membri.

Wie erhalten Sie Zugang zum MedReg?

Sie können ab sofort unter der Adresse https://www.medreg.admin.ch/Anmelden.aspx einen Benutzernamen mit Passwort verlangen. Die Zugangsdaten werden Ihnen im ersten Quartal 2010 mitgeteilt. Mit diesen Zugangsdaten können Sie sämtliche über Sie gespeicherte Angaben einsehen und im Falle fehlender oder falscher Angaben auf elektronischem Weg eine Berichtigung verlangen. Mit Ihrem Mutationsantrag wird der zuständigen Stelle Ihr Änderungswunsch mitgeteilt. Wird dieser nach erfolgter Prüfung übernommen, werden zeitgleich alle am Projekt beteiligten Partner (kantonale Bewilligungsbehörde, BAG, Berufsorganisation) informiert. Sie haben auch das Recht, beim BAG Einsicht in besonders schützenswerte Personendaten über Ihre Person zu verlangen, wenn solche vorliegen.

Das Wichtigste in Kürze

→ Das MedReg ist eine Datenbank, die primär der Information und dem Schutz der Patientinnen und Patienten dient.
→ Die zentrale Datenbank erleichtert die Zusammenarbeit der verschiedenen Partner und erhöht vor allem die Transparenz zwischen den kantonalen Behörden.
→ Sämtliche Apothekerinnen und Apotheker mit einer Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung müssen im MedReg eingetragen sein.
→ Das MedBG verpflichtet die zuständigen kantonalen Behörden zur Meldung jeder Erteilung, Verweigerung oder jeder Änderung der Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung, jeder Einschränkung sowie jeder Disziplinarmassnahme.
→ Das Medizinalberuferegister ist keine neue Referenzdatenbank für die Berechtigung zur Abrechnung von Leistungen gemäss obligatorischer Krankenpflegeversicherung (OKP).

Muss ich meine Daten im MedReg tatsächlich selber kontrollieren?

Das BAG, die Kantone und pharmaSuisse haben mit grösster Sorgfalt alle zur Verfügung stehenden Daten zusammengetragen. Wir bitten Sie jedoch, Ihre Daten zu überprüfen und uns allfällige Fehler zu melden. Vielen Dank.

Korrespondenzadresse
Maria Hodel
BAG, Direktionsbereich Gesundheitspolitik
Schwarzenburgstr. 161, 3003 Bern-Liebefeld
E-Mail: maria.hodel@bag.admin.ch

Une banque de données commune à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), aux organisations professionnelles et aux autorités sanitaires cantonales

Le registre des professions médicales (MedReg)

Maria Hodel

Ces deux dernières années, l'OFSP a développé un registre en ligne, relatif au personnel médical universitaire (MedReg). Le registre comptait au nombre des projets qu'exigeait la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd). Cette dernière ainsi que les ordonnances y afférentes réglementent la formation et la formation postgrade ainsi que l'exercice indépendant des professions dans les cinq domaines suivants: médecine humaine, médecine dentaire, médecine vétérinaire, pharmacie et chiropratique.

L'ordonnance sur le registre est entrée en vigueur le 1er novembre 2008.

Objectif de cette nouvelle banque de données

Le législateur cite l'information et la protection des patients comme but premier du registre. La mobilité croissante du personnel médical à l'intérieur de la Suisse et au sein de l'espace européen notamment, place les autorités cantonales chargées de l'octroi des autorisations face à d'importants défis. Il s'agit de la première banque de données centrale et supracantonale qui contienne des informations détaillées concernant les qualifications professionnelles et les autorisations cantonales d'exercer pour les professions mentionnées ci-dessus. Cette nouvelle banque de données en ligne propose aux autorités cantonales délivrant les autorisations des données personnelles standardisées ainsi que des données fiables concernant les diplômes et titres de formation postgrade. L'accès simple aux

autorisations d'exercer la profession de tous les cantons ainsi qu'aux données personnelles particulièrement sensibles (p.ex. mesures disciplinaires) augmentent la transparence et la sécurité. Agissant comme plaque tournante, l'OFSP recueille ces données et les met à la disposition des services cantonaux habilités, lorsque ceux-ci en font la demande. Cette mesure doit permettre de simplifier la procédure pour l'octroi des autorisations cantonales d'exercer.

Travaux actuels

L'OFSP a réuni les données relatives au personnel médical provenant de sa propre banque de données, qui recense les personnes titulaires de diplômes fédéraux ou de diplômes étrangers reconnus, avec les données provenant de toutes les banques de données des organisations professionnelles et de santésuisse. Les autorités cantonales délivrant les autorisations disposent désormais d'une base de données aussi complète que possible. D'ici la fin 2009, l'OFSP, les organisations professionnelles et les autorités sanitaires cantonales examineront et compléteront les informations concernant les près de 60 000 membres du personnel médical. Ceci afin d'obtenir des données d'une qualité optimale. Conformément à l'ordonnance sur le registre, le public intéressé pourra, au 1er janvier 2010, accéder à la banque de données, via l'adresse internet www.medreg.admin.ch.

Travaux actuels – Projet établissements Swissmedic

Pour les pharmaciens, les droits concernant l'utilisation des stupéfiants ne sont pas, comme pour les autres praticiens, subordonnés à la personne mais à l'établissement; un module «Etablissements» est présentement développé comme module complémentaire du registre. Ainsi, Swissmedic s'acquittera de son obligation de publier les autorisations spécifiques aux stupéfiants des pharmacies et des établissements scientifiques.

Les deux modules sont liés: les pharmaciens disposant d'une autorisation de pratiquer et figurant dans le registre peuvent, en tant que pharmacien responsable, voir leurs données importées dans le module «Etablissements».

Qu'est-ce que le GLN?
Le Global Location Number (GLN) est la nouvelle désignation du European Article Number (EAN). Il est attribué par l'OFSP à tout praticien lorsqu'il reçoit son diplôme ou la reconnaissance pour celui-ci et lui servira d'identifiant. Les EAN déjà attribués sont repris et restent valables.

Quelles données le registre contient-il?

Le registre contient les données personnelles ainsi que tous les diplômes et titres postgrades fédéraux ou étrangers reconnus. Dès à présent, chaque praticien se voit attribuer, lorsqu'il reçoit son diplôme ou la reconnaissance pour celui-ci (membres UE/AELE), le numéro GLN (Global Location Number) grâce auquel il s'identifiera et qui l'accompagnera dans l'exercice de la profession. pharmaSuisse enregistrera dans cette banque de données également les diplômes postgrades de droit privé qu'elle délivre (actuellement trois spécialisations et quatre certificats de capacité FPH). Le registre ne contiendra pas d'informations concernant d'autres qualifications professionnelles ou académiques, ou sur des domaines d'activité spécifiques. Les autorités cantonales délivrant les autorisations inscrivent les données concernant les autorisations de pratiquer.

De plus, l'OFSP et les autorités cantonales peuvent, en consultant le registre, savoir si une autorité cantonale délivrant des autorisations a pris des mesures disciplinaires (définitives) contre un praticien (p.ex., avertissement, retrait de durée limitée ou illimitée de l'autorisation d'exercer). Si l'OFSP dispose d'informations concernant des mesures disciplinaires prises envers des pharmaciens de l'UE/AELE qui ont demandé une reconnaissance de leur diplôme en Suisse, il intègre également ces données dans le registre. Seuls les retraits d'autorisation ou les interdictions (de durée limitée) de pratiquer seront accessibles au public. Dans ce cas, l'information selon laquelle la personne concernée n'a pas d'autorisation est publiée. Les mesures mêmes ainsi que les motifs ne sont pas consignés dans le registre. Seuls l'OFSP et les autorités cantonales délivrant les autorisations y ont accès.

Une liste détaillée de toutes les données ainsi que des droits et des devoirs des partenaires impliqués se trouve dans l'ordonnance sur le registre http://www.admin.ch/ch/f/rs/c811_117_3.html.

Nouvelle compétence pour l'attribution du numéro GLN individuel

Dès à présent, tout pharmacien se voit attribuer un GLN lorsqu'il reçoit son diplôme fédéral. L'attribution du GLN se fait également simultanément à la reconnaissance de diplômes provenant des Etats membres de l'UE/AELE ou à l'établissement d'une attestation d'équivalence pour les titulaires de diplômes de pays non-membres de l'UE (art. 36, al. 3, LPMéd). Le GLN figure désormais sur le diplôme; il est également publié dans le registre. La dénomination GLN est la nouvelle désignation pour le EAN (European Article Number). Le GLN peut être mentionné dans toute communication et toute correspondance (papier à lettres, factures). Tout pharmacien titulaire d'un diplôme fédéral ou reconnu dispose actuellement d'un numéro GLN.

Nous recommandons aux pharmaciens de l'UE/AELE qui ont besoin d'un GLN d'effectuer la procédure de reconnaissance, même si aucune raison légale ne les oblige à faire reconnaître leur diplôme (p.ex., pharmaciens assistants).

Compétence pour l'attribution du GLN de l'entreprise

Les données concernant l'établissement (adresse, pharmacien responsable, etc.) figureront dans le module «établissements», présentement développé par

Swissmedic. L'ensemble des données concernant l'autorisation d'exploiter sont intégrées par les autorités cantonales délivrant les autorisations. Swissmedic se charge d'attribuer le GLN de l'entreprise.

Droits et devoirs de pharmaSuisse

Les organisations professionnelles des cinq professions médicales universitaires sont tenues, conformément à la LPMéd, d'inscrire les titres postgrades fédéraux dans le registre. Comme les pharmaciens n'ont à ce jour encore aucun titre de formation postgrade fédéral, pharmaSuisse est dispensée de cette obligation. En revanche, l'inscription des qualifications de droit privé (titre postgrade, certificats de capacité FPH) est facultative. Cette possibilité a été précisée dans l'ordonnance sur le registre à la demande des organisations professionnelles. L'OFSP partage l'avis qu'une liste complète de toutes les qualifications sert non seulement à l'information du patient mais qu'elle est également dans l'intérêt du pharmacien. De fait, pharmaSuisse publiera dans le registre l'ensemble des diplômes postgrades de droit privé.

L'avantage du registre pour pharmaSuisse est que celle-ci peut intégrer à sa propre banque de données toutes les informations sur les nouveaux praticiens titulaires d'un diplôme fédéral ou étranger reconnu qu'elle aura trouvées dans le registre.

Quelles données ne sont pas publiques?

→ Date de naissance
→ Lieu d'origine
→ N° AVS
→ Données sensibles
→ Charges et restrictions
→ Adresse de messagerie

Vos droits et devoirs en tant que pharmacien

Conformément à la LPMéd et à l'ordonnance sur le registre, vous n'êtes pas tenu d'intégrer les données directement dans le registre. Ces données sont enregistrées par l'OFSP, pharmaSuisse et les autorités cantonales, conformément aux compétences prévues dans l'ordonnance sur le registre. En tant que pharmacien et dans le cas où vous exercez une activité soumise à autorisation, vous êtes toutefois tenu de vous annoncer auprès des autorités cantonales délivrant les autorisations. Certaines autorités ont à ce propos demandé aux pharmaciens de leur canton de les aider dans la phase actuelle de correction et d'actualisation, car certaines données les concernant sont incomplètes ou plus d'actualité. A partir du 1er janvier 2010, vous pourrez annoncer directement dans le registre (adresse: voir ci-après) tout changement concernant votre activité professionnelle (p. ex., fermeture du cabinet, déménagement, interruption temporaire de l'activité, etc.). Les certificats de formation postgrade de droit privé FPH sont tenus à jour par pharmaSuisse.

Que dois-je faire si mon nom n'apparaît pas sous www.medreg.admin.ch au 1er janvier 2010?

Veuillez vous adresser par courriel à l'OFSP (medreg@bag.admin.ch)

Accès au registre

Dès à présent, vous pouvez demander un nom d'utilisateur muni d'un mot de passe à l'adresse https://www.medreg.admin.ch/Anmelden.aspx. Les données d'accès vous seront communiquées durant le 1er trimestre 2010. Vous pourrez ainsi consulter l'ensemble des données vous concernant et demander, par voie électronique, une correction des données erronées ou lacunaires que vous aurez constatées. Votre requête de modification sera ensuite communiquée à l'organisation compétente. Après examen, la modification sera effectuée et tous les partenaires impliqués dans le projet (autorités cantonales délivrant les autorisations, OFSP, organisations professionnelles) en seront informés en même temps. Vous avez également le droit de faire une demande auprès de l'OFSP pour consulter des données personnelles particulièrement sensibles vous concernant si tel est le cas.

L'essentiel en bref

→ Le registre est une banque de données qui sert en premier lieu à informer et à protéger les patients.
→ La banque de données centralisée facilite la collaboration entre les différents partenaires et augmente notamment le degré de transparence entre les autorités cantonales.
→ Tous les pharmaciens possédant une autorisation pour l'exercice indépendant de la profession doivent être inscrits dans le registre.
→ De par la LPMéd, les autorités cantonales compétentes sont tenues de communiquer tout changement concernant les autorisations: octroi, refus ou modification d'une autorisation de pratiquer à titre indépendant, limitation ou mesure disciplinaire.
→ Le registre des professions médicales ne constitue en aucun cas une nouvelle banque de données de référence permettant d'effectuer le décompte des prestations selon l'assurance obligatoire des soins (AOS). ▮

Dois-je effectivement contrôler moi-même mes données dans le registre?

L'OFSP, les cantons et pharmaSuisse ont contribué avec le plus grand soin à rassembler toutes les données à leur disposition. Nous vous prions toutefois de vérifier les données vous concernant et de nous signaler d'éventuelles erreurs. Merci

La traduzione italiana è disponibile sotto www.pharmaSuisse.org nella zona dei membri.

Adresse de correspondance
Maria Hodel
OFSP, Union de direction
Politique de santé
Schwarzenburgstr. 161
3003 Bern-Liebefeld
E-mail:
maria.hodel@bag.admin.ch

Agenda 2009

Den Veranstaltungskalender finden Sie auch auf www.pharmaSuisse.org unter Fachpersonen → Beruf Apotheker/in → Fortbildung FPH → Veranstaltungskalender.
Le calendrier des manifestations se trouve également sur www.pharmaSuisse.org sous Professionnels → Profession pharmacien → Formation continue → Calendrier des manifestations.

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH**

Manifestations reconnues par la FPH officine (O), hôpital (H) et homéopathique (HOM)

Date	O/H/ Hom	titre	organisateur	lieu	heure	informations	PC/ Module	numéro d'identification	prix
Novembre									
à partir de 30.11.	O/H	Interactions entre antihypertenseurs et AINS (étude de cas online)	pnn pharma nation network ag	www.online-academy.ch		Tél. 044 225 15 00 online-academy@pnn.ch	6.25	**1**-162-74-09-P6.25	abonnement annuel 180.–/ année
Décembre									
à partir de 10.12.	O/H	Quand les reins ne fonctionnent plus – symptômes de défaillance rénale	pnn pharma nation network ag	www.online-academy.ch		Tél. 044 225 15 00 online-academy@pnn.ch	6.25	**1**-162-76-09-P6.25	gratuit
à partir de 10.12.	O/H	Les anticoagulants	pnn pharma nation network ag	www.online-academy.ch		Tél. 044 225 15 00 online-academy@pnn.ch	6.25	**1**-162-77-09-P6.25	gratuit
Janvier									
27.01.	O	Evolution du marché des médicaments et place des génériques	Pfizer AG	Lausanne	19.30–21.30	Tél. 071 914 70 70 pfizeracademy@sto.ch	16.5	**1**-113-16-10-P16.5	gratuit
28.01.	O	Evolution du marché des médicaments et place des génériques	Pfizer AG	Lausanne	19.30–21.30	Tél. 071 914 70 70 pfizeracademy@sto.ch	16.5	**1**-113-16-10-P16.5	gratuit

Nous vous demandons de conserver le calendrier des manifestations FPH car les dates de ces manifestations ne seront mentionnées qu'une seule fois dans le pharmaJournal.
Domaines de compétences (correspond au 1er chiffre du numéro d'identification)
1: Compétences pharmaceutiques 2: Compétences en santé communautaire 3: Compétences en gestion 4: Compétences personnelles

FPH-anerkannte Veranstaltungen im Bereich Offizin (O)- und Spitalpharmazie (S) sowie klassischer Homöopathie (H)

Datum	O/S/ H	Titel	Veranstalter	Ort	Zeit	Informationen	KP/ Modul	ID-Nummer	Preis
November									
ab 30.11.	O/S	Interaktionen zwischen Antihypertensiva und NSAR (online Fallstudie)	pnn pharma nation network ag	www.online-academy.ch		Tel. 044 225 15 00 online-academy@pnn.ch	6.25	**1**-162-74-09-P6.25	Jahresabo 180.–/ Jahr
Dezember									
ab 10.12.	O/S	Wenn die Nieren nicht mehr funktionieren – Ausfallerscheinungen der Nieren	pnn pharma nation network ag	www.online-academy.ch		Tel. 044 225 15 00 online-academy@pnn.ch	6.25	**1**-162-76-09-P6.25	gratis
ab 10.12.	O/S	Antikoagulanzien	pnn pharma nation network ag	www.online-academy.ch		Tel. 044 225 15 00 online-academy@pnn.ch	6.25	**1**-162-77-09-P6.25	gratis
10.12.	O/S	Einführung elektronischer Zulassungsgesuche im eCTD-Format bei Swissmedic	Swissmedic	Bern	09.00–16.45	www.swissmedic.ch/aktuell/00051/01103/index.html?lang=de	50	**1**-103-422-09-P50	500.–
16.12.	O/S	Das Neuste aus der Therapie der Migräne + der Trigeminusneuralgie	Kantonsapotheke Zürich	Zürich	18.30	severine.buffoni@kaz.zh.ch	12.5	**1**-103-409-09-P12.5	gratis
Januar									
07.01.	O	Coach the Coach 1	Apotheken Drogerien Dr. Bähler AG	Olten	08.30–17.30	www.achillea.ch	50	**3**-315-04-10-P50	440.–
19.01.	O/S	Einführung elektronischer Zulassungsgesuche im eCTD-Format bei Swissmedic	Swissmedic	Bern	09.00–16.45	www.swissmedic.ch/aktuell/00051/01103/index.html?lang=de	50	**1**-103-422-10-P50	500.–
20.–22.01.	O	Der Weg zu mehr Produktivität durch Gelassenheit	SPA AG	Sigriswil	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	125	**4**-7-4-10-P125	1480.–
28.01.	O/S	Forum Santé-Gesundheit: Welche Medizin für die dritte Gesundheitsrevolution?	sanofi-aventis sa	Bern	auf Anfrage	Monica.corvo-erni@sanofi-aventis.com	35	**1**-103-423-10-P35	gratis

→

Februar									
01.02.	O	Spagyrik Lehrgang 1 «Spagyrik und akute Krankheiten»	Spagyros AG	Luzern	10.00–18.00	Tel. 031 959 55 85 kurse@spagyros.ch	50	**1**-142-33-10-P50	172.15
02.02.	O	Spagyrik Lehrgang 1 «Spagyrik und akute Krankheiten»	Spagyros AG	Luzern	08.30–16.00	Tel. 031 959 55 85 kurse@spagyros.ch	50	**1**-142-33-10-P50	172.15
02.02.	O	Wirkungsvolles Beraten und Verkaufen leicht gemacht!	Agfam	Zürich	08.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	50	**3**-1-38-10-P50	550.–
04.02.	O	Aktuelles klinisches Management der HIV Infektion	Pharmazeutische Gesellschaft Zürich	Zürich	20.00	www.pharm-gz.ch	12.5	**1**-6-54-10-P12.5	Mitgliederbeitrag: 80.–
04.02.	H	Einblicke in die miasmatischen Strukturen und Sykosis	SAHP	Luzern	09.15–17.15	www.sahp.ch	50	KH-01-20-10-P50	200.– bis 220.–
04.02.	O/S	Fortschritte in der Pharmakologie	Pfizer AG	Bern	09.30–16.00	Tel. 031 632 88 77 anita.daehler@pki.unibe.ch	46	**1**-113-3-10-P46	80.–
04.02.	O/S	5. Züricher Hypertonietag	Universitätsspital Zürich	Zürich	14.15–17.45	www.heartfoundation.ch	20.75	**1**-103-421-10-P20.75	gratis
05.02.	O	Schmerz	Agfam	Zürich	08.30–12.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-1-10-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
05.02.	O	Tanz der Hormone	Agfam	Zürich	13.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-5-10-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
07.–12.02.	O	Pharmacon Davos	Bundesapothekerkammer Berlin	Davos	auf Anfrage	www.pharmacon-davos.de	max. 330	**1**-71-13-10-P...	EUR 293.–
08.02.	O	Spagyrik Lehrgang 2 «Spagyrik und chronische Krankheiten»	Spagyros AG	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 959 55 85 kurse@spagyros.ch	50	**1**-142-32-10-P50	172.15
08.02.	O	Master of Using HEIDAK – Immunsystem	Heidak AG	Emmenbrücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-02-10-P50	1950.–
11.02.	O	Bittersüss – der Diabetespatient in der Apotheke	Agfam	Zürich	08.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	50	**1**-1-13-10-P50	380.– im 6er-Abonnement, 420.– als Einzelkurs
15.02.–19.02.	O	Anthroposophische Menschenkunde (Modul 1)	VAEPS	Arlesheim	08.00–18.30	Tel. 061 228 79 26 info@vapes.ch	350	**1**-289-3-10-P350	1000.– bis 1250.–
20.02.	H	Materia Medica Ducamara	SAHP	Deutschland	12.00–16.00	www.sahp.ch	25	KH-01-42-10-P25	120.–
21.+22.02.	O	Dipl. Spagyriker Heidak-Modul 3b	Heidak AG	Emmenbrücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	750	**1**-302-03-10-P750	2925.–
25.02.	O	Master of Using HEIDAK – Immunsystem	Heidak AG	Emmenbrücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-02-10-P50	1950.–
25.+26.02.	O	Akquisition und Kundenbindung	SPA AG	Zürich	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-78-10-P100	1420.–
März									
02.03.	O	Durch dick und dünn!	Agfam	Zürich	13.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-16-10-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
05.03.	O	Schmerz	Agfam	Zürich	13.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-1-10-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
05.03.	O	Depression	Agfam	Zürich	08.30–12.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-2-10-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
08.+09.03.	O	Mitarbeiterführung – von Beginn an sicher (Modul I)	SPA AG	Sigriswil	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-7-10-P100	1240.–
09.03.	O	Wunder Punkt im Mund	Agfam	Zürich	13.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-15-10-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
16.+17.03.	O	Die individuelle Standortbestimmung	SPA AG	Nottwil	auf Anfrage	Tel. 031 335 18 18 www.spa-ag.ch	100	**3**-7-53-10-P100	1320.–

Haben Sie Anregungen, Bemerkungen, Vorschläge zu Kursprogrammen oder einzelnen Kursen?
Wir freuen uns auf Ihr Feedback! Fax 031 978 58 59; kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Veuillez adresser vos remarques, suggestions et propositions concernant les programmes ou les divers cours à Madame Kathrin Zybach (fax 031 978 58 59; e-mail: kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Mitteilungen Communications

Spezialitätenliste
Liste des spécialités

Die nachfolgenden Erwähnungen sind als Hinweis zu verstehen und betreffen nur einzelne Dosierungen der genannten Präparate. Für die vollständige Liste konsultieren Sie bitte jeweils das zitierte BAG-Bulletin. pharmaSuisse übernimmt keine Gewähr für die Vollständigkeit der folgenden Auflistung und der Auflistungen in vorangehenden Ausgaben des pharmaJournal.

