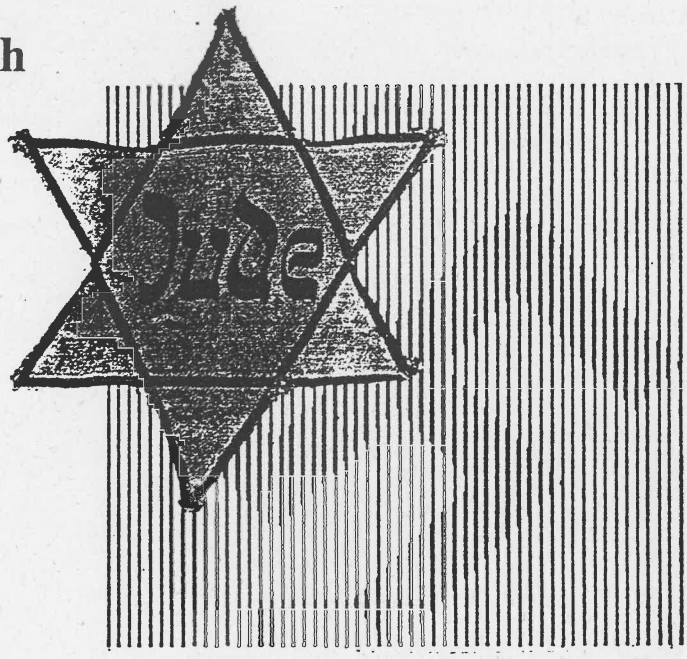
VDPP - Rundbrief

NR. 8 August 1991

MITTEILUNGEN DES VEREINS DEMOKRATISCHER PHARMAZEUTINNEN UND PHARMAZEUTEN

Vertreibung und Vernichtung jüdischer Apotheker im Dritten Reich



Eine VDPP-Ausstellung zum Apothekertag in Berlin

Berichte vom Frauen-Seminar

Mitgliederversammlung in Bad Harzburg

Thema Arzneimittel (Selbstbeteiligung, Negativliste, Rationaler Gebrauch)

Aktuelles - Termine - Berichte - Buchtips

Inhaltsverzeichnis:

Berichte

- Bericht des Vorstandes
  Gudrun Hahn Seite 3
- Protokoll der Mitgliederversammlung in Bad Harzburg
  Thomas Schulz-Schalge Seite 4
- Finanzplan Seite 8
- Kassenbericht Seite 9
- Vorstellung der Vorstandsmitglieder Seite 10
- Warum nehmen Frauen mehr Arzneimittel ein als Männer ?
  Ingeborg Simon Seite 12
- Frauenseminar in Kaufungen
  Ulrike Faber Seite 14
- Teufelskreis der Sucht ...
  Christiane Hefendehl Seite 16
- Rationale Arzneimittel-Therapie
  Ingrid Schubert Seite 17
- Selbstbeteiligung
  Gerd Glaeske Seite 20
- Negativliste ...
  Ulrich Hagemann und Gerd Glaeske Seite 23
- Berichte aus den Regionen: Delegiertenversammlungen in Berlin
  Udo Puteanus Seite 24
- Vertreibung und Vernichtung jüdischer Apotheker
  Udo Puteanus Seite 26

Ankündigungen

- EG-Seminar Seite 27
- Gesundheits-Akademie Seite 27

Termine

- Treffen der Regionalgruppe Hamburg Seite 11
- Treffen der Regionalgruppe Berlin Seite 13

Buchbesprechungen

Christiane Hefendehl Seite 15
Ingrid Schubert Seite 25

Aktueller ...

soll der Rundbrief werden und nach Möglichkeit alle zwei Monate erscheinen, dies war einer der wichtigen Wünsche der MV in Bad Harzburg. Diese Aufgabe ist aber einer Person allein nicht zuzumuten, daher sammelte sich in Bad Harzburg eine Redaktion um Hanne Lederer. Sie besteht aus Christa Augustin, Gerd Glaeske, Thomas Hammer, Christiane Hefendehl, Udo Puteanus, Thomas Schulz-Schalge und Hanne Lederer.

Die Bearbeitung dieses Rundbriefes klappte ganz ausgezeichnet, viele Beiträge verschiedener AutorInnen machen diesen Rundbrief - hoffentlich - zu einem Lesevergnügen.

