

Erste Monographien für Arzneistoffe liegen vor

Nach den Überleitungsvorschriften zum Arzneimittelgesetz (AMG) 1976 gelten Fertigarzneimittel als zugelassen, wenn sie sich bei Inkrafttreten dieses Gesetzes im Verkehr befanden. Damit wurden über 20 000 Arzneimittel rechtlich denjenigen neuen gleichgestellt, die der Zulassungsbehörde ihre Wirksamkeit in den beanspruchten Indikationen, Unbedenklichkeit und pharmazeutische Qualität nachzuweisen haben, bevor sie in den Handel kommen.

Daß dieser „gespaltene Arzneimittelmarkt“ nur ein zeitlich begrenztes Provisorium bleiben durfte, war auch dem Gesetzgeber bewußt: Die Quasi-Zulassung erlischt 12 Jahre nach Inkrafttreten des AMG 1976. Der Hersteller hat weitere drei Jahre Zeit, in den zur Nachzulassung vorgelegten Unterlagen „Mängel“ abzuheben, das heißt bis zum Jahre 1991. Fürwahr eine lange Zeit für ein Provisorium.

In § 25 des AMG 1976 hat der Gesetzgeber daher „Aufbereitungskommissionen“ vorgesehen. Sie sollen das „wissenschaftliche Erkenntnismaterial“ für solche fiktiv, aber auch nach dem AMG 1976 zugelassenen, jedoch schon aus der automatischen Verschreibungspflicht entlassenen, Arzneimittel aufbereiten. Zur Zeit bestehen zehn Kommissionen (B 1 bis B 10) für den humanmedizinischen Bereich. Für die „besonderen Therapierichtungen“ geschieht die Aufbereitung durch die entsprechenden Zulassungs- und Aufbereitungskommissionen C, D und E.

Um das Verfahren zu rationalisieren, erstellen die B-Kommissionen Monographien für in den Fertigarzneimitteln enthaltene Arzneistoffe. Sie enthalten alle für die Zulassung nach dem AMG 1976 erforderlichen Angaben. Bislang

ist eine größere Zahl von Monographien für die Anwendungsgebiete „Infusion und Transfusion“ erstellt worden. Die Aufbereitungskommission B 2 „Alterskrankheiten und Schwächezustände“ legte kürzlich Monographien für Co-dergocrinmessilat (Dihydroergocristin, -cornin, -criptin), Pyritinol (Encephabol®), Piracetam (Nootrop®, Normabrain®), Cinnarizin und Procain vor. Monographieentwürfe für nicht-steroidale Antirheumatika wurden im Bundesanzeiger veröffentlicht.

Die Ärzteschaft hofft, daß die Aufbereitungskommissionen, denen namhafte Kollegen aus Klinik und Praxis angehören, ihre Arbeit weiter erfolgreich mit voller Unterstützung der Bundesregierung fortführen können. KHK

Auch in der DDR: Hausarztprinzip braucht den Allgemeinarzt

„Unter allen Umständen muß das gesetzlich vielfach verankerte Recht der freien Arztwahl bewahrt bleiben. Es darf durch keinerlei Reglementierung beschnitten oder aufgehoben werden.“ Diese Aussagen finden sich in Ausführungen von Obermedizinalrat Dr. med. Hagen Gehrke von der Gesundheitsabteilung des Berliner Magistrats über die Rolle der Allgemeinärzte bei der medizinischen Versorgung in Ballungsgebieten der DDR.

Die angebliche „vielfache gesetzliche Verankerung“ der freien Arztwahl wird allerdings nicht belegt. Dafür wird eine Kontinuität hergestellt vom Kommunistischen Manifest über das „Erfurter Programm“ von 1881 und das Gesundheitsprogramm der KPD von 1921 bis zum Gemeinsamen Beschluß des Politbüros des Zentralkomitees der SED, des Ministerrats der DDR und des Bundesvorstandes des FDGB vom 25. Sep-

tember 1973: „Die Bürger können überall von ihrem Recht Gebrauch machen, den Arzt ihres Vertrauens (Hausarzt) zu wählen und ohne Schwierigkeiten dessen Rat einzuholen und seine Hilfe in Anspruch zu nehmen.“

Wer im Westen noch immer behaupten will, daß die osteuropäische Parteibürokratie jeden Bürger seinem Arzt zuordnen will, der muß zur Kenntnis nehmen, daß die Dinge drüben inzwischen ganz anders dargestellt werden. Man kann wohl annehmen, daß die Veröffentlichung eines Obermedizinalrates von der Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen des Magistrats von Berlin über die ärztliche Versorgung im Stadtbezirk Berlin-Mitte die offizielle Haltung wiedergibt. Und danach ergibt sich folgendes Bild:

Für die 82 000 Bürger im Stadtbezirk Berlin-Mitte gibt es zwei Polikliniken, ein Ambulatorium und elf Staatliche Arztpraxen. 1965 wurde die Einteilung des Stadtbezirks in insgesamt 49 Arztbereiche eingeführt. Das heißt, daß jeweils einem Arzt die Verantwortung für ein bestimmtes Territorium zugeordnet wurde, in dem er nicht nur Versorgungsaufgaben und insbesondere Hausbesuche wahrzunehmen hat, sondern wo er auch auf kommunalpolitischer Ebene Fragen der Gesundheitserziehung, Prophylaxe, Hygiene und des Sozialwesens beantworten soll.

Dabei hat sich inzwischen herausgestellt, daß die Sache um so besser funktioniert, wenn der für einen Arztbereich zuständige Arzt Allgemeinmediziner ist und wenn er sein Amt möglichst lange versieht. Im Bereich einer seit mehr als zehn Jahren vom selben Arzt besetzten Praxis erklärten nämlich mehr als 80 Prozent der befragten Bürger, sie hätten eine feste Bindung zu ihrem Arzt – und dies wird gleichgesetzt mit den Verhältnissen, die in ländlichen Gebieten oder in Kleinstädten der DDR bestehen. gb