Les indications ci-après doivent être considérées comme des remarques et concernent uniquement les posologies individuelles des préparations citées. La liste complète peut être consultée dans le bulletin de l'OFSP mentionné. pharmaSuisse n'assume aucune responsabilité quant à l'intégralité de la liste ci-après et des listes publiées dans des éditions précédentes du pharmaJournal.

Im BAG-Bulletin Nr. 45 vom 2. November 2009 sind publiziert:
Publié dans le bulletin de l'OFSP nº 45 du 2 novembre 2009 :

Gültig ab 1. September 2009 / Valable à partir du 1er septembre 2009:

→ Fehlende Limitatio / La limitation manque: Climavita forte

Gültig ab 1. Oktober 2009 / Valable à partir du 1er octobre 2009:

→ Aufnahme / Admission: Itraconazol Axapharm

Gültig ab 1. November 2009 / Valable à partir du 1er novembre 2009:

→ Neuzugang Präparate / Nouvelles admissions des préparations: Lamotrigin Actavis, Aricept Evess, Nebivolol Teva, Perindopril Mepha, Exforge HCT, Omeprazol Actavis, Helixate M2V, Fluvastatin Teva, Methotrexat Proreo, Ribomustin, Piperacillin Tazob. Mylan, Meropenem Teva, Optaflu, Ciclopoli Nagellack, Difen Stulln DU, Stamicis Markierungsbesteck, Padmen Circosan

→ Andere Packungen und Dosierungen / Autres emballages et dosages: Ben U Ron, Sertralin Actavis, Medikinet, Medikinet MR, Atacand plus, Blopress plus, Ferinject, Calcimagon D3 forte, Cisplatin Teva, Vivaglobin

→ Neu gestrichene Präparate / Préparations et emballages radiés: Iso Mack, Nitro Mack Retard, Thrombocid, Codipront, Glibenese, Oestro Feminal, Transannon, Estalis Sequi 50/140, Estalis Sequi 50/250, Mericomb, Merigest, Zavedos, Gyno Trosyd, Eryderm Topical Lösung, Cemaquin Cimex

→ Preissenkungen / Réductions de prix: Campto, Losartan Mepha 100, Losartan Mepha 50

→ Preissenkungen nach 24 Monaten seit der Aufnahme in die SL / Réductions de prix après 24 mois depuis l'admission sur la LS: Alvesco 160, Alvesco 80

→ Preissenkungen nach Patentablauf / Réductions de prix apès échéance du brevet: Meronem

→ Preiserhöhungen / Augmentations de prix: Vagoclyss

→ Namensänderungen / Modifications de noms : Ondansetron Nycomed ist neu Ondansetron Teva

→ Limitationsänderungen / Modification de la limitation: Erbitux

†

Todesanzeige

Mit grossem Bedauern müssen wir unseren Mitgliedern bekannt geben, dass

Herr

Dr. Erhard Engi-Vedovelli

26. 6. 1915–10. 11. 2009

Apotheker, Meilen ZH
Mitglied des Verbands seit 1953
Freimitglied seit 1982

verstorben ist.

Wir sprechen seinen Angehörigen unser herzliches Beileid aus und werden dem Verstorbenen ein ehrendes Andenken bewahren.

pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverband
Der Vorstand

†

Todesanzeige

Wir haben die traurige Pflicht, unsere Mitglieder vom Hinschied von

Herrn

Hans Reinhard Koller-Schneider

6. 7. 1948–6. 11. 2009

Apotheker, Windisch AG
Mitglied des Verbands seit 1970

in Kenntnis zu setzen.

Wir werden den Verstorbenen in bester Erinnerung behalten und sprechen seinen Angehörigen unser herzliches Beileid aus.

pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverband
Der Vorstand

Widerruf der Zulassung
Révocation de l'autorisation de mise sur le marché

Folgende Gründe sind möglich /
Motifs envisageables:
1. Verzicht auf den Vertrieb /
   Arrêt de la distribution
2. Löschung im Überprüfungsverfahren /
   Radiation dans le cadre de la procédure de réexamen
3. Entlassung aus der Heilmittelkontrolle / Radiation du contrôle des médicaments

Zeichen Signe	Präparat Produit	Widerruf per Révocation au
Humanpräparate/Produits à usage humain		
1	Bronchitol, Lutschtabletten	31. 12. 2009
1	Didronel, comprimés	28. 12. 2009
1	Ergotonin, Tabletten	31. 12. 2009
1	Ergotonin, Tropfen	31. 12. 2009
1	Glibenese, Tabletten	31. 12. 2009
1	Isosteril, Infusionslösung	14. 9. 2009
1	Kytril, Kinderlösung	6. 8. 2009
1	Nifedicor Matrix 40, Matrixtabletten	15. 8. 2009
1	Otospray SM, Ohrenspray	20. 8. 2009
1	Phlogantin, Umschlagpaste	8. 9. 2009
1	Trosyd, Crème	18. 9. 2009
1	Tussalpront, Kapseln	8. 5. 2009
1	Usneasan N, Lutschtabletten	31. 8. 2009
Tierarzneimittel/Produits à usage vétérinaire		
1	Vetimast ad us. vet., Suspensionsgel	9. 9. 2009

pharmaSuisse: Neue Mitglieder
pharmaSuisse: Nouveaux membres

Um die Mitgliedschaft beim Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse bewerben sich:
Ont posé leur candidature à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse:

Apotheker/Pharmaciens
Bevilacqua Francesco, Locarno, TI
Merloni Alessandra, Canobbio, TI
Nicastro Maiorini Dr. Carmelo, Langenthal, BE

Stud. pharm. / Etudiants pharm.
Bichsel Pasqual, Wilderswil, BE

Einsprachen gemäss Reglement Art. 3 Ziff. 3.2 sind innert 10 Tagen schriftlich mit Begründung an den Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld zu richten.

Selon l'art. 3 chiffres 3.2 du règlement, les oppositions éventuelles doivent être motivées et adressées par écrit, dans les 10 jours, à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld.

Deutschland: Apothekenkunden klagen über Rabattverträge

Fast jeder zweite Verbraucher, der bereits Erfahrungen mit Rabattarzneimitteln gemacht hat, klagt über Nebenwirkungen infolge der Umstellung. Dies geht aus einer nicht repräsentativen Studie der Hochschule Fresenius in Idstein hervor, für die 135 Patienten befragt wurden. Jeder Vierte klagte sogar über «starke unerwünschte Ereignisse». 9 Prozent mussten sich eigenen Angaben zufolge wegen der Umstellung ambulant oder stationär behandeln lassen. Knapp zwei Drittel der Patienten wünschen sich ihr altes Medikament zurück. Dafür wäre die Mehrheit sogar bereit, eine Aufzahlung zu leisten. Die Forscher fordern die Einführung einer Sparen-Schaden-Bewertung für Rabattverträge. Die Ergebnisse sind in der Pharmazeutischen Zeitung erschienen.

Stellungnahme «Mut zu einem Neuanfang»

Am 20. November 2009 haben verschiedene Vertreter und Verbände aus dem schweizerischen Gesundheitswesen den eidgenössischen Parlamentarierinnen und Parlamentariern eine Stellungnahme zu den zurzeit vorliegenden gesundheitspolitischen Vorschlägen zukommen lassen, mit der Empfehlung, das Sofortmassnahmen-Paket zurückzuweisen. Die Stellungnahme mit dem Titel: «Mut zu einem Neuanfang» ist zu finden unter www.pharmaSuisse.org/Medien

Lettre ouverte «Courage de prendre un nouveau départ»

Le 20 novembre 2009, divers représentants et diverses organisations du système de santé suisse ont adressé une lettre ouverte aux parlementaires fédéraux. Ils s'y prononcent sur les propositions de politique sanitaire actuellement débattues et recommandent de rejeter le paquet de mesures urgentes. La lettre ouverte peut être téléchargée depuis le site www.pharmaSuisse.org/fr/Medien

25 | 12.2009

pharmaJournal

pharmaSuisse

Schweizer Apothekerzeitung
Journal Suisse de Pharmacie
Giornale Svizzero di Farmacia

Bern, 17.12.2009, 147. Jahrgang

Nr. | No
25



Apotheker handeln

Delegiertenversammlung pharmaSuisse S. 9

Les pharmaciens agissent

Assemblée des délégués de pharmaSuisse p. 13

→ Pharmazie und Medizin · Pharmacie et médecine

Grundlegendes zu Blutdruckmessen

→ Politik · Politique

DV: Pharmazie am Scheideweg

AD: pharmacie à la croisée des chemins

→ Markt · Economie

Unternehmensnachfolge: rechtliche Aspekte

Pharmazie am Scheideweg

Christa Rüedi

In seiner Begrüssungsansprache hält pharmaSuisse-Präsident Dominique Jordan fest, dass gewisse Entwicklungen der letzten Monate sowohl auf nationaler als auch auf kantonaler Ebene die Pharmazie sehr direkt betreffen und die Apotheker zum Handeln zwingen. Die Pharmazie befinde sich heute an einem Scheideweg: Es sei jetzt der Zeitpunkt, vermehrt Verantwortung in unserem Gesundheitswesen zu übernehmen. Die Entscheide der Delegierten hätten deshalb weitreichende Konsequenzen für den ganzen Berufsstand.

Nachdem bisher CAP und pharmaciens sans frontières den Delegierten jeweils über ihre Tätigkeiten berichtet haben, sollen ab Frühling 2010 alle Kollektivmitglieder diese Möglichkeit haben. Den Anfang machen diesmal GSASA, Swiss young pharmacists Group und asep.

Ausgeglichenes Budget: ja, aber …

Peter Burkard, der Vorsitzende des Vorstandausschusses «Finanzen», kann zwar ein ausgeglichenes Budget präsentieren, aber zu Stolz besteht kein Anlass, weil die Mitgliederbeträge erhöht werden und der Tarifvertrag nicht mehr inbegriffen sein soll. Die Diskussion dieser Massnahmen ist kontrovers, weil sich die Basis in verschiedenen Kantonen gegen eine Erhöhung der Mitgliederbeiträge ausgesprochen hat und weil diverse Apotheken ums Überleben kämpfen. Verschiedene Delegierte finden auch einige pharmaSuisse-Projekte zu teuer; sie seien zwar gut, aber die Mitglieder wollten und könnten nicht immer noch mehr bezahlen. Dazu erklärt der Präsident, dass der Dachverband und seine Mitglieder sich jetzt entschieden für die Zukunft einsetzen müssten und das habe seinen Preis. Richtung und Strategie seien dabei von der DV zu definieren. In der schriftlichen Abstimmung werden sowohl das Budget als auch die Finanzstruktur gemäss Antrag des Vorstands angenommen.



Grosses Engagement des Präsidenten

Wahlen

Der Präsident dankt Saverio della Torre, der als Rechnungsrevisor nicht wiederwählbar ist, für seinen Einsatz und seine wertvolle Mitarbeit. Nachdem für seine Nachfolge keine Kandidatur vorliegt, sind die Delegierten aufgerufen, an der nächsten DV einen Vorschlag zu präsentieren.

Anträge von kantonalen Apothekerverbänden und Kollektivmitgliedern

Die Delegierten lehnen einen Antrag der Kantone Baselland und Graubünden ab, die Studie «Alaska» zur Förderung der rezeptfreien Heilmittel der Listen C und D noch einmal durchzuführen, weil die Selbstmedikation ein wichtiges Einkommensfeld der Apotheken sei. Der Präsident ruft die Apotheker auf, den Abschluss der HMG-Revision abzuwarten.

Der Kanton Baselland hat weiter einen dreiteiligen Antrag eingereicht: Die Forderung, DV-Unterlagen früher zu verschicken, wird gestrichen, um die Aktualität der Dokumente zu gewährleisten; der Vorschlag, das Budget zu entlasten durch Einsparungen beim Personal der Geschäftsstelle, Auslagern vom PR-Kampagnen usw., wird abgelehnt, weil einerseits mit den vorhandenen Mitteln ohnehin sorgfältig umgegangen wird und andererseits die Mitgliederbeiträge seit 15 Jahren nicht erhöht worden sind. Der dritte Antrag, vermehrt den Verwaltungsaufwand der Krankenversicherer zu diskutieren anstelle der Medikamentenpreise, wird abgelehnt, weil die Entwicklung nicht planbar sei und sehr schnell gehe, pharmaSuisse sei sehr wohl aktiv, aber im Hintergrund.

Dem Antrag von pharmaciens sans frontières hingegen wird stattgegeben: Anlässlich ihres 20-Jahr-Jubiläums erhalten sie einen Unterstützungsbeitrag, der zur Entspannung ihrer finanziellen Situation beiträgt.

Delegierte und Präsidenten: engere Zusammenarbeit

Um die Informationen und Diskussionen mit Delegierten und Präsidenten zu intensivieren, wird der Vorschlag des Vorstands angenommen. Demnach können die Delegierten neu an den Präsidentenkonferenzen teilnehmen, um sich gleichzeitig informieren zu lassen. Die Präsidentenkonferenzen sind nach wie vor kein statutarisches Organ; Kosten entstehen pharmaSuisse nur für Verpflegung, die weiteren Entschädigungen sind Sache der Kantone.

Evidis und pharmaDigest

Die Projekte Evidis und pharmaDigest werden im pharmaJournal zu gegebener Zeit näher vorgestellt. Ab Januar 2010 stehen den Abonnenten 350 Karten zur Verfügung, wovon ein Drittel neu und zwei Drittel Updates sind; ab Juni 2010 sollen 500 Karten bereit sein. Die Delegierten genehmigen die Preispolitik des Vorstands für pharmaDigest mit der Absicht, dass das investierte Geld innerhalb von fünf Jahren zurückfliessen soll.

LOA

Die Margensenkung von 3 Prozent, die für den 1. Januar 2009 vorgesehen war, wird neu für den 1. März 2010 erwartet. Die Genehmigung von LOA IV durch den

Bundesrat läuft, nach neusten Informationen soll sie gleichzeitig mit der Preissenkung am 1. März 2010 in Kraft treten. Ebenfalls diskutiert in den politischen Gremien wird zurzeit die Senkung der Kapitalmarge von 15 auf 12 bzw. 8 Prozent. Der Vorstand schlägt vor, bei einer Senkung auf 8 Prozent, die für zahlreiche Apotheken des Aus bedeuten würde, das Tiers-Garant-System einzuführen, um den Kostenstabilisierungsbeitrag zu sparen. Falls ausserdem der Billigstzwang nicht korrigiert wird, plant pharmaSuisse, das Referendum Dritter gegen die Gesetzesrevision zu unterstützen. Die Delegierten stimmen diesem Vorgehen zu, ebenfalls der Stossrichtung für LOAV, wo hauptsächlich die Vertriebsanteile der SL-Preise thematisiert werden sollen.

Integrierte Versorgungsmodelle

pharmaSuisse stellt den Apothekern Guidelines zur Verfügung und setzt sich dafür ein, dass die Apotheker in der Offizin aufgrund einer Ad-hoc-Ausbildung einfache therapeutische Massnahmen durchführen können.

Die Apotheken in der Öffentlichkeit

Zentrale Argumente der Öffentlichkeitsarbeit sind die leichte Zugänglichkeit der Apotheken und dadurch die gute Grundversorgung der Patienten sowie die Qualität der Dienstleistungen. Dies muss unbedingt vermehrt sichtbar gemacht werden.

Die nächsten Kampagnen werden wie geplant vorbereitet: 2010 Durchführen der Kampagne COPD/Raucherberatung, an der nächsten DV Präsentation des Konzepts für die Adipositas-Kampagne von 2011, für 2012 Planung Markteinführung der Impfberatung.

Oberste Priorität bei den Kampagnen ist es, den Apothekern ein zukunftsfähiges Tätigkeitsfeld zu konsolidieren.

Tätigkeitsberichte von Kollektivmitgliedern

CAP

CAP-Präsidentin Cécile Girod stellt mit Genugtuung fest, dass CAP Fort- und Weiterbildung von höchster Qualität anbiete. Die durchgeführten Kurse seien ebenso wie die Seminare für Studenten sehr erfolgreich und gut besucht. Für die Deutschschweiz kündigt Max Ruckstuhl nicht nur eine deutsche Übersetzung des Leitfadens fürs Assistenzjahr an, sondern auch seinen Rücktritt per Ende Jahr. Nachfolger ist sein Stellvertreter Jürg Marti. Max Ruckstuhl wird mit einem herzlichen Applaus verabschiedet.

Pharmaciens sans frontières

Christophe Berger als Vertreter von PSF erklärt, dass sich PSF in den 20 Jahren ihres Bestehens ehrenamtlich für dauerhafte und professionelle Lösungen und den rationellen Einsatz von Medikamenten in benachteiligten Ländern eingesetzt hätten. Die Apotheker, die für PSF im Ausland im Einsatz seien, wirkten gleichzeitig als Botschafter der qualitativ hochstehenden Schweizer Pharmazie.

GSASA

GSASA engagiert sich gemäss Brigitte Waldispühl künftig noch verstärkt in der Qualitätssicherung und Medikamentensicherheit. Mit den zwei FPH-Programmen für Spitalpharmazie und für klinische Pharmazie ist sie auch in der Aus- und Weiterbildung aktiv. Für Pharma-Assistentinnen werden spezielle Kurse zu Themen der Spitalpharmazie angeboten. Künftig will die GSASA verstärkt ihre Kompetenzen einbringen bei der Herstellung und der Administration von Medikamenten im Spital. Die GSASA hat zudem ihre Berufsbroschüre neu gestaltet und breit gestreut.

Swiss Young Pharmacists Group

Drei Jahre nach ihrer Gründung zählt swissYPG 120 Mitglieder und organisiert am 26. November 2009 ihren ersten Kongress zum Thema «Welche Perspektiven für die Zukunft des Apothekers?». Dabei geht es um die Entwicklung und die Rolle des Apothekers im Gesundheitswesen von morgen. Jean-François Locca lädt alle Interessierten ein, an diesem Symposium teilzunehmen.

asep

Dominique Houstek bedankt sich als Vertreter der asep bei pharmaSuisse für die Liste mit Apothekern, die gewillt sind, Studenten des fünften Studienjahres aufzunehmen, ebenso wie für die Labormäntel, die allen Studenten des ersten Studienjahres geschenkt werden. Die Logos darauf verstärken die Visibilität von pharmaSuisse und asep.