Um den Gebrauchs- und Lesewert des Rundbriefes zu steigern, wäre es wünschenswert, wenn die MitgliederInnen *vor Ort* interessante Termine rechtzeitig der Geschäftsstelle mitteilen (vgl. Treffen der Regionalgruppen in Berlin und Hamburg in dieser Ausgabe) und dann Berichte über die Aktivitäten ebenfalls an die Geschäftsstelle oder Mitglieder der Redaktion schicken. Die zwei Berichte über die Delegiertenversammlungen der Apothekerkammer Berlin stellen einen ersten Versuch in diese Richtung dar.

Ansonsten nehmen wir Kritik, Anregungen und jede Menge Lob gerne entgegen.

Viel Spaß beim Lesen wünscht Euch im Namen der Redaktion

Thomas Schulz-Schalge

Mitgliederversammlung in Bad Harzburg, Juni 91

von Gudrun Hahn

Wenn ich nicht chronologisch sondern mit dem Beeindruckendsten beginne, so muß ich von dem Plan berichten, Udo Puteanus ab November 91 für 6 Monate als Geschäftsführer für den VDPP einzustellen. Das kann natürlich nur eine Teilzeitbeschäftigung sein, da unsere Finanzen knapp bemessen sind.
Aufgaben des Geschäftsführers sollten sein: Überblick über die aktuellen Diskussionen auf dem Gebiet der Pharmazie und der Gesundheitspolitik halten und Stellungnahmen des VDPP zu einzelnen Themen vorbereiten, so daß der Vorstand sich schneller und qualifiziert in öffentliche Debatten einmischen kann. Weiter ist die Mitgliederwerbung und Kontakte zu den Mitgliedern ein Aufgabengebiet, sowie die Vorbereitung von Seminaren. Daß das Ganze zunächst auf ein halbes Jahr beschränkt ist, liegt an Udos Arbeitsplanung, aber auch an der Einschätzung unserer Finanzen.
Um uns einen Geschäftsführer leisten zu können, brauchen wir mehr Geld und ich verbinde diesen Artikel mit einem Aufruf an die besser Verdienenden, mit einer Spende unsere Einnahmen zu erhöhen. Wir müssen etwa 3000 DM zusätzlich haben und versprechen Euch dafür eine effektivere Vereinsarbeit. Ist das ein Angebot?

Zurück zur MV: Wir haben den Vorstand verkleinert und zwar aus zwei Gründen: Zum einen kann die Arbeit von weniger Leuten gemacht werden, zum anderen gibt es wenige Leute, die sich bereit erklären, Vorstandsarbeit zu machen.
Verlassen haben das erlauchte Gremium: Franz Kirchner, Maria Prell und Gerd Dieckvoß. Neu kamen hinzu: Anita Maas und Thomas Hammer. Als geschäftsführender Vorstand wurden gewählt (bestimmt?) Dorothea Hofferberth, Regina Schumann und Gudrun Hahn. Dorothea wird sich in Zukunft um die Kasse kümmern.
Bleiben noch die 2 Alt-Mitglieder zu erwähnen: Hanne Lederer und Gerd Glaeske.

Viel Raum wurde der Auswertung von 2 Jahren Vereinsarbeit gewährt.

- Die Seminare sind gut angekommen und sollen in ähnlicher Weise weiter angeboten werden.
- Das Arbeitsgruppenkonzept aus der Gründungsphase ist gescheitert. Denkbar ist, daß sich (neue) Arbeitsgruppen bilden, deren Ziel es sein soll, Seminare inhaltlich vorzubereiten, also AGs mit einem definierten Ziel.
- Noch zu wenig wird der regionale Zusammenhang der Mitglieder gepflegt. Rein mengenmäßig müßte es meiner Meinung nach z.B. möglich sein, im Ruhrgebiet einen Regionalgruppentreff zu installieren, vielleicht einmal im Vierteljahr? Wie seht Ihr das, die Ihr betroffen seid?

Ob wir in der Theoriediskussion in 2 Jahren weitergekommen sind, werden wir auf dem Programmseminar im Januar feststellen können. Da eine Neuauflage des Programms notwendig ist, haben wir das mit einer Überarbeitung verbunden. Wer immer Vorschläge zur Veränderung/Verbesserung hat oder wichtige Themen im Programm vermißt, **JETZT** ist die Zeit, aktiv zu werden und zu schreiben: an den VDPP-Vorstand.
Soviel zur MV oder hätte ich auch noch von den vielen Spaziergängen, Abendbieren und Eisschokoladen auf der Terasse des Cafes Winuwuk erzählen sollen?
Ich frage mich ja immer nach solchen Ereignissen, warum sind "*nur*" 30 Mitglieder gekommen? Jedenfalls müßt Ihr anderen mit den Auswirkungen der Aktivitäten von uns jetzt leben. Widerspruch ist nächstes Jahr möglich.