Aktuelles aus dem Parlament

Dominique Jordan dankt den Vertretern von pharmaSuisse, allen voran Marcel Mesnil, die diskret im Hintergrund eine grosse politische Arbeit zugunsten der Schweizer Apotheker leisten. In seiner Zusammenfassung über das Ratsgesche-



Volle Konzentration



Intensive Diskussionen unter freiem Himmel

hen hält Marcel Mesnil fest, dass die Gebühr von CHF 30.– pro Arztbesuch vom Parlament definitiv abgelehnt worden ist; nicht einig sind sich die Räte über den unentgeltlichen medizinischen Telefondienst und den «Billigstzwang». Die Gesundheitskommission des Ständerats schlägt als weitere Sparmassnahme eine Margensenkung auf Fabrikabgabepreisen auf 8 Prozent vor. Gleichzeitig verlangt eine Gruppe um Nationalrat Ineichen, dass für selbstdispensierende Ärzte sowohl die preisabhängige Marge als auch die Fixmarge zu halbieren seien. Die Gesundheitskommissionen der beiden Räte haben eine Motion von Ständerätin Verena Diener angenommen, wonach differenziert nach Vertriebskanal eine preisunabhängige Marge festzulegen sei. Die Mehrheit der Kommission sieht darin einen Schritt in Richtung Abschaffung der SD. Auch Preisüberwacher Stefan Meierhans fordert eine massive Senkung der Vertriebsmarge für SD-Ärzte. Weiter hat die CVP eine Motion eingereicht: demnach soll über das KVG die Unabhängigkeit von Verschreibung und Abgabe von Medikamenten sichergestellt werden; Rabatte und Vergünstigungen sollen dabei zugelassen sein, müssen aber transparent ausgewiesen werden. Sicher wird das Thema Einheitskasse im nächsten Jahr aktuell. Im Zusammenhang mit der HMG-Revision befasst sich eine Arbeitsgruppe von pharmaSuisse zurzeit mit den für Apotheken relevanten Stellen dieses Revisionstextes; die Vernehmlassung läuft bis Februar 2010. Das Präventionsgesetz wird auch im nächsten Jahr ein bedeutendes Thema sein; ein Entwurf liegt zurzeit beim Parlament, vor allem umstritten ist das geplante Bundesinstitut für Prävention.

E-Health: Versichertenkarte

Für das pharmazeutische Dossier, das von pharmaSuisse und Ofac gemeinsam entwickelt wird, ist zurzeit ein Pilotprojekt im Kanton Tessin in Vorbereitung. Das Projekt «elektronische Verschreibung», ebenfalls ein Gemeinschaftsprojekt, befindet sich momentan in der Zulassung. Noch nicht in Produktion ist die Versichertenkarte; nächstens sollen dazu erste Karten und Lesegeräte getestet werden.

Axapharm

Axapharm arbeitet kostendeckend dank gesteigerten Umsätzen, aber auch dank Kostenreduktionsmassnahmen. Für den laufenden Winter ist die Neueinführung von zwei weiteren Produkten geplant. ▮

Korrepondenzadresse
Christa Rüedi, Chefredaktorin pharmaJournal
E-Mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org



Entspannte Stimmung in der Pause

Pharmacie à la croisée des chemins

Christa Rüedi

Dans son allocution de bienvenue, le président de pharmaSuisse, Dominique Jordan, fait remarquer que certaines évolutions de ces derniers mois touchent directement les pharmacies, à la fois au niveau national et cantonal. Ceci les force donc à agir. Les pharmaciens se trouvent aujourd'hui à la croisée des chemins: le moment est donc propice pour assumer davantage de responsabilités dans notre système de santé. Les décisions des délégués auront de vastes conséquences pour l'ensemble de la profession.

Jusqu'à présent, seuls le CAP et Pharmaciens sans frontières rendaient brièvement compte de leurs activités. A partir du printemps 2010, tous les membres collectifs disposeront de cette opportunité. La GSASA, le swissYPG et l'asep sont les premiers à en profiter.

Budget équilibré: oui, mais …

Peter Burkard, président de la sous-commission «Finances» du comité, présente certes un budget équilibré. La situation n'est cependant pas réjouissante pour autant. En contrepartie, les cotisations de membres devront en effet être augmentées et la convention tarifaire ne sera plus incluse dans le montant. Il s'agit là de mesures controversées. Dans plusieurs cantons, la base s'est ainsi prononcée contre une augmentation des cotisations et diverses pharmacies doivent lutter pour leur survie. Plusieurs délégués estiment que certains projets de pharmaSuisse sont trop chers; ils ne remettent pas en question leur pertinence, mais soulignent que les membres ne veulent et ne peuvent pas payer toujours plus. A cela, le président explique que la société faîtière et ses membres doivent s'investir précisément maintenant, mais que cela a aussi son prix. La direction et la stratégie sont ensuite définies par l'AD. Lors du vote par écrit, le budget et la structure financière sont adoptés tel que proposés par le comité.

Élections

Saverio della Torre ne peut pas être réélu comme vérificateur des comptes. Le président le remercie donc de son engagement et de sa précieuse collaboration tout au long de son mandat. Personne ne s'est porté candidat à sa succession. Les délégués sont donc priés de soumettre une proposition d'ici la prochaine assemblée.



Grand engagement du président

Propositions de sociétés cantonales et de membres collectifs

Les délégués rejettent la proposition des cantons de Bâle-Campagne et des Grisons de réactiver l'étude «Alaska». L'objectif est de promouvoir les produits des listes C et D disponibles sans ordonnance, d'autant plus que l'automédication représente un revenu important pour les pharmaciens. Le président incite les pharmaciens à attendre que la révision de la LPTh soit terminée.

Le canton de Bâle-Campagne a en outre déposé une demande comportant trois points. Premièrement, l'exigence de recevoir plus tôt les documents pour l'AD est retirée afin de disposer de documents aussi actuels que possible. Deuxièmement, la proposition de soulager le budget en économisant sur le personnel du siège, en externalisant les campagnes de relations publiques, etc. est rejetée dans la mesure où les fonds disponibles sont utilisés aujourd'hui déjà avec le plus grand soin et où les cotisations de membres n'ont pas été augmentées depuis 15 ans. Troisièmement, la volonté de concentrer la discussion sur les frais administratifs des caisses-maladie plutôt que sur le prix des médicaments est également refusée. Les choses évoluent très vite, ce qui rend difficile toute planification. Ceci n'empêche pas pharmaSuisse d'agir activement, mais plutôt dans l'ombre.

La proposition de Pharmaciens sans frontières est pour sa part acceptée: à l'occasion de leurs 20 ans, ils bénéficieront d'une subvention qui permettra d'améliorer leur situation financière.

Délégués et présidents: collaboration plus étroite

La proposition du comité est acceptée dans le but d'intensifier les discussions entre délégués et présidents. Désormais, les délégués pourront donc participer aux

conférences des présidents pour s'informer simultanément. Les conférences des présidents ne sont toujours pas un organe statutaire; pharmaSuisse prendra uniquement en charge les repas et les boissons; les autres indemnités seront l'affaire des sociétés cantonales.

Evidis et pharmaDigest

En temps voulu, les projets evidis et pharmaDigest seront présentés plus en détail dans le pharmaJournal. A partir de janvier 2010, les abonnés disposeront de 350 fiches; un tiers d'entre elles seront nouvelles et deux tiers des mises à jour. A partir de juin, 500 fiches seront disponibles. Les délégués approuvent la structure de prix du comité pour les abonnements pharmaDigest. L'argent investi devra pouvoir être récupéré dans les cinq ans.

RBP

La baisse de marge de 3% initialement prévue pour le 1er janvier 2009 est maintenant attendue pour le 1er mars 2010. L'approbation de la RBP IV par le Conseil fédéral est actuellement en cours. D'après nos dernières informations, elle entrera en vigueur en même temps que la baisse de prix, soit le 1er mars 2010. Actuellement, les instances politiques étudient également la possibilité de baisser la marge de 12 à 8%. Une telle diminution forcerait de nombreuses pharmacies à mettre la clé sous la porte. Dans un tel cas, le comité propose d'introduire le système du Tiers Garant afin de récupérer le montant de stabilisation des coûts. Si l'obligation de remettre le générique le meilleur marché n'est pas corrigée, pharmaSuisse prévoit en outre de soutenir le référendum de tiers contre la révision de la loi. Les délégués acceptent cette façon de procéder, de même que les axes principaux de la RBP V, qui se concentrera principalement sur les parts de la distribution dans le prix LS.

Réseaux de soins intégrés

pharmaSuisse mettra des guidelines à la disposition des pharmacies et fera en sorte que les pharmaciens puissent prendre de simples mesures thérapeutiques à l'officine, moyennant formation ad hoc.

Les pharmacies dans le public

La facilité d'accès des pharmacies, le bon approvisionnement des patients en médicaments et la qualité des prestations sont trois arguments centraux du travail de relations publiques et doivent impérativement être promu davantage.

Les prochaines campagnes sont planifiées comme prévu. Ainsi, une campagne «BPCO/Conseils aux fumeurs» sera organisée en 2010, le concept de la campagne 2011 «Excès pondéral» sera présenté lors de la prochaine AD, et l'introduction sur le marché des conseils de vaccination est prévue pour 2012.

Les campagnes visent toujours en priorité à consolider un champ d'activité des pharmaciens.

Rapports d'activité des membres collectifs

CAP

La présidente du CAP, Cécile Girod, constate avec satisfaction que le CAP propose des formations continues et postgraduées d'excellente qualité. Les cours organisés de même que les séminaires pour étudiants connaissent un très grand succès et affichent toujours complet. Pour la Suisse alémanique, Max Ruckstuhl annonce non seulement que le Guide de l'assistanat sera finalement traduit en allemand mais aussi son départ à la retraite pour la fin de l'année. Son adjoint, Jürg Marti, prendra sa succession. Max Ruckstuhl est remercié par de chaleureux applaudissements.

Pharmaciens sans frontières

Le représentant de PSF, Christophe Berger, rappelle qu'au cours de ses 20 ans d'existence, PSF a toujours cherché des solutions durables et professionnelles et s'est toujours engagé pour un usage rationnel des médicaments dans les pays défavorisés. Les pharmaciens envoyés à l'étranger pour le compte de PSF représentent la qualité de la pharmacie suisse et constituent donc une belle carte de visite pour la profession.

GSASA

Brigitte Waldispühl annonce qu'à l'avenir, la GSASA s'investira encore davantage dans les domaines de l'assurance-qualité et de la sécurité des médicaments. La GSASA dispose d'un programme FPH pour la pharmacie hospitalière et d'un autre pour la pharmacie clinique, ce qui lui permet d'assumer un rôle actif dans la formation de base et continue. Des cours spécialisés sur des thèmes qui regardent la pharmacie d'hôpital seront proposés aux assistantes en pharmacie. A l'avenir, la GSASA souhaite en outre faire valoir ses compétences dans la fabrication et l'administration des médicaments à l'hôpital. Elle a par ailleurs entièrement révisé sa brochure professionnelle.



Concentration intégrale



Discussions animées en plein air

Swiss Young Pharmacists Group

Après trois années d'activité, le swissYPG compte 120 membres et organise, le 26 novembre 2009, son premier symposium sur le thème «Quelles perspectives pour le futur du pharmacien?». Il sera dédié au développement et à l'importance de la place du pharmacien dans le système de santé de demain. Jean-François Locca convie toutes les personnes intéressées à participer à ce symposium.

asep

Dominique Houstek remercie pharmaSuisse pour la mise à disposition d'une liste des pharmaciens qui accueillent des étudiants en cinquième année, ainsi que pour les manteaux de laboratoire offerts à tous les étudiants de première année. Les logos de pharmaSuisse et de l'asep imprimés dessus permettent d'augmenter la visibilité de ces deux associations.

Actualités du Parlement

Dominique Jordan remercie les représentants de pharmaSuisse, et plus particulièrement Marcel Mesnil, pour le travail considérable qu'ils fournissent dans l'ombre en faveur de la pharmacie suisse. Dans son compte rendu des activités parlementaires, Marcel Mesnil précise que la taxe de consultation de CHF 30.– lors de chaque visite chez le médecin a été définitivement rejetée par le Parlement; par contre, les deux Chambres ne sont pas parvenues à s'accorder sur la permanence téléphonique gratuite de conseil médical et sur l'obligation de remettre le générique le meilleur marché. La commission santé du Conseil des États propose de diminuer à 8% la marge sur les prix de fabrique. Dans le même temps, un groupe constitué autour du conseiller national Ineichen propose que la marge liée au prix et la marge fixe des médecins dispensants soient réduites de moitié. Les commissions santé des deux Chambres ont adopté une motion de la conseillère aux États Verena Diener qui demande la fixation d'une marge indépendante du prix et en fonction du canal de distribution. La majorité de la commission estime qu'il s'agit là d'un premier pas vers la suppression de la SD. Le surveillant des prix, Stefan Meierhans, exige également que la marge de distribution des médecins dispensants soit massivement baissée. Par ailleurs, le PDC a déposé une motion qui demande que la LAMal garantisse l'indépendance dans la prescription et la remise de médicaments; les rabais seraient admis, mais devraient être répercutés en toute transparence. La question de la caisse unique sera certainement thématisée l'année prochaine. Dans le cadre de la révision LPTh, un groupe de travail de pharmaSuisse étudie actuellement les passages qui touchent les pharmaciens; la procédure de consultation prendra fin en février 2010. La loi sur la prévention sera également un sujet déterminant l'année prochaine; un projet se trouve actuellement au Parlement; la création prévue d'un Institut fédéral de prévention est particulièrement controversée.

E-Health: carte d'assuré

Le dossier pharmaceutique développé par pharmaSuisse et Ofac fait actuellement l'objet d'un projet-pilote dans le canton du Tessin. Le projet commun d'ordonnance électronique se trouve maintenant en phase d'autorisation. La carte d'assuré n'est pas encore en production; de premières cartes ainsi que des lecteurs seront prochainement testés.

Axapharm

La société Axapharm est parvenue à couvrir ses coûts grâce à des recettes en hausse et à des mesures visant à réduire les coûts. L'introduction de deux nouveaux produits est prévue pour cet hiver. ▮

Adresse de correspondance
Christa Rüedi, rédactrice en chef du pharmaJournal
E-mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org

Blutdruckmessung und Hypertonieeinteilung*

Franco Muggli[1], *Benedict Martina*[2]

Die Prävalenz der arteriellen Hypertonie beträgt in der erwachsenen Weltbevölkerung 25% und nimmt mit dem Alter massiv zu; bis 70% der 70-Jährigen sind hyperton. In einer zufälligen Stichprobe mit 743 Patienten im Alter zwischen 35 und 80 Jahren aus 20 Nordwestschweizer Hausarztpraxen hatten 45% aller Patienten eine in der Krankengeschichte dokumentierte arterielle Hypertonie. Fast jeder zweite Schweizer Hausarztpatient hat eine Hypertonie. Somit stellt der hohe Blutdruck das häufigste Problem in der Arztpraxis dar.

Da die Hypertonie ein kardiovaskulärer Hauptrisikofaktor ist und da sie gut und wirksam behandelt werden kann, hat die frühe und korrekte Diagnose eine grosse Bedeutung. Blutdruckmessungen gehören zu den wichtigsten Screening-Untersuchungen und sind auch in der Verlaufskontrolle einer antihypertensiven Behandlung enorm wichtig.

Eine exakte Hypertonieeinteilung ist wesentlich für die Risikostratifizierung und die antihypertensive Behandlung.

Blutdruckmessung

Die korrekte Blutdruckmessung ist der Grundpfeiler für die Diagnose, die Behandlung, die Epidemiologie und für wissenschaftliche Untersuchungen der arteriellen Hypertonie. Neben der Messung des Praxisblutdrucks hat sich die Selbstmessung unter häuslichen oder alltäglichen Bedingungen etabliert. Die ambulante 24-Stunden-Blutdruckmessung gibt Auskunft über Blutdruckwerte während des Tages und in der Nacht. Aufgrund prognostischer, diagnostischer und therapeutischer Überlegungen kann nur bei wenigen Patienten auf eine Selbstmessung oder Langzeit-Blutdruckmessung – v.a. zur Abgrenzung einer Weisskittelhypertonie – verzichtet werden. Langzeit-Blutdruckmessungen verbessern die Diagnose und damit auch die Risikostratifizierung. Erhöhte Langzeit-Blutdruckmittelwerte können kardiovaskuläre Ereignisse besser voraussagen als Praxis-Blutdruckmesswerte, auch bei behandelter Hypertonie. Neben der konventionellen auskultatorischen Blutdruckmessung gewinnt mehr und mehr die oszillometrische Blutdruckmessung an Bedeutung und offizieller Akzeptanz. Selbstmessung und Langzeitmessung sind Domänen der oszillometrischen Messung. Die oszillometrische Messung kann bei unregelmässigem Puls gestört sein und ist meistens, aber nicht immer am Oberarm zuverlässiger als am Handgelenk.

Quintessenz

- → Die Blutdruckmessung muss in Ruhe mit geeigneten, kalibrierten Geräten erfolgen. Nicht-Quecksilber-Messgeräte sollen validiert sein.
- → Um Fehleinschätzungen aufgrund situativ erhöhter Werte zu verhindern, sind Heim-Blutdruckmessungen und zunehmend auch automatische 24-Stunden-Blutdruckmessungen grosszügig empfohlen.
- → Die Blutdruck-Grenzwerte sind 140/90 mm Hg für >2 Praxismesswerte, 130/80 mm Hg für den 24-Stunden-Mittelwert und 135/85 mm Hg für die Heimmessung (Mittelwert von 3×2 Messwerten an drei aufeinanderfolgenden Tagen; am Morgen unmittelbar nach dem Aufstehen und am Abend in Ruhe).
- → Das kardiovaskuläre Risiko hängt nicht nur von der Blutdruckhöhe ab, sondern auch von Begleitrisikofaktoren und Endorganschäden.

Die Blutdruckmessung hat Limitationen

Kaum eine indirekte Blutdruckmessung entspricht genau dem intraarteriellen Blutdruck. Mit verschiedenen Geräten gemessene Blutdruckwerte stimmen bei etlichen Patienten situativ oder generell leider nicht gut überein. Trotzdem gilt als Standard noch die auskultatorische Quecksilber-Praxis-Blutdruckmessung, auf der fast alle Studienergebnisse und Erkenntnisse basieren. Mit ihr werden andere Messwerte verglichen. Aneroid-Messgeräte können Quecksilbergeräte ersetzen, müssen aber kalibriert oder häufig erneuert werden.

Das kardiovaskuläre Risiko, um das es letztendlich geht, hängt nicht nur von der Blutdruckhöhe ab, sondern auch von Begleitrisikofaktoren und Endorganschäden. Für deren Erkennung gibt es gute Messmethoden.

Praxismessung

Der korrekt gemessene Praxis-Blutdruckwert ist ein starker und unabhängiger Prädiktor für kardiovaskuläre Ereignisse. Die Praxis-Blutdruckmessung ist auch logistisch und traditionell das Herzstück des Blutdruck-Managements, auch wenn neuere Methoden wie die 24-Stunden-Blutdruckmessung das kardiovaskuläre Risiko noch besser voraussagen können. Die beste kardiovaskuläre Prognose besteht, wenn sowohl normale bzw. normalisierte Blutdruckwerte in der Praxis- als auch in der Langzeit-Blutdruckmessung vorliegen. Die traditionelle Praxis-Blutdruckmessung beim Hausarzt ist einfach und kostengünstig, aber in der Aussagekraft durch die zirkadianen Blutdruckschwankungen und einen allfälligen Weisskitteleffekt oft limitiert. Mehrfachmessungen sind immer nötig, nicht selten auch durch Praxisassistenzpersonal. Blutdruckmessungen in Apotheken unterliegen auch einem White-Coat-Effekt, wenn auch etwas geringer als in der Praxis. Die korrekte Messung erfolgt mit einem kalibrierten Messgerät und mit einer dem Oberarmumfang angepassten Manschettenbreite und -länge (Standard 12×25–35 cm) und mittels ≥2 Blutdruckmessungen bei verschie-

> Kaum eine indirekte Blutdruckmessung entspricht genau dem intraarteriellen Blutdruck

*Zweitabdruck aus Schweiz Med Forum 2009; 9(35): 606–609

[1] Praxis für Innere Medizin, Vezia

[2] Praxis für Kardiologie und Institut für Hausarztmedizin, Universitätsspital Basel

denen Gelegenheiten (sitzend, nach 5-minütiger Ruhe, Mehrfachmessung, kein Koffein oder Nikotin 30 Minuten vorher). Die aktuell gültigen europäischen und Schweizer Richtlinien fordern für die Blutdruckmessung:

- → Mehrere Minuten ruhig sitzen.
- → Mindestens 2 Messungen im Abstand von 1–2 Minuten.
- → Standard-Manschette verwenden (12–13 cm breit und 35 cm lang), breitere Manschette für dickeren Oberarm, schmalere Manschette für dünne Oberarme/für Kinder.
- → Manschette auf Herzhöhe.
- → 2 mm Hg pro Sekunde Druck ablassen.
- → Phase 1 der Korotkoff-Töne für den systolischen Wert und Phase 5 (=Verschwinden) für den diastolischen Wert verwenden.
- → Messung an beiden Armen bei der Erstvisite (der höhere Wert zählt).
- → Blutdruckmessung eine und fünf Minuten nach Aufstehen bei älteren und diabetischen Personen und bei V. a. auf Orthostase.
- → Puls messen.

Die Manschettengrösse sollte entsprechend dem Armumfang des Patienten angepasst sein, so dass 70–80% des Oberarmes umschlossen sind. Die Messgeräte sollen gut gewartet und kalibriert sein, und die stark zunehmenden Nicht-Quecksilber-Messgeräte sollen validiert sein (siehe www.dableducational.org). Auch nichtvalidierte oder billigere Geräte können von Patienten gebraucht werden, wenn die Messwerte mit den in der Praxis gewonnenen gut übereinstimmen.

Blutdruckselbstmessung

Blutdruckselbstmessungen sollen nicht verunsichern und auch nicht zu übermässiger Selbstbehandlung führen, sind aber mittlerweile fest etabliert. Gut dokumentierte, korrekt durchgeführte Heimmessungen können wie die Langzeit-Blutdruckmessmethode zuverlässige prognostische Aussagen machen, die besser sind als diejenigen durch die Praxis-Blutdruckmessung. Messungen zu bestimmten Zeitpunkten (mit Beschwerden oder vor der morgendlichen Medikamenteneinnahme) geben wertvolle Auskünfte. Die anti-hypertensive Behandlungs-Adherence der Patienten kann sich verbessern. Am besten werden Messungen am Morgen gleich nach dem Aufstehen und am Abend in entspannter Situation durchgeführt. Die Messungen müssen instruiert werden:

- → Sitzende Position.
- → 5 Minuten Ruhe. – Manschette in Herzhöhe
- → Messung am Arm mit höherem Blutdruck.
- → Am Morgen und am Abend an drei aufeinanderfolgenden Tagen, dann Mittelwert (systolisch/diastolisch) aller gemessenen Werte (normal <130–135/85 mm Hg) verwenden.
- → Dokumentation, Instruktion und Training.
- → Werte in Praxis vergleichen.

24-Stunden-Langzeit-Blutdruckmessung

Das zur 24-Stunden-Langzeit-Blutdruckmessung verwendete portable Messsystem besteht aus einem kleinen Registriergerät und einer damit verbundenen Manschette, welche den aufblasbaren Ballon enthält. Die Manschettengrösse wird entsprechend dem Armumfang des Patienten angepasst. Sowohl tags als auch nachts kann damit automatisch in regelmässigen und vorprogrammierten Intervallen, in der Regel tagsüber alle 20 Minuten, in der Nacht alle 30 Minuten, der Blutdruck zuhause und im Alltag registriert werden. Der wichtigste Wert ist der Blutdruckmittelwert über 24 Stunden bzw. der Tages- und Nachtmittelwert, der in der Regel 10–15% unter dem Tagesmittelwert liegt. Normotone Blutdruckwerte sind je nach Messperiode: <125–130/80 mm Hg in der 24-Stunden-Blutdruckmessung (tags- und nachtsüber); <130–135/85 mm Hg bei der Messung tagsüber bzw. während der Wachzeit. Langzeit-Blutdruckmessungen werden grosszügig empfohlen zur exakten Diagnostik, Therapiemotivierung und auch zur Therapiekontrolle. Tragkomfort und Akzeptanz sind mit den neueren Geräten gut. Die Langzeit-Blutdruckmessung ist insbesondere indiziert, wenn

- → Praxis-Blutdruckwerte stark schwanken;
- → hohe Praxis-Blutdruckwerte bei sonst niedrigem kardiovaskulärem Risiko bestehen;
- → eine starke Diskrepanz zwischen Praxis- und Heim-Blutdruckwerten besteht;
- → der Verdacht auf Therapieresistenz besteht;
- → der Verdacht auf hypotensive Episoden, v. a. bei Älteren und bei Diabetikern, besteht;
- → eine Schwangerschaft besteht – und bei V. a. auf eine Präeklampsie.

Tabelle 1. Blutdruck und Hypertonie-Einteilung für Erwachsene.

	Systolischer Blutdruck	Diastolischer Blutdruck
Optimal	<120 mm Hg	<80 mm Hg
Normal	120–129 mm Hg	80–84 mm Hg
Hochnormal	130–139 mm Hg	85–89 mm Hg
Grad 1	140–159 mm Hg	90–99 mm Hg
Grad 2	160–179 mm Hg	100–109 mm Hg
Grad 3	≥180 mm Hg	≥110 mm Hg
Isoliert systolische Hypertonie	≥140 mm Hg	<90 mm Hg

Hypertonie-Einteilung

Die in Tabelle 1 dargestellte Blutdruck- und Hypertonie-Einteilung gilt für Erwachsene. Hypertonie ist definiert als ein Blutdruck systolisch ≥140 oder diastolisch ≥90 mm Hg bei <2 Messungen oder <210/120 mm Hg bei einer Messung in Ruhe oder als behandelte Hypertonie.
Die Hypertonie-Bezeichnungen «mild», «moderat» oder «schwer» werden nicht mehr verwendet, da das kardiovaskuläre Risiko mit diesen Bezeichnungen nicht korreliert. Eine «milde» Hypertonie zum Beispiel bedeutet bei Vorliegen von Endorganschäden ein hohes kardiovaskuläres Risiko und umgekehrt eine «moderate» Blutdruckerhöhung ohne weitere Risikofaktoren oder Endorganschäden ein tiefes kardiovaskuläres Risiko.

Je höher der Blutdruck, desto höher ist das Risiko für kardiovaskuläre und Nierenerkrankungen. Das Risiko beginnt schon im Normalbereich anzusteigen, wenn auch noch relativ flach. Aus diesem Grund unterscheiden die amerikanischen Richtlinien nicht nur normalen und verschieden stark erhöhten Blutdruck, sondern verwenden auch den Begriff «prehypertension». Der systolische Blutdruck ist ab 50 bis 55 Jahren der wichtigere Wert für die Prädiktion von koronaren Ereig-

nissen als der diastolische, da dieser dann eher wieder abfällt, nicht als Behandlungsfolge, sondern als Zeichen von Gefässschädigung. Normalwerte bzw. Behandlungsziele sind folgende Blutdruckwerte:

→ <140 und <90 mm Hg bei Messungen in der Praxis (<130 und <80 mm Hg bei Diabetes mellitus, bei Patienten mit hohem und sehr hohem kardiovaskulärem Risiko, bei gestörter Nierenfunktion, Stroke, Herzinfarkt, Mikroalbuminurie, Proteinurie und zur Verzögerung der Progression einer Herzinsuffizienz)

→ <130–135 und <85 mm Hg bei Selbstmessung und beim Langzeit-Tagesmittel

→ <125–130 und <80 mm Hg beim 24-Stunden-Blutdruck-Mittel

Stark erhöhte Blutdruckwerte, hypertensive Krise

Verlässliche und grössere Daten zur hypertensiven Krise aus der Hausarztpraxis fehlen. Aus Spitälern und Spezialsprechstunden gibt es wenige Daten. Definitionen sind allgemein unscharf. Je nach Quelle besteht eine hypertensive Krise ab 180–220 mm Hg systolisch oder 110–120 mm Hg diastolisch.

Lange nicht jeder Blutdruck über 180/110 mm Hg entspricht einer hypertensiven Krise im Sinn der «hypertensive emergency» mit den Symptomen Thoraxschmerz, Dyspnoe oder neurologische Defizite oder im Sinn der leichteren «hypertensive urgency». Meist handelt es sich gemäss Hausarzterfahrungen um banale nichterstmalige flüchtige asymptomatische Erhöhungen im Rahmen von z.B. ausgeprägten White-Coat-Situationen oder Malcompliance. Zu dieser praktisch wichtigen Beobachtung gibt es keine Daten. Eine Schweizer Hausarztstudie zu diesem Thema läuft.

Belastungshypertonie

Die Bedeutung von Blutdruckwerten, die bei körperlicher Anstrengung oder anderem Stress besonders stark ansteigen (in der Regel >200/100 mm Hg), wird kontrovers diskutiert. Eine gewisse prognostische Aussagekraft dieser Werte ist allenfalls bei leicht erhöhtem Ruheblutdruck gegeben. Allerdings ist zu beachten, dass die Blutdruckmessung bei Anstrengung schwierig sein kann.

Verschiedene Formen von Hypertonie je nach verwendeter Messmethode

Je nachdem, ob die Blutdruckerhöhung in der Praxis oder mittels Langzeit- (oder Heim-)Messung festgestellt wird, und je nachdem, ob eine antihypertensive Behandlung besteht, können verschiedene Formen von Blutdruckerhöhung unterschieden werden.

Unbehandelte Personen

Normaler Blutdruck
Normaler Praxisblutdruck und normaler Langzeitblutdruck.

Isolierte Praxis-Hypertonie oder White-Coat-Hypertonie
Erhöhte Praxis-, aber normale Langzeit-Blutdruckwerte sind häufig und kommen bei mindestens 20% vor, leicht erhöhte Werte v.a. bei Frauen, Älteren und Nichtrauchern. Durch Erkennung einer isolierten Praxis-Hypertonie oder White-Coat-Hypertonie können unnötige Therapien vermieden werden. Allerdings sind weitere Abklärungen hinsichtlich Begleitrisikofaktoren und Endorganschäden ebenfalls indiziert, da diese häufiger als bei wirklich Normotensiven vorliegen. Die Bezeichnung «isolierte Praxis-Hypertonie» wird neuerdings bevorzugt.

Maskierte Hypertonie oder isolierte Langzeitmessungs-Hypertonie («White-Coat-Normotonie»)
Die maskierte Hypertonie ist definiert als normaler Praxis-, aber erhöhter Langzeitblutdruck. Sie ist schwierig zu studieren, da normotensive Personen für Langzeit-Blutdruckmessungen gewonnen werden müssten; die Prognose ist schlechter als bei wirklicher Normotonie (normaler Langzeitblutdruck). Die maskierte Hypertonie kommt überraschend häufig vor, bei mindestens 20% und v.a. bei männlichen Rauchern.

Hypertonie
Praxis- und Langzeitblutdruck sind erhöht.

Behandelte Hypertoniker

Normalisierter Blutdruck
Normalisierter Praxisblutdruck und normalisierter Langzeitblutdruck sind das Idealziel.

False-Non-Response
False-Non-Response ist definiert als medikamentös behandelte Hypertonie mit erhöhten Praxis-Blutdruckwerten, aber normalisierten Langzeit-Blutdruckwerten und kommt bei etwa 30% und v.a. bei Frauen und Nicht-Diabetikern vor.

False-Non-Response-Patienten haben eine nur gering schlechtere Prognose als Patienten, die auch normalisierte Praxiswerte aufweisen. Die beste Prognose haben Patienten mit normalen Praxis- und Langzeit-Blutdruckwerten.

Maskierte Non-Response
Wenn eine Hypertonie vorliegt und medikamentös therapiert wird, kann der Praxisblutdruck normalisiert sein, der Langzeitblutdruck hingegen nicht. Das kann als maskierte Non-Response bezeichnet werden.

Non-Response oder therapieresistente Hypertonie
Der Blutdruck ist weder in der Praxis- noch während der Langzeitmessung normalisiert. ▮

Korrespondenz
Dr. med. Franco Muggli, Praxis für Innere Medizin
CH-6943 Vezia

und

Prof. B. Martina, Praxis für Kardiologie und Vorsteher Institut für Hausarztmedizin, Universitätsspital Basel
Petersgraben 4, CH-4031 Basel
E-Mail: bmartina@uhbs.ch

Literatur

Arterielle Hypertonie, Empfehlungen für Ärzte 2007, SHG. www.swiss hypertension.ch

Guidelines of the European Society of Hypertension and European Society of Cardiology for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2007; 28:1462–536. J Hypertens. 2007; 25: 1105–87. www. eshonline.org

Chobanian AV, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA. 2003

La traduction française paraîtra dans un prochain numéro du pharmaJournal.

Botanik und Drogenkunde

Jsabelle Hirschi

Der neue Lehrplan für die Grundausbildung zur Pharma-Assistentin, zum Pharma-Assistenten EFZ enthält einige Neuerungen und Anpassungen. Im Gegensatz zu den sprachlichen Fächern und dem neuen Gebiet Kompetenz 11 ist die Anzahl Lektionen, in denen naturwissenschaftliche Grundlagen vermittelt werden, stark gekürzt worden. Das ist auf Unverständnis gestossen ist.

Im neuen Lehrplan des ersten Ausbildungsjahres werden im Block «Naturwissenschaftliche Grundlagen» Botanik und Drogenkunde unterrichtet. Mit einer beschränkten Auswahl von Arzneidrogen werden die theoretischen Grundlagen zu den Wirkstoffgruppen anhand konkreter Beispiele veranschaulicht.

Die Arzneidrogen in der Ausbildung

Behandelt werden die Morphologie der Pflanzen, die Photosynthese, die Wirkstoffgruppen sowie in der Drogenkunde das Erkennen von zehn häufigen Arzneidrogen Pfefferminze, Kamille, Baldrian, Leinsamen, Süssholz, Lindenblüte, Salbei, Hagebutte, Fenchel und Melisse.

Die Befürchtung, dass diese beschränkte Auswahl an Drogen nicht genügt für die Praxis, ist unbegründet, weil gleichzeitig in den anderen berufskundlichen Fächern vermehrt Heilpflanzen besprochen werden. So wird im Bereich «Gesundheit, Krankheit und Therapie» die Umsetzung der Theorie in die Praxis weiter vertieft, und in den verschiedenen didaktischen Einheiten werden nicht nur die klassischen medikamentösen Therapien, sondern auch die alternativen Heilmethoden behandelt. Damit werden den jungen Fachpersonen laufend neue Heilpflanzen und deren Anwendung vorgestellt, so dass sie am Ende ihrer Ausbildung mehr als 60 Drogen kennen und dieses Wissen gezielt in der Beratung einsetzen können. Auch der Kontakt mit Heilpflanzen im Offizinalltag trägt natürlich dazu bei, dass dieses Wissen ständig breiter wird.

Wie Rückmeldungen von der Basis zeigen, sind Botanik und Drogenkunde mit dem neuen Lehrplan und einem neuen Lehrmittel [1] optimal in die Grundausbildung der Pharma-Assistentinnen und -Assistenten EFZ integriert.

Zeichen der Zeit

Die neue Ausbildung entspricht dem aktuellen Trend: Die Kunden verlangen vermehrt pflanzliche Heilmittel, entweder zur alleinigen Therapie oder zur Unterstützung ihrer medikamentösen Behandlung. Die Assistentinnen und Assistenten können jetzt ganzheitlicher beraten und Empfehlungen abgeben. So können zum Beispiel einem Kunden mit Erkältungssymptomen zusätzlich zu den gewünschten Produkten gegen Hustenreiz oder Fieber noch ein Brust- und Hustentee, eine Salbe zum Einreiben und ein Erkältungsbad empfohlen werden. ▮

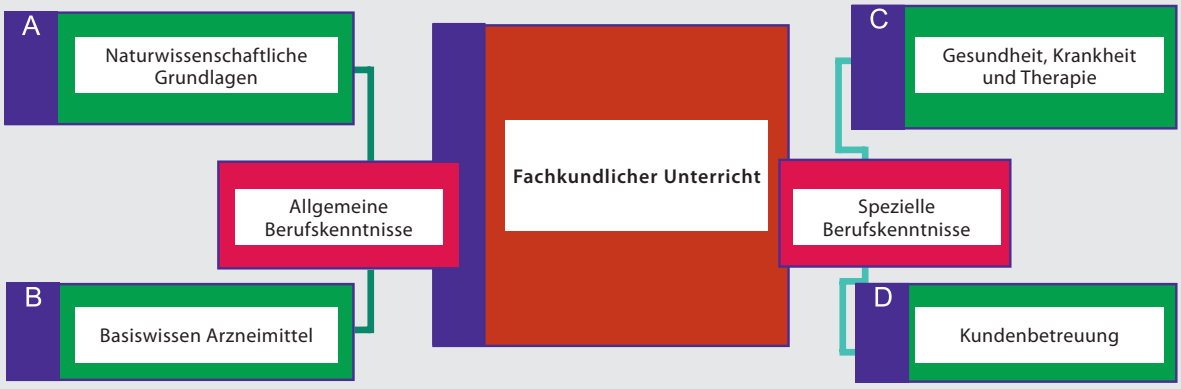
Korrespondenzadresse
Jsabelle Hirschi, Pharma-Assistentin pharmaSuisse
E-Mail: jsabelle.hirschi@pharmasuisse.org

[1] Lehrmittel Pharma-Assistentin/Pharma-Assistent, CAREUM Verlag, www.verlag-careum.ch

La traduction française paraîtra dans un prochain numéro du pharmaJournal.

Überblick über die Wissensbereiche, welche zum fachkundlichen Unterricht gehören, mit Angabe der gesamten Stundendotation

Fachkundlicher Unterricht		
Ausbildungsjahr	**I, II, III**	
Stundendotation	**440**	
Wissensbereiche	**Allgemeine Berufskenntnisse:** A) Naturwissenschaftliche Grundlagen B) Basiswissen Arzneimittel	**Spezielle Berufskenntnisse:** **C) Gesundheit, Krankheit und Therapie** **D) Kundenbetreuung**
Schematische Darstellung		



Botanique et connaissance des drogues

Jsabelle Hirschi

Le nouveau plan d'études pour la formation professionnelle initiale des assistantes en pharmacie CFC comprend quelques nouveautés et adaptations. Contrairement aux disciplines linguistiques et à la nouvelle compétence 11, le nombre de leçons qui traitent des notions de base en sciences naturelles a été fortement réduit. Ceci a suscité l'incompréhension.

D'après le nouveau plan d'études de la première année de formation, la botanique et la connaissance des drogues sont enseignées dans le bloc «Notions de base en sciences naturelles». Une sélection restreinte de drogues médicinales permet de traiter des bases théoriques des groupes thérapeutiques sur la base d'exemples concrets.

Les drogues médicinales dans la formation

La morphologie des plantes, la photosynthèse, les groupes thérapeutiques sont évoqués. Dans la connaissance des drogues, les dix drogues les plus importantes, soit la menthe, la camomille, la valériane, les graines de lin, le réglisse, le tilleul, la sauge, l'églantier, le fenouil et la mélisse doivent être reconnues.

La crainte que cette sélection restreinte de drogues soit insuffisante pour la pratique est injustifiée, dans la mesure où les autres branches professionnelles abordent de plus en plus souvent aussi le sujet des plantes médicinales. Dans le secteur «Santé, maladie et traitement», la mise en pratique de la théorie est encore approfondie, et les diverses unités didactiques n'abordent pas seulement les traitements traditionnels mais aussi les traitements alternatifs. Les assistantes en pharmacie découvrent donc régulièrement de nouvelles plantes médicinales et leur application. A la fin de leurs études, ceci leur permet de connaître plus de 60 drogues puis d'intégrer les connaissances qu'elles ont acquises dans leurs conseils. Le contact quotidien, à l'officine, avec des plantes médicinales permet bien évidemment aussi d'étendre constamment ses connaissances.

Les réactions de la base montrent que le nouveau plan d'études et le nouveau matériel didactique [1] intègrent idéalement les questions de la botanique et de la connaissance des drogues dans la formation professionnelle initiale des assistantes en pharmacie CFC.

Signes des temps

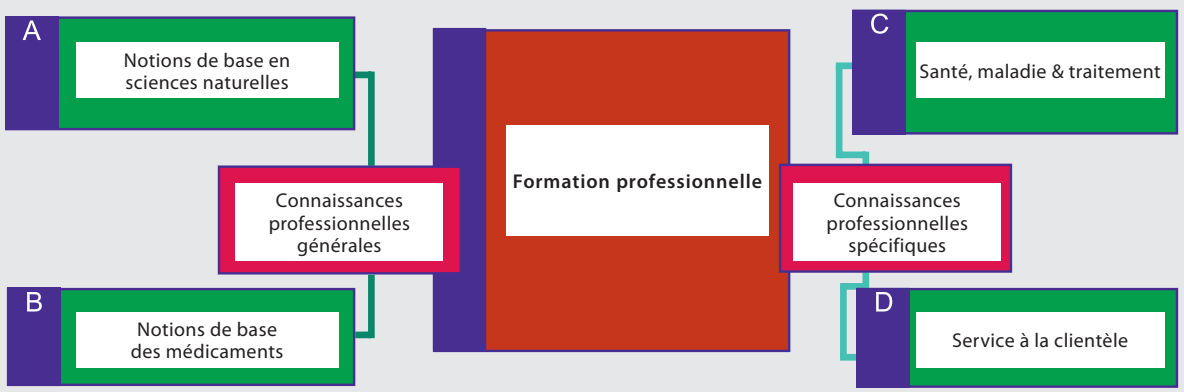
La nouvelle formation répond à une tendance actuelle qui veut que les clients demandent de plus en plus souvent des produits à base de plantes, soit comme traitement unique soit en complément d'un traitement médicamenteux. Les assistantes en pharmacie ont maintenant la possibilité de proposer des conseils plus complets et de fournir des recommandations. A un client présentant des signes de refroidissement, elles peuvent par exemple recommander une tisane antitussive et pectorale, une pommade, ou un bain contre les refroidissements en plus du produit qu'il est venu chercher. ▮

Adresse de correspondance
Jsabelle Hirschi, assistante en pharmacie de pharmaSuisse
E-mail: jsabelle.hirschi@pharmasuisse.org

[1] Matériel didactique pour assistantes en pharmacie, éditions CAREUM, www.verlag-careum.ch

Aperçu des domaines de connaissances abordés dans la formation professionnelle, avec indication du nombre d'heures totales.

Formation professionnelle		
Année de formation	**I, II, III**	
Nombre d'heures	**440**	
Domaines de connaissances	**Connaissances professionnelles générales:** A) Notions de base en sciences naturelles B) Notions de base des médicaments	**Connaissances professionnelles spécifiques:** C) Santé, maladie & traitement D) Service à la clientèle
Représentation schématique		





Chers Confrères, chères Consœurs,

Je ne voudrais pas terminer cette année sans m'adresser encore une fois à vous. Sans entrer dans les détails de l'année écoulée, je la caractériserais comme ayant été très intense et, particulièrement en fin d'année, très chaude.
Ceux qui sont venus aux conférences régionales ont pu entendre certains détails et poser les questions nécessaires pour comprendre les enjeux. J'aimerais insister sur l'importance que revêtent ces rencontres. Il y a beaucoup de choses que je ne peux écrire, et comme les changements et les décisions politiques se font d'une manière relativement rapide, ceux qui ne s'informent pas régulièrement ne pourront plus combler leur déficit en informations. Les conséquences de ce manque seront dramatiques car elles auront pour effet de désolidariser ces consœurs et ces confrères avec les stratégies de la société faîtière, ce qui va à l'encontre de ce que je recherche. Nous devons au contraire à tout prix renforcer la cohésion au sein de notre profession.
Nous ne pourrons réussir à parachever notre mutation que si c'est un choix de la profession toute entière. Nous devons faire front contre ceux qui veulent nous empêcher d'évoluer, qui veulent nous forcer à rester cantonnés dans une image de «tireurs académiques de tiroirs», qui nous refuse le droit d'utiliser pleinement nos compétences en s'appuyant sur des pseudo-dogmes.
En fait, j'ai besoin de chacun d'entre vous, de chaque pharmacienne et pharmacien qui a l'amour de sa profession, qui a envie de travailler pour faire en sorte qu'un jour prochain nous ayons un rôle reconnu dans la médecine de premier recours, une fonction de «gatekeeper» en collaboration avec nos partenaires et une place dans notre système de santé en adéquation avec nos compétences et nos infrastructures. Nous avons une grande responsabilité par rapport aux générations futures. Je compte sur vous.
Je vous remercie pour le travail quotidien que vous accomplissez tout au long de l'année auprès de notre population ou de nos partenaires. Vous contribuez ainsi à façonner l'image toujours meilleure de notre profession. Chaque pharmacien, quelle que soit sa fonction et son orientation, contribue par son engagement et sa réussite à la bonne réputation de notre profession. Votre rôle est primordial.
Il me reste à souhaiter à chacune et à chacun d'entre vous, à toutes vos collaboratrices et tous vos collaborateurs, ainsi qu'à vos familles, de bonnes fêtes de fin d'année. L'année qui s'annonce sera riche en émotions! A bientôt pour de nouvelles aventures.

Dominique Jordan

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Ich möchte das Jahr nicht beschliessen, ohne mich noch einmal bei Ihnen gemeldet zu haben. Ohne gross auf die Einzelheiten einzugehen, würde ich 2009 als sehr intensives und – vor allem gegen Ende zu – hektisches Jahr bezeichnen.
Diejenigen unter Ihnen, die an den Regionalkonferenzen anwesend waren, konnten sich umfassend informieren und die notwendigen Fragen stellen, um die Zusammenhänge zu verstehen. Ich möchte bei dieser Gelegenheit wieder einmal auf die Wichtigkeit dieser Treffen hinweisen. Vieles kann ich nicht auf schriftlichem Weg mitteilen. Änderungen und politische Entscheide passieren häufig relativ schnell, und wer sich nicht regelmässig informiert, hat deshalb rasch ein Wissensdefizit. Die Folgen dieser Wissenslücken können dann dramatisch sein, wenn sie zu einer Entsolidarisierung unserer Kolleginnen und Kollegen von den Strategien des Dachverbandes führen. Dies ist genau das Gegenteil von dem, was ich anstrebe. Wir müssen den Zusammenhalt in unserem Beruf um jeden Preis stärken. Unsere Ziele können wir nur dann erreichen, wenn wir alle am gleichen Strick ziehen. Wir müssen uns gegen jene wehren, die uns an der Weiterentwicklung hindern und uns immer wieder den Stempel von «akademischen Schubladenziehern» aufdrücken wollen. So wird uns – unter Berufung auf Pseudo-Dogmen – das Recht verwehrt, unsere Kompetenzen umfassend einsetzen zu können.
Ich brauche jede Apothekerin und jeden Apotheker, alle, die ihren Beruf lieben und sich engagiert dafür einsetzen, damit wir eines nahen Tages als erste Anlaufstelle für Patienten anerkannt werden. Unser Ziel ist es, zusammen mit unseren Partnern die Funktion eines Gatekeepers zu übernehmen und in unserem Gesundheitssystem eine Stellung zu besetzen, die unseren Fähigkeiten und Infrastrukturen entspricht. Wir haben gegenüber den nächsten Generationen eine grosse Verantwortung. Ich zähle auf Sie!
Ich danke Ihnen für den täglichen Einsatz, den Sie gegenüber unserer Bevölkerung und unseren Partnern das ganze Jahr über leisten. Sie tragen damit wesentlich zu einem besseren Image unseres Berufsstandes bei. Jede Apothekerin, jeder Apotheker stärkt mit ihrem/seinem persönlichen Engagement und Erfolg den guten Ruf unseres Berufs. Sie spielen die Hauptrolle in diesem Stück.
Ich wünsche Ihnen, Ihren Mitarbeitenden und Ihren Familien alles Gute für die Festtage. Das kommende Jahr wird hoffentlich einiges bewegen und uns allen erfolgreiche Momente bescheren.

Dominique Jordan

Herzstillstand in der Apotheke: was tun?

Thomas Wyss[1], Gaby Gehler[2]

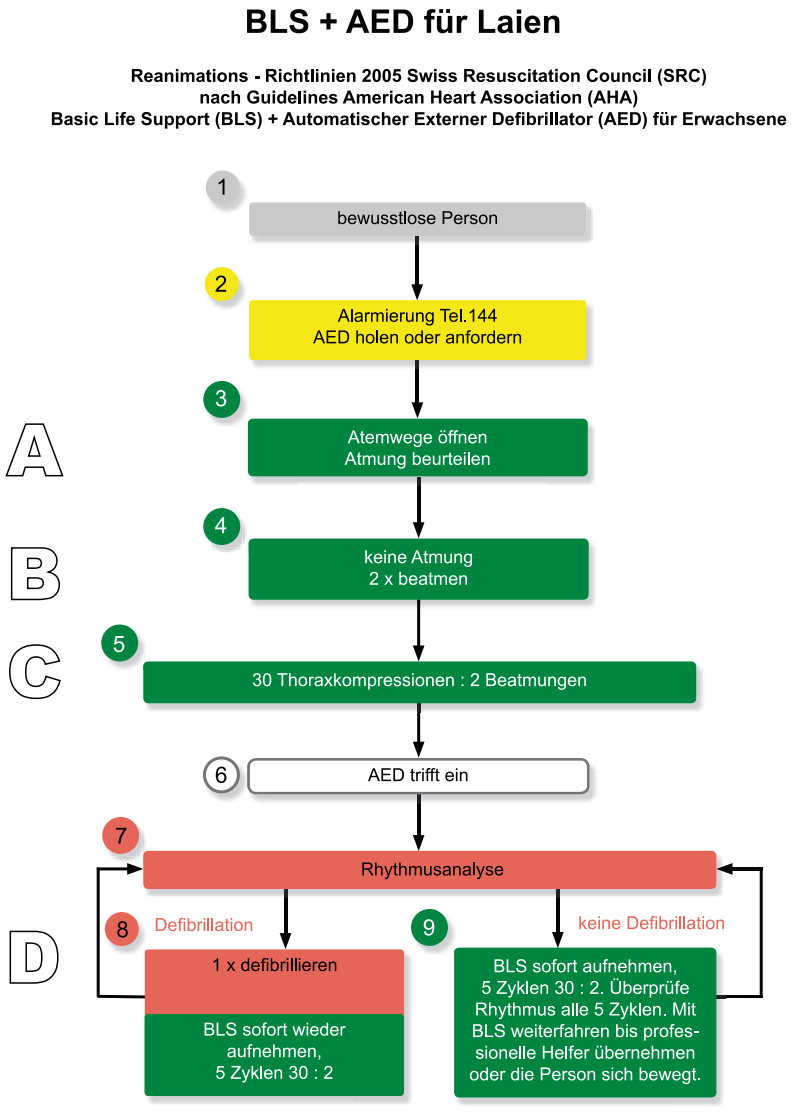
Jede Apotheke in der Schweiz könnte während den Öffnungszeiten ein «Help-Point» für Herznotfälle sein.

Welche Apothekerin, welcher Apotheker kennt diese Situation nicht: Ein aufgeregter Passant stürzt in die Apotheke und ruft um Hilfe. Es liege jemand leblos am Boden. Hilfe sei gefragt. Die Öffentlichkeit erwartet in diesem Fall von der Apotheke, dass in Notsituationen entsprechend richtig reagiert wird. Die Apotheker beurteilen die Situation und leiten Massnahmen ein: Alarmierung der Rettungsdienste, Sicherung der Umgebung, richtige Lagerung des Patienten mit Beatmung, Herzmassage und Defibrillation. Dieser Anspruch der Bevölkerung ist gesetzlich verankert. Die Apotheker sind aufgrund ihrer Ausbildung gemäss Medizinalberufegesetz (Art. 6 und 17) verpflichtet, in Notfallsituationen kompetent und selbständig zu handeln, aber auch mit Angehörigen anderer Medizinalberufe interdisziplinär zusammenzuarbeiten.

Ausbildung »Notfall in der Apotheke»

Einer der ersten, der die Bedeutung einer umfassenden Ausbildung von Offizinapothekern für das Gesundheitswesen erfasst hat, ist Dr. Albert Ganz, Besitzer der Limmatplatz-Apotheke in Zürich und Präsident des Stadtzürcher Apothekervereins VSZA. Zusammen mit dem Vereinsvorstand, insbesondere Dr. John Fröhlich, und der Unterstützung von Dr. Meinrad Lienert, ehemals Arzt von Schutz und Rettung in Zürich, und Elisabeth Pickel, Pflegefachfrau und Erwachsenenbildnerin am Spital Zollikerberg, wurde ein umfassendes Ausbildungskonzept «Notfall in der Apotheke» entwickelt, das später vom Apothekerverein des Kantons Zürich AVKZ mitgetragen wurde.

Da es nicht eine primäre Aufgabe von Apothekervereinen ist, Schulungen für Apotheker zu organisieren, wird seit 2009 dieses Kursangebot vom Schweizerischen Tropeninstitut (STI) in Basel und von der Arbeitsgemeinschaft Fortbildung für Apothekenmitarbeiter (agfam) in Zürich weitergeführt.
Die Ausbildung beginnt mit einem BLS/AED-Grundkurs, der in Zusammenarbeit mit dem Rettungssanitäter und Instruktor André Baron und Elisabeth Pickel angeboten wird. An diesem Tageskurs wird nach den Richtlinien der SRC (Swiss Resuscitation Council) an Phantomen das ABCD-Schema der Lebensrettung praktisch geübt (siehe Graphik). Damit das Zertifikat eines erfolgreich abgeschlossenen Kurses verlängert werden kann, muss innerhalb von zwei Jahren ein halbtägiger



BLS- und AED- Algorithmus für Erwachsene (Übersetzt nach AHA / Circulation 2005;112:IV-22) Scherrer/Schuhwerk 23.6.2006
www.resuscitation.ch © Swiss Resuscitation Council, REA2000 2006

Quelle: http://www.resuscitation.ch/uploads/tx_respublikationen/bls_aed_2006_laien_d.pdf

[1] Thomas Wyss, Apotheker FPH, Offizinapotheker in der Bahnhofapotheke Zürich HB, Lehrbeauftragter für Fachkunde an der BSDHZ, Kursleiter SSB

[2] Dr. Gaby Gehler, Kurskoordinatorin (Fort- und Weiterbildung FPH Offizinapotheke) am Schweizerischen Tropeninstitut in Basel, Offizinapothekerin in der Bahnhofapotheke Zürich HB

Auffrischungskurs besucht werden. Diese Ausbildung befähigt die Apotheker, ihren eigenen Möglichkeiten entsprechend bei einem Herzstillstand eines Kunden oder Passanten richtig zu handeln. Diese Auffrischungskurse für Apotheker wurden dieses Jahr erstmals angeboten.

Zur Vertiefung des Grundkurses BLS/AED und zur Erweiterung des Themas «Notfall in der Apotheke» werden in weiteren Kursen die Themen Cardiopulmonale Notfälle, akute Atemnot, lebensbedrohliche Allergien, Schockformen und Bewusstseinsstörungen basierend auf dem heutigen Wissensstand diskutiert und Triageschemata erstellt. Spezielle Notfälle, wie Probleme bei Kleinkindern, Augenerkrankungen und -verletzungen, Bauchschmerzen und Vergiftungen runden die Notfall-Ausbildung ab. Diese Themen werden in verschiedenen Zusammensetzungen als Tageskurse in Basel, Zürich und Bern angeboten (siehe Webseiten der Kursorganisatoren am Schluss dieses Artikels).

Training im Team in der Apotheke

Bei einem Notfall in der Apotheke oder deren Umgebung ist nicht nur die Chefin oder der Chef, sondern das ganze Team gefordert. Es gilt, die Zusammenarbeit aller Mitarbeiterinnen der Apotheke zu trainieren. Wissen alle, wo die Notfallgeräte sind? Ist das Telefon notfallmässig mit der Schnellwahltaste eingerichtet? Oder steht die Telefonnummer 144 gut sichtbar beim Telefon? Liegt das ABCD-Schema ausgedruckt bereit? Steht Sauerstoff zur Verfügung? Können alle in einer Notsituation richtig reagieren? Diese und noch viele andere Fragen tauchen im Notfall auf.

Ein Training im Team in der eigenen Apotheke deckt Lücken auf. Der trainierte Ablauf lässt im Notfall ein eingespieltes Team in Aktion treten. Pilot-Kurse sind in einigen wenigen Apotheken im Kanton Zürich durchgeführt worden. Nun wird im 2010 ein solches Training vor Ort offiziell angeboten.

Begriffe

BLS = Basic life support
AED = automatic external defibrillation
CPR = cardiopulmonale Reanimation

Nützliche Adressen

Kurse: www.sti.ch und www.agfam.ch
www.resuscitation.ch
www.swissheart.ch
www.americanheart.org

Interview mit Dr. Albert Ganz, Inhaber der Limmatplatz Apotheke in Zürich

Was war der Auslöser, dass Du Dich mit dem Thema «Notfall in der Apotheke» befasst hast?
Ursprünglich wollten wir vom Verband Stadtzürcher Apotheken einen reinen Injektionskurs anbieten. Durch Abklärungen, insbesondere durch Elisabeth Pickel, stellten wir fest, dass dies vorläufig nur im Rahmen eines Notfalles möglich ist. Beispiel: Adrenalin-Injektoren.

Wie und wann kannst Du Dein Wissen als «Notfallapotheker» einsetzen?
Der Notfallkurs ist enorm hilfreich in der täglichen Praxis, bei der Beurteilung von körperlichen Störungen und bei kleinen Unfällen. Ich würde so weit gehen, dass eine Triage nur nach Absolvierung des Notfallkurses seriös machbar ist.

Was sind die Vorteile für Apotheker, die auf einen Notfall vorbereitet sind respektive diese Ausbildung durchlaufen haben?
Es ist vor allem die Sicherheit, richtig und entsprechend den Richtlinien zu handeln, die bei heiklen Situationen hilfreich ist.

Warum gehört das Thema «Notfall in der Apotheke» in die Aus- und Weiterbildung jeder Apothekerin und jedes Apothekers?
Der Beruf des Apothekers entfernt sich immer mehr von der Herstellung der Medikamente zu Beratung und Betreuung von Patienten. Dies wird im neuen Lehrplan bereits berücksichtigt. Allerdings fehlt oft die Praxis für das direkte Eingreifen.

Du befasst Dich seit Jahren mit dem Thema «Sauerstoff». Kannst Du dazu einige Stichworte, gerade auch im Zusammenhang mit einem Notfall in der Apotheke, geben?
Jede Ambulanz, die einen verunfallten Patienten aufnimmt, verabreicht diesem zuerst Sauerstoff, um die Atmung zu erleichtern und so die Körperfunktionen zu verbessern. Jede Apotheke sollte deshalb auch eine kleine Sauerstoff-Flasche besitzen, um bei einem Unfall schnell handeln und die ersten 10 bis 20 Minuten überbrücken zu können.

Was gehört zu einer adäquaten Ausrüstung einer Notfall-Apotheke?
Wundversorgungskoffer, Defibrillator, Notfallmedikamente wie Adrenalin-Injektor, Sauerstoff usw.

Was wünschst Du für die Zukunft der Apothekerschaft in Bezug auf die Notfallausbildung?
Öffentliche, behördliche und politische Anerkennung der Apotheken als erste Anlaufstelle bei medizinischen Notfällen und bei einem Unfall. Anerkennung der Triage bei Erkrankungen und Unfällen.

Interview: Thomas Wyss

Notsituationen und Herzstillstand: Die Rolle des Apothekers gegenüber der Öffentlichkeit

Die Offizin ist eine wichtige niederschwellige Anlaufstelle zur Erstversorgung in Notsituationen. Neben einem Medikamenten- und Verbandssortiment sollten Notfallgeräte einsatzbereit gehalten werden: Beatmungsmaske, Defibrillator (AED-Gerät) und Sauerstoffflasche. Um dieses Angebot weiter zu etablieren, braucht es Kommunikation. Sprechen Sie über den Defibrillator-Standort mit der Presse, mit den Behörden, mit den Ärzten in Ihrem Einzugsgebiet und teilen Sie dies auch den Rettungsorganisationen mit. Bieten Sie den lokalen Samaritervereinen Werbeflächen für BLS/AED-Kurse an. Eine grössere Firma ist ebenfalls dankbar, ein solches Gerät in der Nähe zu wissen. Ist Ihre Apotheke in einem Einkaufszentrum, sollte ein Defibrillator verfügbar sein.

Mit einer professionellen frühen Reanimation kann viel Leid verhindert werden. Spätschäden sind nicht nur finanziell belastend, sondern bedeuten einen grossen Verlust an Lebensqualität für die Betroffenen. Durch den gezielten Einsatz der frühen lebensrettenden Massnahmen wie CPR und den Einsatz eines Defibrillators können die Apotheker einen wichtigen Beitrag leisten. Was die Zürcher Apothekerschaft vorgezeigt hat, ist nicht nur eine PR-Massnahme, sondern der persönlich motivierte Einsatz vieler einzelner Kolleginnen und Kollegen. ▮

Korrespondenzadresse
Dr. Gaby Gehler
Kurswesen, Schweizerisches Tropeninstitut
Postfach, 4002 Basel
E-Mail: gaby.gehler@unibas.ch

Arrêt cardiaque dans une pharmacie: que faire?

Thomas Wyss[1], Gaby Gehler[2]

En Suisse, chaque pharmacie pourrait devenir, pendant les heures d'ouverture, un «Help-point» pour les urgences cardiaques.

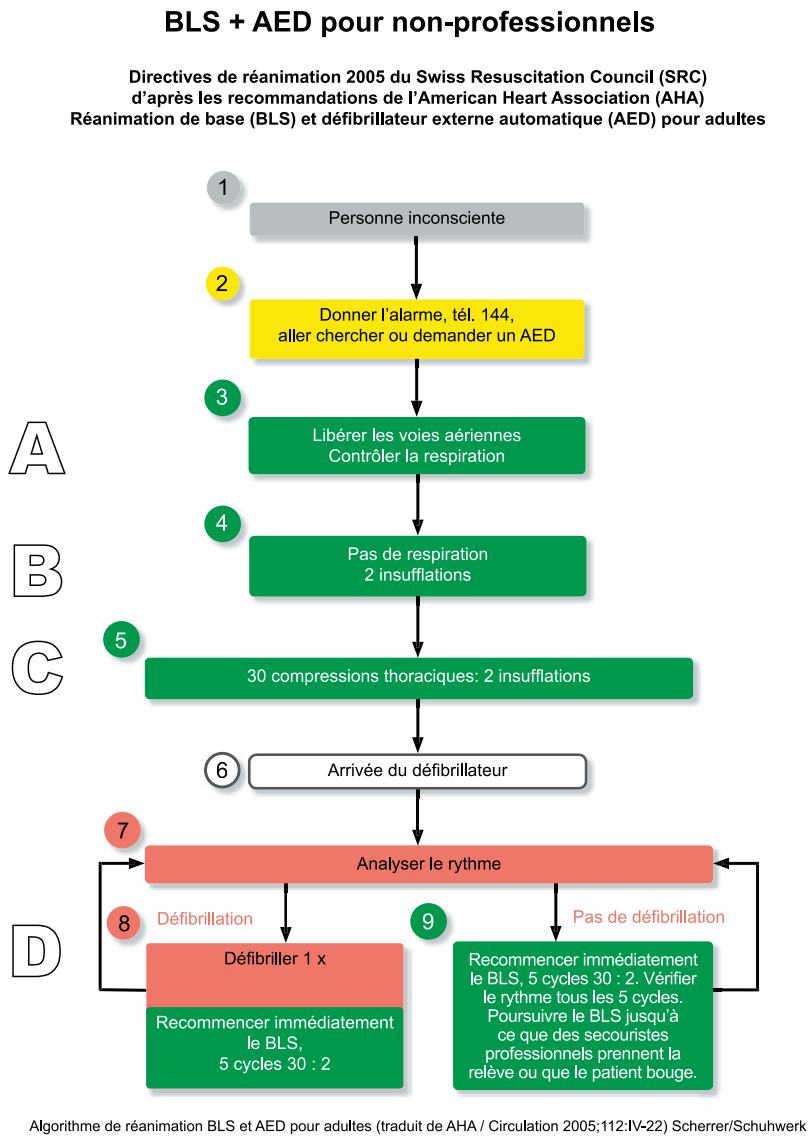
Chaque pharmacien a déjà été confronté à la situation où un passant agité se rue dans la pharmacie en appelant à l'aide. Quelqu'un est couché sur le trottoir, inanimé, et a besoin d'aide. Dans un tel cas d'urgence, le public s'attend à une réaction adéquate de la part du personnel d'une pharmacie. Les pharmaciens évaluent alors la situation et prennent les mesures qui s'imposent, à savoir alarmer l'ambulance, sécuriser les alentours, placer le patient dans une position appropriée, de même que pratiquer une respiration artificielle, un massage cardiaque ou une défibrillation. Cette attente du public est ancrée dans la loi. En vertu de la loi sur les professions médicales (art. 6 et 17), les pharmaciens sont en effet tenus, de part leur formation, d'agir de manière compétente et autonome dans une situation d'urgence, et également à une collaboration interdisciplinaire avec les membres d'autres professions médicales.

Formation «Soins d'urgence en pharmacie»

L'un des premiers à avoir saisi l'importance, pour le domaine de la santé, d'une formation complète des pharmaciens d'officine est le Dr Albert Ganz, propriétaire de la Limmatplatz-Apotheke à Zurich et président de la société des pharmaciens de la ville de Zurich (VSZA). De concert avec le comité de la VSZA, en particulier le Dr John Fröhlich, ainqi que le soutien du Dr Meinrad Lienert, ancien médecin secouriste de «Schutz und Rettung» à Zurich, et d'Elisabeth Pickel, infirmière et formatrice d'adultes à l'hôpital de Zollikerberg, un concept de formation complet, intitulé «Soins d'urgence en pharmacie», a été développé. La société des pharmaciens du canton de Zurich (AVKZ) s'y est jointe plus tard.

L'organisation de cours pour pharmaciens n'est pas la tâche première des associations de pharmaciens. Depuis 2009, cette formation est donc proposée par l'Institut tropical suisse (ITS) à Bâle et l'agfam (Arbeitsgemeinschaft Fortbildung für Apothekenmitarbeiter) à Zurich.

La formation commence par un cours de base BLS/AED proposé en collaboration avec André Baron, ambulancier et instructeur, et Elisabeth Pickel. Pendant cette journée de cours, le schéma ABCD de secourisme selon les directives du SRC (Swiss Resuscitation Council) est exercé



Algorithme de réanimation BLS et AED pour adultes (traduit de AHA / Circulation 2005;112:IV-22) Scherrer/Schuhwerk 21.11.2006

www.resuscitation.ch © Swiss Resuscitation Council, REA2000 2006

Source: http://www.resuscitation.ch/uploads/tx_respublikationen/bls_aed_2006_laien_franz_a4.pdf

[1] Thomas Wyss, pharmacien FPH, pharmacien d'officine à la Bahnhofapotheke Zurich HB, chargé de cours pour clients spécialisés à la BSDHZ, moniteur ASS

[2] Dr Gaby Gehler, coordinatrice de cours (formation continue et postgraduée FPH en pharmacie d'officine) à l'Institut tropical suisse à Bâle, pharmacienne d'officine à la Bahnhofapotheke Zurich HB

en pratique sur des mannequins (voir graphique). Afin que le certificat attestant de la réussite du cours puisse être prolongé, il faut suivre un cours de remise à jour d'une demi-journée dans les deux ans. Cette formation permet aux pharmaciens d'agir correctement en cas d'arrêt cardiaque d'un client ou d'un passant. De tels cours pour pharmaciens ont été proposés pour la première fois cette année.

Afin d'approfondir le cours de base BLS/AED et d'élargir le thème des soins d'urgence en pharmacie, d'autres cours abordent les connaissances actuelles sur les urgences cardio-pulmonaires, la détresse respiratoire aiguë, les allergies mettant la vie en danger, les formes de choc, les troubles de la conscience et les schémas de triage. La formation en soins d'urgence est complétée par des cas spéciaux, tels les problèmes avec les jeunes enfants, les maladies et blessures aux yeux, les douleurs abdominales et les empoisonnements. Diverses combinaisons de ces thèmes sont proposées sous forme de cours d'un jour à Bâle, Zurich et Berne (voir les sites internet des organisateurs de cours en fin d'article).

Formation en équipe dans la pharmacie

En cas d'urgence dans une pharmacie ou dans ses alentours, toute l'équipe est mise à contribution. Il faut donc exercer la coopération entre tous les collaborateurs de la pharmacie. Tout le monde connaît-il l'emplacement des appareils d'urgence? Une touche de sélection rapide a-t-elle été programmée sur le téléphone pour les cas d'urgence? Le numéro 144 est-il bien en vue près du téléphone? Le schéma ABCD a-t-il été imprimé? Est-ce que de l'oxygène est disponible? Chacun est-il capable de réagir correctement en cas d'urgence? Ces questions et de nombreuses autres se posent en cas d'urgence. Une formation en équipe au sein de la pharmacie comblera les lacunes. Ainsi, c'est une équipe bien entraînée qui entrera en action le moment venu. Des cours pilotes ont été organisés dans quelques pharmacies du canton de Zurich. A partir de 2010, une telle formation sur site sera proposée officiellement.

Notions

BLS = Basic Life Support
AED = automatic external defibrillation
RCP = réanimation cardio-pulmonaire

Adresses utiles:

Cours: www.sti.ch et www.agfam.ch
www.resuscitation.ch
www.swissheart.ch
www.americanheart.org

Interview avec le Dr Albert Ganz, détenteur de la Limmatplatz-Apotheke à Zurich

Quel élément t'a amené à te préoccuper du thème des «soins d'urgence en pharmacie»?
A l'origine, nous voulions proposer un simple cours sur les injections. Renseignements pris, en particulier par Elisabeth Pickel, nous avons toutefois constaté que cela n'est possible que dans le cadre d'une urgence. Exemple: les injecteurs d'adrénaline.

Comment et quand peux-tu recourir à tes connaissances de «pharmacien secouriste»?
Le cours de secourisme est extrêmement utile dans la pratique quotidienne, pour évaluer les troubles corporels et en cas d'accidents mineurs. Sans exagérer, j'estime qu'un triage ne peut être fait avec sérieux avant d'avoir suivi un cours de secourisme.

Quels sont les avantages pour un pharmacien qui est préparé pour une urgence, qui a suivi une telle formation?
C'est en premier lieu l'assurance d'agir correctement et selon les directives fort utiles dans les situations délicates.

Pourquoi le thème «Soins d'urgence en pharmacie» est-il incontournable pour la formation continue et postgraduée du pharmacien?
Le métier de pharmacien s'éloigne de plus en plus de la fabrication de médicaments pour se tourner vers le conseil et le suivi des patients. Le nouveau plan d'études en tient déjà compte. Cependant, la pratique pour agir directement fait souvent défaut.

Tu t'occupes depuis des années du thème de l'«oxygène». Peux-tu nous donner quelques mots-clés en relation avec les soins d'urgence en pharmacie?
Chaque ambulance qui prend en charge un patient accidenté lui administre d'abord de l'oxygène afin de faciliter la respiration et d'améliorer ainsi les fonctions corporelles. Pour cette raison, chaque pharmacie devrait disposer d'une petite bouteille d'oxygène afin de pouvoir agir rapidement en cas d'accident et assurer les premières 10 à 20 minutes.

Quel est l'équipement adéquat pour une pharmacie d'urgence?
Valise de pansements des plaies, défibrillateur, médicaments d'urgence ainsi qu'injecteur d'adrénaline, oxygène, etc.

Quel est ton souhait pour l'avenir des pharmaciens en relation avec la formation en secourisme?
Une reconnaissance publique, officielle et politique des pharmacies en tant que premier lieu d'accueil en cas d'urgence médicale et d'accident. Une reconnaissance du triage des malades et accidentés. *Interview: Thomas Wyss*

Situations d'urgence et arrêt cardiaque: le rôle du pharmacien à l'égard du public

L'officine est un lieu d'accueil important et facile d'accès pour les premiers soins en situation d'urgence. Outre un assortiment de médicaments et de pansements, les appareils d'urgence devraient être prêts à l'usage: masque de ventilation, défibrillateur (appareil AED) et bouteille d'oxygène. Pour ancrer cette offre, la communication est primordiale. Faites connaître la disponibilité d'un défibrillateur à la presse, aux autorités et aux médecins dans votre zone d'établissement. Communiquez-le également aux organisations de secourisme. Offrez des surfaces publicitaires aux associations locales de samaritains pour leurs cours BLS/AED. Les entreprises d'une certaine importance seront certainement aussi reconnaissantes d'apprendre la présence d'un tel appareil à proximité. Si votre pharmacie se trouve dans un centre commercial, un défibrillateur devrait être disponible.

En procédant au plus vite à la réanimation, bien des souffrances seront évitées. Les dommages à long terme ne représentent pas seulement une charge financière mais aussi une grande perte au niveau de la qualité de vie. En proposant des mesures de secourisme précoces, tels le RCP et le recours à un défibrillateur, les pharmaciens peuvent apporter une contribution importante. Ce que la société des pharmaciens zurichois a présenté, n'est pas juste une mesure de relations publiques, mais bien le résultat de l'engagement personnel de collègues motivés. ▮

Adresse de correspondance
Dr Gaby Gehler
Domaine des formations, Institut tropical suisse
Case postale, 4002 Bâle
E-mail: gaby.gehler@unibas.ch

Agenda 2009

Den Veranstaltungskalender finden Sie auch auf www.pharmaSuisse.org unter Fachpersonen → Beruf Apotheker → Fortbildung FPH → Veranstaltungskalender
Le calendrier des manifestations se trouve également sur www.pharmasuisse.org, sous Professionnels → Profession pharmacien → Formation postgraduée → Calendrier des manifestations.

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae **FPH**

FPH-anerkannte Veranstaltungen im Bereich Offizin (O)- und Spitalpharmazie (S) sowie klassischer Homöopathie (H)

Datum	O/S/H	Titel	Veranstalter	Ort	Zeit	Informationen	KP/Modul	ID-Nummer	Preis
Januar									
07.01.	O	Haar- und Nagelerkrankungen	medinform GmbH	Zürich	08.30–12.00	Tel. 044 994 75 61 mariannebeutler@medinform.ch	25	**1**-226-207-10-P25	200.–
07.01.	O	Kontaktekzem, Urtikaria	medinform GmbH	Zürich	13.30–17.00	Tel. 044 994 75 61 mariannebeutler@medinform.ch	25	**1**-226-208-10-P25	200.–
14.01.	O	Die Grundlagen der Allergologie	medinform GmbH	Zürich	08.30–12.00	Tel. 044 391 76 45 barbarathomann@medinform.ch	25	**1**-226-106-10-P25	200.–
14.01.	O	Allergische und Nicht-allergische Rhinopathien	medinform GmbH	Zürich	13.30–17.00	Tel. 044 391 76 45 barbarathomann@medinform.ch	25	**3**-226-107-10-P25	200.–
27.01.	O	Haar- und Nagelerkrankungen	medinform GmbH	Zürich	08.30–12.00	Tel. 044 994 75 61 mariannebeutler@medinform.ch	25	**1**-226-207-10-P25	200.–
27.01.	O	Kontaktekzem, Urtikaria	medinform GmbH	Zürich	13.30–17.00	Tel. 044 994 75 61 mariannebeutler@medinform.ch	25	**1**-226-208-10-P25	200.–
Februar									
04.02.	O	Die Grundlagen der Allergologie	medinform GmbH	Zürich	08.30–12.00	Tel. 044 391 76 45 barbarathomann@medinform.ch	25	**1**-226-106-10-P25	200.–
04.02.	O	Allergische und Nicht-allergische Rhinopathien	medinform GmbH	Zürich	13.30–17.00	Tel. 044 391 76 45 barbarathomann@medinform.ch	25	**3**-226-107-10-P25	200.–
05.+ 06.02.	O	Präsentieren als Infotainment	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	100	**4**-48-04-10-P100	3000.–
13.02.	O	Schlagfertig & erfolgreicher	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**4**-48-05-10-P50	1450.–
18.02.	O	Sozialversicherungen und Lohnabrechnung	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-06-10-P50	590.–
19.02.	O	Konfliktmanagement im Führungsalltag	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**4**-48-7-10-P50	590.–
22.02.	O	Mukoviszidose – die häufigste Erbkrankheit	medinform GmbH	Zürich	08.30–12.00	Tel. 044 391 76 45 barbarathomann@medinform.ch	25	**1**-226-113-10-P25	200.–
25.02.	O	Die Leistungen der Sozialverischerungen	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-08-10-P50	590.–
26.02.	O	Der Jahresabschluss: Korrekt erstellt, optimal gestaltet	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-09-10-P50	590.–
März									
02.03.	O	Arbeitsrecht – Fragen rund um den Lohn	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-02-10-P50	590.–
02.03.	O	Kinderwunsch und Schwangerschaft	Agfam	Zürich	08.30–12.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-19-10-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
03.03.	O	Motivation	Agfam	Zürich	08.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	50	**4**-1-27-10-P50	550.–
04.03.	H	Einführung in die Klassische Homöopathie	SAHP	Luzern	09.15–17.15	www.sahp.ch	50	KH-01-A1-10-P50	200.–
04.03.	O	Adipositas	Agfam	Zürich	08.30–12.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-14-10-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
04.03.	O	Mukoviszidose – die häufigste Erbkrankheit	medinform GmbH	Zürich	08.30–12.00	Tel. 044 391 76 45 barbarathomann@medinform.ch	25	**1**-226-113-10-P25	200.–
04.03.	O	Übersicht über die wichtigsten alternativen Heilmethoden	Pharmazeutische Gesellschaft Zürich	Zürich	20.00	www.pharm-gz.ch	12.5	**1**-6-55-10-P12.5	Mitgliederbeitrag: 80.–

→

05.03.	O	Die Führungskraft zwischen Professionalität und Menschlichkeit	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**4**-48-10-10-P50	590.–
06.03.	O	Spiegel der Venus	ebi-pharm ag	Bern	09.30–17.00	Tel. 031 828 12 22 office@ebi-pharm.ch	50	**1**-30-145-10-P50	120.–
08.03.	O	Spagyrik Lehrgang 1 «Spagyrik und akute Krankheiten»	Spagyros AG	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 959 55 85 kurse@spagyros.ch	50	**1**-142-33-10-P50	172.15
08.03.	O	Die häufigsten chronischen Erkrankungen der unteren Atemwege	medinform GmbH	Zürich	08.30–17.00	Tel. 044 391 76 45 barbarathomann@medinform.ch	50	**1**-226-101-10-P50	400.–
09.03.	O	Effizienzsteigerung durch moderne Arbeitstechnik	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**4**-48-11-10-P50	590.–
09.03.	O	Laborwerte korrekt interpretieren	Agfam	Zürich	08.30–12.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-4-10-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
10.03.	O	Arbeitsrecht – Fragen rund um den Lohn	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-02-10-P50	590.–
11.03.	O	Updates, Repetitionen Dermatologie	medinform GmbH	Zürich	08.30–12.00	Tel. 044 994 75 61 mariannebeutler@medinform.ch	25	**2**-226-213-10-P25	200.–
11.03.	O	Kinderhaut	medinform GmbH	Zürich	13.30–17.00	Tel. 044 994 75 61 mariannebeutler@medinform.ch	25	**2**-226-214-10-P25	200.–
12.03.	O	Ein pharmazeutisches Update	Agfam	Zürich	13.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-8-10-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
13.03.	O	Isopathie-Seminar: Infektanfälligkeit	ebi-pharm ag	Winterthur	09.30–17.00	Tel. 031 828 12 22 office@ebi-pharm.ch	50	**1**-30-141-10-P50	120.–
15.03.	O	Akut-Situationen im Personalbereich	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**4**-48-12-10-P50	590.–
16.03.	O	Von der Sekretärin zur Assistentin – Sicher in die Veränderung	Centre Patronal	Bern	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-13-10-P50	590.–
16.+ 23.03.	O	Anwenderzyklus Mikronährstoffe	ebi-pharm ag	Olten	09.00–17.00	Tel. 031 828 12 22 office@ebi-pharm.ch	100	**1**-30-136-10-P100	240.–
17.03.	O	Personalchefs im Nebenamt	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-14-10-P50	590.–
17.03.	O	Laborwerte korrekt interpretieren	Agfam	Zürich	13.30–17.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-4-10-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
18.03.	H	Grundbegriffe, Ähnlichkeitsprinzip, Dynamis	SAHP	Luzern	09.15–17.15	www.sahp.ch	50	KH-01-B1-10-P50	200.–
18.03.	O	Die Lösung der Nachfolge in KMU	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-15-10-P50	590.–
18.03.	O	Psoriasis	Agfam	Zürich	08.30–12.00	Tel. 043 541 11 55 www.agfam.ch	25	**1**-1-10-10-P25	200.– im 6er-Abonnement, 220.– als Einzelkurs
19.03.	O	Eine eigene Firma – aber richtig!	Centre Patronal	Zürich	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-16-10-P50	590.–
19.03.	O	Topische Arzneiformen	medinform GmbH	Zürich	08.30–12.00	Tel. 044 994 75 61 mariannebeutler@medinform.ch	25	**1**-226-201-10-P25	200.–
19.03.	O	Grundlagen der Dermatologie	medinform GmbH	Zürich	13.30–17.00	Tel. 044 994 75 61 mariannebeutler@medinform.ch	25	**1**-226-202-10-P25	200.–
20.03.	O	OM-Seminar: Fettsäuren	ebi-pharm ag	Luzern	09.30–17.00	Tel. 031 828 12 22 office@ebi-pharm.ch	50	**1**-30-143-10-P50	120.–
20.03.	H	Materia Medica Chlidonium	SAHP	Gümligen	12.00–16.00	www.sahp.ch	25	KH-01-43-10-P25	120.–
22.03.	O	Master of Using HEIDAK – Mikrotest	Heidak AG	Emmenbrücke	09.15–17.00	Tel. 041 269 41 41 info@heidak.ch	50	**1**-302-02-10-P50	1950.–
23.03.	O	Von der Sekretärin zur Assistentin – Sicher in die Veränderung	Centre Patronal	Basel	09.00–17.00	Tel. 031 390 99 09 biku@centrepatronal.ch	50	**3**-48-13-10-P50	590.–

Wir bitten Sie, den FPH-Veranstaltungskalender aufzubewahren, da die einzelnen Veranstaltungen jeweils nur einmal im pharmaJournal erscheinen.
Kompetenzkreise: (jeweils 1. Ziffer der ID-Nummer)
1: Pharmazeutische Kompetenzen 2: Community Health-Kompetenzen 3: Management-Kompetenzen 4: Persönliche Kompetenzen

Haben Sie Anregungen, Bemerkungen, Vorschläge zu Kursprogrammen oder einzelnen Kursen?
Wir freuen uns auf Ihr Feedback! Fax 031 978 58 59; kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Veuillez adresser vos remarques, suggestions et propositions concernant les programmes ou les divers cours à Madame Kathrin Zybach (fax 031 978 58 59; e-mail: kathrin.zybach@pharmasuisse.org

Mitteilungen Communications

Busse wegen Festlegung von Wiederverkaufspreisen

Die Wettbewerbskommission (WEKO) stellt fest, dass die Vereinbarungen über die Festlegung von Wiederverkaufspreisen zwischen den Produzenten und den Verkaufsstellen von drei Hors-Listen-Medikamenten unzulässig sind. Sie verhängt gegen die betroffenen Pharmaunternehmen eine Busse.

Im konkreten Fall haben die Produzenten die Wiederverkaufspreise für ihre Medikamenten in Form von Publikumspreisempfehlungen festgelegt. Diese Preise sind in die branchenspezifischen Informatiksysteme integriert oder werden direkt von den Grossisten an die Apotheken und an die selbstdispensierenden Ärzte übermittelt, welche sie dann zu einer grossen Mehrheit unverändert gegenüber ihren Patienten anwenden. Die WEKO ist zum Schluss gekommen, dass diese Verhaltensweisen unzulässige Abreden gemäss Art. 5 Abs. 4 des Kartellgesetzes (KG) darstellen, weil damit die Wiederverkaufspreise festgelegt werden.

Korrigendum

Im pharmaJournal 24/09 wurde die Veranstaltung «Welche Medizin für die dritte Gesundheitsrevolution?» in der FPH-Agenda mit falscher Kreditpunktzahl (35) publiziert. Korrekt ist: 40 Kreditpunkte.

50 Jahre Apotheker-Vertretung in Brüssel

Seit einem halben Jahrhundert werden die Interessen der europäischen Apotheker in Brüssel vertreten. Rund 400 000 Pharmazeuten aus 30 Ländern gehören über ihre nationalen Standesorganisationen dem Europäischen Apothekerverband (PGEU) an. Was als loser Erfahrungsaustausch begann, hat sich in den letzten Jahren zu einer wichtigen Schaltstelle für die Berufspolitik entwickelt. Gegründet wurde die PGEU am 29. Mai 1959 in Frankfurt. Zunächst informierten sich die Apotheker über pharmazeutische Fragen und über verschiedene Apothekenmodelle. Die Aufnahme neuer Mitgliedstaaten und die Ausweitung der Zuständigkeiten der heutigen EU haben auch die Entwicklung des Apothekerverbandes beeinflusst: In den 1980er-Jahren half die PGEU beispielsweise, die Ausbildung und Qualifizierung pharmazeutischen Personals europaweit anzugleichen.

Mitglied werden können bei der PGEU nur Apothekerorganisationen aus den EU-Mitgliedstaaten.

FR: Candidatures

Les personnes suivantes ont été acceptées en tant que membres de la société cantonale de Fribourg lors de la dernière assemblée générale le 18 novembre 2009:

Liliane Andreou, Berntor-Apotheke, 3280 Murten
Barry Boubacar, Pharmacie Capitole Schoenberg, 1700 Fribourg
Richard Meier, Central-Apotheke, 3186 Düdingen

Les oppositions éventuelles doivent être adressées, dans les 10 jours, au Secrétariat de la société, Rue de l'Hôpital 15, CP 1552, 1701 Fribourg.

Vergiftungen durch Verwendung von Holzkohlegrills in Innenräumen

Die Verwendung von Holzkohlegrills in Innenräumen stellt eine tödliche Gefahr durch das dadurch entstehende giftige Kohlenmonoxid dar. Offene Flammen, besonders aber Holzkohleglut, produzieren das giftige Gas Kohlenmonoxid (CO). Kohlenmonoxid ist farblos und geruchlos. In geschlossenen Räumen kommt es rasch zu gefährlichen Konzentrationen, auch wenn kein sichtbarer Rauch aufsteigt. Es reicht zum Entweichen des CO nicht aus, wenn Fenster oder Türen geöffnet werden. Bereits eine geringe Kohlenmonoxidkonzentration in der Raumluft führt zu einer schweren Störung des Sauerstofftransports. Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen, Sehstörungen, Erbrechen, Kurzatmigkeit, Muskelschwäche und Herzrasen sind entsprechende Alarmzeichen.

Das Schweizerische Toxikologische Informationszentrum warnt eindringlich davor, Kohleglut in Innenräumen zu verwenden. Es genügt nicht, Fenster oder Türen zu öffnen.

Intoxications mortelles par l'utilisation de barbecue en espaces fermés

L'utilisation de barbecues au bois en espaces fermés représente un danger mortel dû au monoxyde de carbone, étant un gaz toxique. Les flammes, mais surtout les braises, produisent du monoxyde de carbone (CO), étant un gaz toxique. Celui-ci est incolore et inodore. En espaces fermés, ce gaz peut vite atteindre des concentrations représentant un danger, même si aucune fumée n'est visible. Il ne suffit pas d'ouvrir portes et fenêtres pour que le CO puisse s'évaporer.

De faibles concentrations de CO dans l'air suffisent pour provoquer un trouble important du transport de l'oxygène des poumons aux tissus. Les symptômes que l'on peut observer sont: des maux de tête, vertiges, bourdonnements d'oreille, troubles de la vue, vomissements, souffle court, faiblesse musculaire et palpitations.

Le Centre Suisse d'Information Toxicologique met expressément en garde contre l'utilisation des braises ou de barbecues en espaces fermés. Ouvrir portes et fenêtres est insuffisant.

pharmaSuisse: Austritte per 31. 12. 2009

Apothekenbesitzer und-verwalter

de Kalbermatten Christiane, 1205 Genève GE
Détraz Martial, 1219 Le Lignon GE
Dunant Pascal, 1217 Meyrin GE
El Houssine Errahali, 1203 Genève GE
Garcia Victor, 1024 Ecublens VD
Jenatsch Anna, 3074 Muri BE
Larrieu Fabienne, 1543 Grandcour VD
Masoud Mona, 8620 Wetzikon ZH
Meyer Sabine, 9403 Goldach SG
Mügeli Caroline, 1008 Prilly VD
Oka Marie-Laure, 1009 Pully VD
Sierro Anne-Catherine, 1234 Vessy GE

Diplomierte Apotheker/Assistenten

Bravo Juan, 2065 Savagnier NE
Brenni-Camponovo Beatrice, 6872 Salorino TI
Bretton-Mathenet Juliette, 1208 Genève GE
Cardinaux-Fuchs, Regula, 1066 Epalinges VD
Corona Francesco, 9400 Rorschach SG
Dallmeier Ziegler Carola, 1245 Collonge-Bellerive GE
Fleury Aline, 1867 Ollon VD
Fumagalli-Ravarelli Laura, 6827 Brusino TI
Gasser. Laetitia, 1053 Cugy VD
Güttinger Martin, 8712 Stäfa ZH
Hanyecz Markus, 8952 Schlieren ZH
Henchoz Yveline, 1135 Denens VD
Herger-Bachmann Pia, 6300 Zug, ZG
Hoffmann-Ulmann Karin, 8594 Güttingen TG
Hollenweger Jeanette, 8103 Unterengstringen ZH
Jung-Klingler Carine, 8123 Ebmatingen ZH
Kabuebue Mpinda Alexandre, 1083 Mézières VD
Kaiser Rebekka, 3700 Spiez BE
Koetter Ute, 8592 Uttwil TG
Koller Claudia, 8600 Dübendorf ZH
Kowarik Christiane, 8185 Winkel ZH
Kranendonk Carine, 5416 Kirchdorf AG
Kremer Bertha, 1000 Lausanne VD
Kühle Klaus-Peter, 3063 Ittigen BE
Kuhn Christine, 1297 Founex VD
Kurth Christoph, 4900 Langenthal BE
Lauterburg Meret Ann, 3012 Bern BE
Marcoz Noémi, 1257 Croix-de-Rozon GE
Mazzuchelli Claudia, 6596 Gordola TI
Nittinger Ute, 4054 Basel BS
Parceva Marika, 2017 Boudry, NE
Pasteur André, 8442 Hettlingen ZH
Pochon Laurence, 1066 Epalinges VD
Radic Zorana, 4053 Basel BS
Ruppen-Biaggi Marie-Louise, 3098 Schliern/Köniz BE
Rusca-Pfirrmann Isabelle, 8824 Schönenberg ZH
Shahna Nazanin, FR-06140 Vence,
Stettler Alexandra, 4127 Birsfelden, BL
Strahm Emmanuel, 1066 Epalinges VD
Tchernin Laura, 1224 Chène-Bougeries GE
Trost Dr. Silvia, 3098 Köniz BE
Valassin Lucia, It-21100 Varese
Vilminot Guy, 2720 Tramelan BE
Zurbriggen Brigitte, 3014 Bern BE

Industrieapotheker

Bertschi Dr. Ingeborg, 6330 Cham ZG
Camporesi Emilio, 4419 Lupsingen BL
Naef Dr. Myrtha, 6212 St. Erhard LU
Reich Anne-Catherine, 4310 Rheinfelden AG
Schrank Dr. Henriette, 4125 Riehen BS
Waeber-Mezzanotte Calire, 1295 Mies-Tannay VD
Zerobin Kleist Claudia, 3084 Wabern BE
Zwyssig Gabriela, 8962 Bergdietikon AG

Spitalapotheker

Michellod Melina, 1010 Lausanne VD

Studenten

Bösch Claudia, 8494 Bauma ZH
Frei Salome, 8003 Zürich ZH
Sanchez Marcos, 5420 Ehrendingen AG

Beobachter Gesundheit – «Vorsicht, Viren!»

Der Beobachter Gesundheit zum Thema «Impfen» ist am 30. Oktober 2009 erschienen. Er liefert Antworten auf Fragen zur Grippeimpfung und zur Pandemie, zum generellen Impfschutz, zu den Reiseimpfungen, zur HPV-Impfung etc. Apotheken können die Hefte (Paket à 25 Stück) gratis bei pharmaSuisse unter info@pharmaSuisse.org bestellen.



Beobachter Santé – «Attention – Virus!»

Le Beobachter Santé au sujet des vaccinations est paru le 30 octobre 2009. Il fournit des réponses à toutes les questions sur la vaccination contre la grippe, la pandémie, le protection vaccinale générale, les vaccins pour les voyageurs, le vaccin contre le VIH, etc. Les pharmacies peuvent commander ces cahiers (par lot de 25 exemplaires) gratuitement auprès de pharmaSuisse à l'adresse info@pharmaSuisse.org.



Anthroposophisch erweiterte Pharmazie – eine neue Ausbildung beginnt

Zur Orientierungsveranstaltung am 14. November 2009 trafen sich etwa 20 ApothekerInnen, NaturwissenschaftlerInnen und weitere pharmazeutisch Tätige.
Der Arzt Dr. A. Worel formulierte im Eingangsreferat, wir heute lebenden Menschen seien Meister geworden in der hohen Kunst der Abstraktion. Einzelne Wissenschaften wie etwa die Physik hätten diesen Höhepunkt allerdings längst hinter sich gelassen und befänden sich nun auf dem Weg des Dualismus. Der Referent untermauerte im Folgenden die Notwendigkeit einer Verbindung von Wissenschaft und Heilkunst. Beim anschliessenden Kennenlernen der Eurythmie mit Frau I. Julienne gab es Gelegenheit, einigen der für die pharmazeutischen Prozesse wichtigen Prinzipien wie Bewegung, Rhythmus, Wärme und Kälte vorauszuspüren. Der Biologe Dr. H.-Chr. Zehnter führte uns anschliessend mit Beispielen und einfachen Übungen in die sinnliche und übersinnliche Welt der Naturreiche. Jedes Naturreich zeigt seine eigene Erscheinungswirklichkeit. So haftet einer Substanz immer etwas aus ihrer Entstehungsgeschichte an. Daraus zeigt sich pharmazeutisch gesehen, wie wichtig die «Biographie» einer Substanz sein kann.
Die Apothekerin Dr. M. Mennet-von Eiff stellte das Konzept und den bisherigen Stand der Planung der dreijährigen berufsbegleitenden Ausbildung vor. Themen wie die chemischen Stoffe, die Wesensglieder des Menschen, Gesundheit und Krankheit, die Naturreiche, Heilpflanzenanbau, Tria Principia, usw. bilden die Grundlage, über pharmazeutische Prozesse zu Anwendungsbeispielen und pharmazeutisch relevanten Indikationen zu gelangen. Eine Geologie- und eine Heilpflanzen-Exkursion sind vorgesehen ebenso ein Blick auf das regulatorische Umfeld und andere komplementärmedizinische Methoden.
Die insgesamt zehn Module werden, so die Apothekerinnen C. Speiser und J. Lobeck, bei pharmaSuisse einzeln zur FPH-Anerkennung eingereicht. Der Vorstand bemühe sich um einen Fähigkeitsausweis für Pharmazeuten. Aus den überwiegend begeisterten Schlussvoten aller Anwesenden ging hervor, dass die angebotene Ausbildung offensichtlich einem echten Bedürfnis entspricht. Auf Nachfrage wurde von den Mitgliedern des Vorstandes des Verbandes für Anthroposophisch Erweiterte Pharmazie in der Schweiz VAEPS, welcher Träger der Ausbildung ist, bestätigt, dass die Orientierungsveranstaltung nicht Voraussetzung für den Besuch der Ausbildung sei. Weitere Interessierte können also noch dazustossen.
Ein grosser Dank gilt dem Vorstand und der Arbeitsgruppe des VAEPS für die Initiative, das Konzept und die Durchführung dieser Pilot-Ausbildung.

Gallus Stöckler, Apotheker in der Ita Wegman Klinik Apotheke, 4144 Arlesheim

VAEPS
Verband für Anthroposophisch Erweiterte Pharmazie in der Schweiz

Anthroposophisch erweiterte Pharmazie und ihre Anwendung

Neue berufsbegleitende Ausbildung/Weiterbildung Februar 2010–2012

Ort:
4144 Arlesheim (Pfeffingerhof, Stollenrain 11 oder Weleda AG, Dychweg 14)

Detailprogramm ist separat erhältlich. Die Module können auch einzeln belegt werden, sie werden zur FPH-Anerkennung eingereicht.

Kurskosten:
Pro Kurstag CHF 250.– (VAEPS-Mitglieder 200.–) inkl. Mittagessen und Zwischenverpflegung. Bei mehrtägigen auswärtigen Modulen werden Unterkunft und Verpflegung zusätzlich verrechnet.

Anmeldetermine:
– Modul 1 und Gesamtausbildung: bis Ende 2009
– für einzelne Module: bis 2 Monate vor Beginn

Kontakt:
via Sekretariat VAEPS
Quidumweg 18, 4143 Dornach
E-Mail: info@vaeps.ch
Tel./Fax 061 228 79 26
Homepage: www.vaeps.ch

Ausbildung			
2010	**15.–19. Februar**	**Methodik und anthroposophische Menschenkunde**	**Modul 1**
	(1. Woche)	Die chemischen Stoffe, die vier Elemente • Die Wesensglieder des Menschen • Ausgesuchte Themen zu Gesundheit und Krankheit	5 Tage (40 h)
	7.–9. Mai	**Evolution**	**Modul 2**
	(1. Wochenende)	Evolution der Erde, Entfaltung der Naturreiche • Drei Naturreiche und ihre Anwendung am Menschen inkl. Beispiele, Textarbeit	2½ Tage (20 h)
	Ende Sommer	**Landwirtschaft**	**Modul 3**
	(2. Wochenende)	Landwirtschaft als Schwester der Medizin • Die bio-dyn. Präparate • Lebensmittelqualität, Heilpflanzenanbau	2½ Tage (20 h)
2011	**Mai**	**Pharmazie**	**Modul 4**
	(2. Woche)	Tria Principia und praktische Pharmazie • Wärmeprozesse, Metalle und Planeten, Rhythmische Prozesse Therapieprinzipien, Anwendungsbeispiele: GI-Trakt, Erkältung, Stoffwechsel, Bewegungsapparat	5 Tage (40 h)
	2011	**Geologische Exkursion**	**Modul 5**
	(3. Wochenende)	Kiesel, Kalk und Ton	3 Tage (24 h)
	2011	**Spezielle pharmazeutische Prozesse I**	**Modul 6**
	(4. Wochenende)	Vegetabilisierte Metalle • Mineralische und pflanzl. Kompositionen • Anwendungsbeispiele: Herz-Kreislauf, leichte Depressionen	2½ Tage (20 h)
	2011	**Spezielle pharmazeutische Prozesse II**	**Modul 7**
	(5. Wochenende)	Äussere Anwendungen • Rhythmische Verfahren, Organpräparate • Dosierungen • Anwendungsbeispiele: Dermatologie, Gynaekologie	2½ Tage (20 h)
2012	**2012**	**Regulatorisches Umfeld; Forschung und Entwicklung**	**Modul 8**
	(6. Wochenende)	Gesetzgebung CH und EU • Klinische Forschung • Potenzforschung	2½ Tage (20 h)
	2012	**Heilpflanzen-Exkursion**	**Modul 9**
	(3. Woche)		3–4 Tage (32 h)
	2012	**Mistelzubereitungen; andere komplementärmedizinische Methoden**	**Modul 10**
	(7. Wochenende)	TCM, Spagyrik, Homöopathie, Phytotherapie	2 Tage (15 h)

Rechtliche Aspekte

Didier Ray, Stephanie Sahli

Nachdem wir in Nummer 21/2009 die Geschäftsaufgabe und in Nummer 24/2009 die Geschäftseröffnung behandelt haben, gehen wir im vorliegenden Beitrag auf die rechtlichen Aspekte bei der Unternehmensnachfolge ein.

Im Gesetz sind im Ehegüter- und Erbrecht keine Bestimmungen für eine Unternehmensnachfolge vorgesehen. Regelungen im Hinblick darauf haben im Einklang mit den gesetzlichen Bestimmungen zu erfolgen, wobei eine güterrechtliche Auseinandersetzung immer vor der erbrechtlichen zu erfolgen hat.

Errungenschaftsbeteiligung Art. 196 ff. ZGB

Die Errungenschaftsbeteiligung ist der ordentliche Güterstand. Sofern die Ehegatten nichts anderes vereinbaren und nicht der Güterstand der Gütertrennung eintritt, unterstehen sie automatisch der Errungenschaftsbeteiligung.

Vermögen Ehefrau	Vermögen Ehemann
Errungenschaft Ehefrau	Errungenschaft Ehemann
Eigengut Ehefrau	Eigengut Ehemann

Jeder Ehegatte hat zwei Gütermassen:

→ Die Errungenschaft enthält Vermögenswerte, die ein Ehegatte während der Ehe entgeltlich erwirbt. Darunter fallen z.B. der Arbeitserwerb, Leistungen aus Sozialversicherungen, Erträge seines Eigengutes (Art. 197, Abs. 2 ZGB).

→ Das Eigengut jedes Ehepartners umfasst Vermögenswerte, die nach Gesetz oder Ehevertrag bestimmt werden können. Es sind dies u.a. Gegenstände zum persönlichen Gebrauch, in die Ehe eingebrachte Vermögenswerte, Schenkungen und Erbschaften während der Ehe usw. (Art. 198 ZGB).

Vermögenswerte die während der Ehe erarbeitet werden, z.B. die eigene Apotheke, werden bei der Auflösung des Güterstandes hälftig geteilt. Erfolgt eine finanzielle, quotenmässige Unterstützung des Ehepartners, wird ein Mehrwert der Apotheke in derselben Quote unter den Ehepartnern aufgeteilt. Die «investierende» Gütermasse hat Anspruch auf einen Mehrwertanteil. Die Ermittlung solcher Mehrwerte verursacht oft familieninterne Streitigkeiten, die dadurch vermieden werden können, dass z.B. Mehrwertansprüche abgeändert bzw. ausgeschlossen werden.

Ein Rechnungsbeispiel finden Sie im Mitgliederbereich von www.pharmaSuisse.org

Gütergemeinschaft Art. 221 ff. ZGB

Die Gütergemeinschaft besteht aus drei Gütermassen: dem Gesamtgut und dem Eigengut jedes Ehegatten. Im Gesamtgut werden das Vermögen und die Einkünfte der Ehegatten vereinigt, es gehört beiden Ehegatten gemeinsam. Zum jeweiligen Eigengut gehören nur Gegenstände zum ausschliesslich persönlichen Gebrauch sowie Genugtuungsansprüche.

Vermögen Ehefrau	Vermögen Ehemann
Eigengut Ehefrau	Eigengut Ehemann
Gesamtgut beider Ehegatten = gemeinschaftliches Vermögen	

Damit Ehegatten diesem Güterstand unterstehen, müssen sie dies in einem Ehevertrag vereinbaren. Die im Gesamtgut enthaltenen Vermögenswerte verschmelzen wirtschaftlich und rechtlich zu einer Einheit. Damit können die Ehegatten nur gemeinsam darüber verfügen.

Gütertrennung Art. 247 ff. ZGB

Bei diesem Güterstand, der entweder vertraglich oder ausnahmsweise von Gesetzes wegen zustande kommt, werden die Ehegatten wie unverheiratete Personen behandelt, d.h. ihre Vermögen werden getrennt voneinander betrachtet. Damit existieren faktisch zwei Vermögen. Bei einer güterrechtlichen Auseinandersetzung stehen jedem Ehegatten diejenigen Vermögenswerte zu, die er in die Ehe eingebracht und während der Ehe erworben hat. Gestützt auf das Eherecht muss nichts geteilt werden. Im Todesfall bildet das gesamte Vermögen des Verstorbenen den Nachlass, welcher nach den Bestimmungen des Erbrechts aufgeteilt wird.

Vermögen Ehefrau	Vermögen Ehemann
Vermögen und Einkommen der Ehefrau	Vermögen und Einkommen des Ehemannes

Fazit der güterrechtlichen Betrachtung

Die güterrechtliche Auseinandersetzung ist eine Auf- und Zuteilung einzelner Vermögenswerte zu den entsprechenden Gütermassen des gewählten Güterstandes. Sie wird zwingend im Todes- oder Scheidungsfall, sollte aber auch bei einem Unternehmensverkauf vorgenommen werden. Neben der Zuteilung der Vermögenswerte müssen auch Mehrwert-Anteile an den Vermögenswerten unter den einzelnen Gütermassen aufgeteilt werden.

Für den Übernehmer und seinen Ehepartner gilt abzuklären, wie die Finanzierung der zukünftigen Apotheke erfolgt, ob und wie sich der Ehepartner daran beteiligt. Die Wahl bzw. allenfalls Änderung des Güterstandes oder die Vereinbarung eines Ehevertrages hat Auswirkungen auf eine evtl. güterrechtliche Auseinandersetzung im Scheidungs- oder Todesfall. Wird z.B. das Unternehmen dem Eigengut eines Ehepartners zugewiesen, kann jener alleine darüber bestimmen und eine Nachfolge liegt letztlich in seinen Händen.

Erbrechtliche Situation

Der Erblasser hat bezüglich der Regelung seines Nachlasses keine absolute Freiheit, gesetzliche Schranke ist der Pflichtteilsschutz: Den Pflichtteilserben (Ehegatte,

Nachkommen und Eltern) muss deren Pflichtteil uneingeschränkt und unbelastet zu Eigentum zukommen.

Dieser Pflichtteil ist eine Quote bzw. ein Anteil vom gesetzlichen Erbteil. Um ihn berechnen zu können, muss immer zuerst der gesetzliche Erbteil ermittelt werden. Was nach Abzug des Pflichtteils übrig bleibt, ist die verfügbare Quote, über die ein Erblasser mittels Testament, Erbvertrag oder Schenkung auf den Tod hin frei verfügen kann. Überschreitet ein Erblasser seine Verfügungsbefugnis über die verfügbare Quote hinaus, können die übergangenen Erben mittels Herabsetzungsklage ihren Pflichtteilsanspruch einfordern.

Der Übernehmer einer Apotheke sollte neben güterrechtlichen auch erbrechtliche Vorkehrungen treffen. Eine Unternehmensnachfolge kann über zwei Generationen hinweg durch eine Nacherbeneinsetzung verbindlich geregelt werden. Dabei wird der Vorerbe verpflichtet, zu einem bestimmten Zeitpunkt (meist beim Tod des Vorerben) die Erbschaft dem Nacherben auszuliefern. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, einen Willensvollstrecker einzusetzen. Dieser hat den Auftrag, eine geordnete Abwicklung des Erbganges sicherzustellen und den Willen des Erblassers zu vertreten. Er hat die Erbschaft zu verwalten, Schulden zu begleichen und die Teilung nach den vom Erblasser getroffenen Anordnungen auszuführen.

Steuersituation

Eine punkto Steuern optimale Lösung der Nachfolgeregelung ist nur durch frühzeitige Planung zu erreichen. Aus der Art und Form einer Unternehmensnachfolge entstehen verschiedene, teilweise kombinierte Steuertatbestände mit unterschiedlichen Arten und Höhen von Steuern.

Stark vereinfacht kann man sagen, dass

→ eine selbständige Erwerbstätigkeit vorliegt, wenn der Unternehmer eine Einzelfirma oder eine Personengesellschaft führt. Der Unternehmer verfügt über ein Geschäfts- und ein Privatvermögen;

→ eine unselbständige Erwerbstätigkeit vorliegt, wenn der Unternehmer ein Unternehmen in der Form einer Kapitalgesellschaft führt. Die Beteiligung am Unternehmen stellt diesfalls Privatvermögen dar.

Personenunternehmen

Privatvermögen
Geschäftsvermögen

(Einkommens- & Vermögenssteuer auf beide Vermögen)

→ Privat- und Geschäftsvermögen bilden eine steuerliche Einheit; sämtliche Einkünfte aus der Unternehmung werden bei den Inhabern zusammen mit deren übrigem Einkommen mit der Einkommenssteuer besteuert. Das Geschäftskapital wird zusammen mit dem übrigen Vermögen durch die Vermögenssteuer der Inhaber erfasst. Der Unternehmensgewinn und das Unternehmensvermögen unterliegen somit nur je einmal der Besteuerung zum Steuermass des Gesamteinkommens bzw. –vermögens der Inhaber;

→ es besteht keine wirtschaftliche Doppelbelastung;

→ der Unternehmer ist selbständig erwerbend;

→ geschäftsmässig begründete Abschreibungen, Wertberichtigungen und Rückstellungen auf dem Geschäftsvermögen werden einkommenssteuerlich berücksichtigt. Die Realisierung von stillen Reserven auf Gegenständen des Geschäftsvermögens (in Form von Kapitalgewinn) ist bei der Einkommenssteuer steuerbar.

Kapitalunternehmen

Privatvermögen
(Einkommens- & Vermögenssteuer)

Geschäftsvermögen
(Gewinn- & Kapitalsteuer)

→ das Privat- und das Geschäftsvermögen stellen zwei selbständige Steuersubjekte dar. Die Gesellschaft entrichtet auf dem erzielten Gewinn die Gewinnsteuer und in den Kantonen und Gemeinden auf dem Kapital die Kapitalsteuer. Anteilsinhaber haben die Gesellschaftsanteile als Vermögen zu versteuern und unterliegen für den daraus erzielten Vermögensertrag (z. B. Dividenden) der Einkommenssteuer;

→ die wirtschaftliche Doppelbelastung kommt voll zum Tragen. Das bedeutet, dass der Unternehmensgewinn bei seiner Entstehung auf Stufe Gesellschaft besteuert wird (Gewinnsteuer) und ein zweites Mal bei der Ausschüttung bei den Inhabern von Beteiligungsrechten (Einkommenssteuer);

→ der Unternehmer ist unselbständig erwerbend;

→ die Realisierung von stillen Reserven unterliegt der Gewinnsteuer.

Übertragung einer Einzelfirma

Durch den Verkauf einer Einzelunternehmung realisiert der Unternehmer die steuerlich noch nicht aufgedeckten stillen Reserven. Dabei handelt es sich auf Bundes- und kantonaler Ebene um steuerbaren Kapitalgewinn. Letzterer berechnet sich als Differenzbetrag zwischen erzieltem Verkaufspreis und dem einkommenssteuerrechtlich massgebenden Eigenkapital und wird beim verkaufenden Unternehmer als Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit mit seinem übrigen Einkommen besteuert. Weiter unterliegt der Kapitalgewinn der Beitragspflicht der Sozialversicherungen.

Werden im Zuge der Übertragung Grundstücke des Geschäftsvermögens mit Gewinn übertragen, wird dieser auf Bundesebene zum restlichen Einkommen dazugerechnet und mit der Einkommenssteuer erfasst. Grundstückgewinne auf Geschäftsvermögen unterliegen auf kantonaler Ebene in Kantonen mit monistischem System einer sog. Grundstückgewinnsteuer, in Kantonen mit dualistischem System zusammen mit dem übrigen Einkommen der Einkommenssteuer.

Einen Nachfolger, welcher die Aktiven und Passiven einer Einzelunternehmung zum aktuellen Verkehrswert übernimmt, treffen keine latenten Steuern. Wird der Unternehmenskauf fremdfinanziert mit Kapitalquote und Zinskomponente, kann der Übernehmer Zinsen steuerlich von seinem Einkommen abziehen.

Übertragung einer Personengesellschaft (Kollektiv- oder Kommanditgesellschaft)

Im Unterschied zum Verkauf einer Einzelunternehmung tritt hier der Übergeber aus der Unternehmung aus und der Übernehmer tritt ein, was zwei getrennte Vorgänge darstellt i. d. R. aber gekoppelt abläuft. Faktisch zahlt der Übernehmer direkt dem Übergeber den übertragenen Anteil an der Personengesellschaft. Auf den Übergeber treffen die gleichen Steuerfolgen wie bei der Übertragung einer Einzelunternehmung. Da Personengesellschaften Eigentümer von Grundstücken

sein können, verbleibt bei einem Aus- und Neueintritt das Grundstück im Eigentum der Personengesellschaft. Deshalb wird i.d.R. keine Handänderungssteuer geschuldet. Dies gilt auch für die Grundstückgewinnsteuer in Kantonen mit einem monistischen System.

Bezahlt der Übernehmer einen höheren Preis als das buchmässige Eigenkapital des Übergebers in der Personengesellschaft, werden mit dem höheren Preis stille Reserven abgegolten. Dadurch werden die Vermögenswerte der Personengesellschaft, auf denen stille Reserven bestehen, aufgewertet und dem Eigenkapital des Übernehmers gutgeschrieben. Allfällige in der Unternehmensnachfolge nicht aufgelöste stille Reserven stehen dem oder den verbleibenden Beteiligten zu.

Kapitalgesellschaften (AG, GmbH)

Kapitalgesellschaften sind juristische Personen und erlangen mit der Eintragung ins Handelsregister das Recht der Persönlichkeit. Aufgrund dieser Rechtspersönlichkeit ist die Gesellschaft Eigentümerin an den Aktiven und haftet alleine für alle Verbindlichkeiten. Personen haben durch die Haltung von Aktien oder Stammanteile verschiedene Mitwirkungs- und Vermögensrechte. Bei der Unternehmensnachfolge veräussert der Übergeber i.d.R. seine Aktien oder Stammanteile an den Übernehmer. Ist dieser eine natürliche Person, kann er wählen, ob er die Anteile in seinem Privatvermögen halten oder sie in ein Geschäftsvermögen integrieren will.

Werden Aktien oder Stammanteile, die sich im Privatvermögen befinden, mit Gewinn übertragen, ist dieser Gewinn – unter Vorbehalt eines Spezialfalles – steuerfrei. Hält der Übernehmer diese Anteile an einer Kapitalgesellschaft ebenfalls im Privatvermögen, übernimmt er eine sog. latente Steuerlast. Würde nämlich die Gesellschaft, deren Anteile er erworben hat, liquidiert, würde die Auszahlung der offenen und stillen Reserven bei ihm die Einkommenssteuerpflicht auslösen. Die Berücksichtigung der latenten Steuerlast ist gesetzlich nicht geregelt und der Privatautonomie der Vertragsparteien überlassen.

Bilden die übertragenen Anteile Geschäftsvermögen einer Holdinggesellschaft, gilt das sog. Buchwertprinzip. Dieses besagt, dass bei der Berechnung des steuerbaren Ertrages oder Gewinnes nicht der Nennwert, sondern der Buchwert der Anteile eine Rolle spielt. Die Einkommenssteuerfolgen richten sich demgemäss nach dem Verhältnis der für den Anteilsverkauf erhaltenen Gegenleistung einerseits und dem Buchwert in der Steuerbilanz andererseits. Eine derart gelöste Unternehmensnachfolge, evtl. gekoppelt mit einer Finanzierungslösung, sollte nicht ohne Beratung von Fachpersonen stattfinden, da sie mit etlichen Steuerfallen verbunden sein kann. ▮

Korrespondenzadresse
Stephanie Sahli, Juristin, Mitarbeiterin Abteilung Politik & Wirtschaft pharmaSuisse
E-Mail: stephanie.sahli@pharmasuisse.org

Rechnungsbeispiele und weitere Einzelheiten zu den hier dargestellten Fragen finden Sie im Mitgliederbereich von www.pharmaSuisse.org.

Programme de formation postgraduée

Astrid Czock, Sabine Trachsel König

Le comité de pharmaSuisse a adopté les modifications suivantes dans le programme de formation postgraduée FPH en pharmacie d'officine lors de sa séance du 9 novembre 2009, et sur mandat de la Commission pour la formation postgraduée et continue (CFPC).

Dans les critères pour la reconnaissance des formateurs, il a été ajouté que le formateur doit travailler à 50% au moins dans une officine. Par ailleurs, le cahier des charges précise désormais que le formateur peut accueillir au maximum deux participants à la formation postgraduée.

Le programme révisé de formation postgraduée peut être téléchargé sur www.pharmaSuisse.org → Professionnels → Profession pharmacien → Formation postgraduée FPH → Pharmacie d'officine.

La liste des tarifs pour la formation postgraduée et continue FPH a été révisée et approuvée par le comité lors de sa séance du 9 novembre 2009. Elle entrera en vigueur au 1er janvier 2010. Sur la base des expériences passées concernant la reconnaissance et la revalidation des organisateurs et des manifestations de formation postgraduée et continue FPH, les taxes ont été augmentées de 10%. En outre, une taxe express a été introduite pour les demandes qui doivent être étudiées à brève échéance et en dehors des délais. Depuis quelque temps, ce type de demandes qui entraîne une surcharge de travail pour l'administration, le comité de validation et la FPH Officine est en effet de plus en plus fréquent.

La liste de tarifs complète peut être téléchargée sur www.pharmaSuisse.org → Professionnels → Profession pharmacien → Formation postgraduée FPH ou formation continue FPH. ▮

Adresses de correspondance
Dr Astrid Czock, responsable du département «Science, Formation, & Qualité», pharmaSuisse
Sabine Trachsel König, collaboratrice FPH, pharmaSuisse
E-mail: fph@pharmaSuisse.org

	Tarifs 5e révision au 1.1. 2010	Non-membres de pharmaSuisse	Membres actifs (AM), y compris gérants de pharmacies non-membres	Autres membres (DA)
7	**Organisateurs et manifestations de formation postgraduée et continue FPH: reconnaissance et revalidation**			
7.1	Organisateurs			
7.1.1	Taxe pour la reconnaissance et la revalidation pour deux ans d'une institution de formation postgraduée ou continue FPH. La première annonce réduite (type A) dans le pharmaJournal avec publication sur www.pharmaSuisse.org est gratuite, indépendamment de la catégorie de membre et du nombre de manifestations. Autres tarifs des annonces selon point 7. Exception: les associations qui proposent les cours gratuitement à leurs membres ne doivent pas payer de taxe (p.ex. sociétés cantonales).	CHF 900.– pour deux ans		
7.1.2	Reconnaissance et revalidation d'une manifestation de formation postgraduée ou continue FPH isolée pour une année, indépendamment de la catégorie de membre. La première annonce réduite (type A) dans le pharmaJournal avec publication sur www.pharmaSuisse.org est gratuite. Remarque: CHF 1320.— au maximum sont facturés par an.	CHF 110.– par manifestation		
7.1.3	Reconnaissance express d'une manifestation (demandes qui doivent être reconnues à brève échéance et dont le traitement ne peut attendre la prochaine séance)	CHF 250.– par manifestation		
7.2	Participants: frais de traitement pour la reconnaissance a posteriori ou a priori d'une manifestation de formation postgraduée ou continue	CHF 132.–	CHF 55.–	CHF 99.–
8	**Publication de manifestations de formation postgraduée et continue dans le calendrier des manifestations du pharmaJournal et sur www.pharmaSuisse.org (première publication gratuite)**			
8.1	Type A: annonce réduite (1 à 2 lignes)	CHF 50.–		
8.2	Type B: annonce	Selon le tarif des «Offres et demandes d'emploi du pharmaJournal»		

Weiterbildungsprogramm

Astrid Czock, Sabine Trachsel König

Der Vorstand von pharmaSuisse hat anlässlich seiner Sitzung vom 9. November 2009 und auf Antrag der Kommission für Weiter- und Fortbildung (KWFB) die nachfolgenden Änderungen im Weiterbildungsprogramm FPH in Offizinpharmazie verabschiedet.

Bei den Kriterien für die Anerkennung von Weiterbildnerinnen und Weiterbildnern wurde beigefügt, dass die Weiterbildnerin oder der Weiterbildner mindestens 50% in der Apotheke arbeiten muss. Weiter wurde das Pflichtenheft damit ergänzt, dass die Weiterbildnerin/der Weiterbildner maximal zwei Weiterbildungsteilnehmer/innen betreuen darf.

Das revalidierte Weiterbildungsprogramm kann unter www.pharmaSuisse.org → Fachpersonen → Beruf Apotheker/in → Weiterbildung FPH → Offizinpharmazie heruntergeladen werden.

Die Gebührenordnung Weiter- und Fortbildung FPH wurde überarbeitet, vom Vorstand anlässlich seiner Sitzung am 9. November 2009 genehmigt und tritt am 1. Januar 2010 in Kraft. Auf Grund der bisherigen Erfahrungen bezüglich Anerkennung und Revalidierung der Weiter- und Fortbildungsveranstalter- und Veranstaltungen wurden die Gebühren um 10% erhöht. Ausserdem wurde eine Express-Gebühr für Anträge, die ausserterminlich und kurzfristig beurteilt werden müssen, eingeführt. Diese Anträge sind in letzter Zeit gehäuft aufgetreten und führen zu einem erheblichen Mehraufwand seitens Administration, Validierungsausschuss und FPH Offizin.

Die vollständige Gebührenordnung kann unter www.pharmaSuisse.org → Fachpersonen → Beruf Apotheker/in → Weiterbildung FPH oder Fortbildung FPH heruntergeladen werden. ▮

Korrespondenzadresse
Dr. Astrid Czock, Leiterin Abteilung Wissenschaft, Bildung & Qualität, pharmaSuisse
Sabine Trachsel König, Sachbearbeiterin FPH, pharmaSuisse
E-Mail: fph@pharmaSuisse.org

	Gebührenordnung 5. Revision per 1.1. 2010	Nicht-pharmaSuisse-Mitglieder	Aktiv-Mitglieder (AM) inkl. Verwalter Nicht-Mitglied-Apotheken	Übrige Mitglieder (DA)
7	**Weiter- und Fortbildungs-Veranstalter und -Veranstaltungen FPH: Anerkennung und Revalidierung**			
7.1	Anbieter			
7.1.1	Gebühr für Anerkennung und Revalidierung einer Weiter- oder Fortbildungsinstitution FPH für 2 Jahre. Die erstmalige Kurz-Anzeige (Typ A) im pharmaJournal mit Anzeige auf www.pharmaSuisse.org ist unabhängig von Mitglieder-Kategorie und Anzahl Veranstaltungen gratis. Übrige Anzeigen-Tarife gemäss Punkt 7. Ausnahme: Verbände, die die Kurse für ihre Mitglieder kostenlos anbieten, werden von der Gebühr entbunden (z. B. kant. Vereine).	CHF 900.– pro zwei Jahre		
7.1.2	Anerkennung und Revalidierung als Einzel-Weiter- oder Einzel-Fortbildungsveranstaltung FPH für 1 Jahr unabhängig von Mitglieder-Kategorie. Die erstmalige Kurz-Anzeige (Typ A) im pharmaJournal mit Anzeige auf www.pharmaSuisse.org ist gratis. Hinweis: pro Jahr werden max. Fr. 1320.– verrechnet.	CHF 110.– pro Veranstaltung		
7.1.3	Express-Anerkennung einer Veranstaltung (Anträge, die kurzfristig anerkannt werden müssen und nicht mehr bis zum nächsten Sitzungsdatum warten können)	CHF 250.– pro Veranstaltung		
7.2	Teilnehmer: Bearbeitungsgebühr für nachträgliche oder prospektive Anerkennung einer Weiter- oder Fortbildungsveranstaltung	CHF 132.–	CHF 55.–	CHF 99.–
8	**Anzeigen von Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen im pharmaJournal-Veranstaltungskalender inkl. Publikation auf www.pharmaSuisse.org (erste Publikation ist gratis)**			
8.1	Typ A: Kurz-Anzeige (1–2 Zeilen)	CHF 50.–		
8.2	Typ B: Inserat	Tarif gemäss pharmaJournal-Stellenanzeiger		