Eure Gudrun Hahn

Protokoll der Mitgliederversammlung des VDPP am 15./16. Juni 1991

von Thomas Schulz-Schalge

Beginn: 15.6.91 9.00 Uhr
Ende: 16.6.91 11.55 Uhr
Anwesende: siehe Anwesenheitsliste, mit 29 stimmberechtigten Mitgliedern
Ort: Naturfreundehaus, Bad Harzburg

Versammlungsleiterin: Ulrike Faber
Protokollführer: Thomas Schulz-Schalge

Tagesordnung:

1. Wahl von Versammlungsleiterin und Protokollführer
2. Genehmigung des Protokolls der Mitgliederversammlung Juni 1990 in Schmitten/Taunus
3. Verabschiedung der Geschäftsordnung
4. Neue Mitglieder
5. Bericht des Vorstandes
6. Bericht der Rechnungsprüferinnen
7. Entlastung des Vorstandes
8. Reflexion über die bisherigen Aktivitäten
   Was erwarten die Mitglieder vom VDPP?
9. Diskussion der zukünftigen Arbeitsschwerpunkte des VDPP
10. Änderung des Finanzplans
11. Bestellung eines Geschäftsführers
12. Neuwahl aller Vorstandsposten
13. Fortschreibung des Programms
14. Ausstellung zum Apothekertag 1991 in Berlin
15. Aktuelles
16. Verschiedenes

TOP 1 (*Wahl von Versammlungsleiterin und Protokollführer*)

Versammlungsleiterin (*Ulrike Faber*) und Protokollführer (*Thomas Schulz-Schalge*) werden einstimmig gewählt.
Ulrike Faber stellte die frist- und formgerechte Einladung der Mitgliederversammlung fest.
Die Tagesordnung, die mit der Einladung verschickt worden war, wird um die Punkte *Änderung des Finanzplanes* und *Bestellung eines Geschäftsführers* erweitert. Sie wird einstimmig genehmigt.

TOP 2 (*Genehmigung des Protokolls der MV 1990*)

Das Protokoll der Mitgliederversammlung vom 10.6.90 in Schmitten/Taunus wird mit zwei Enthaltungen genehmigt.

TOP 3 (*Verabschiedung der Geschäftsordnung*)

Die in Schmitten diskutierte Geschäftsordnung wird erneut vorgelegt und abgestimmt:

Ja-Stimmen:	18
Enthaltungen:	3

TOP 4 (*Neue Mitglieder*)

Gudrun Hahn liest die Liste der 21 neuen Mitglieder vor, die Aufnahme erfolgt einstimmig.

TOP 5 (*Bericht des Vorstandes*)

Regina Schumann berichtet aus der Vorstandsarbeit

1) Mitgliederzahl
   Der Verein besteht zur Zeit aus 137 Mitgliedern, 1 Mitglied ist ausgetreten.
2) Es fanden 3 **Vorstandssitzungen** statt: 15./16.8.1990 in Velbert/Düsseldorf; 12./13.1.1991 in Norderstedt/Hamburg; 13./14.4.1991 in Isny
3) Aktionen
   Es wurden **Informationsstände** auf der Interpharm in Leipzig und auf dem Apothekertag in Düsseldorf präsentiert.
   Im Februar 1991 wurde ein **EG-Seminar** in Bremen durchgeführt
   und im Mai fand in Kaufungen das zweite **Frauenseminar** statt.
   Presseerklärungen wurden zum Thema *DDR* (Juni 1990), *Lieferboykott in den FNL* (Jan. 1991) und *Golfkrieg* (Feb. 1991) abgegeben.

Vier Rundbriefe wurden verschickt, zwei Rundbriefe wurden von Hanne Lederer und je ein Rundbrief von Volker Kluy und Petra Kolle zusammengestellt.
VDPP-Mitglieder nahmen am Seminar Sozialpharmazie in Braunschweig teil.

4) Regina Schumann teilt mit, daß Uli Breckheimer im Januar 1991 zurückgetreten ist. Regina Schumann ist in den geschäftsführenden Vorstand nachgewählt worden. Die Kassenführung wurde von Berlin nach Hamburg verlagert und dort von Gudrun Hahn übernommen.

5) Da die gewählten Rechnungsprüferinnen Renate Rathmann und Uschi Blöcker aus Termingründen nicht in der Lage waren, die Rechnungen und Ausgaben des 1. Halbjahres 1991 zu prüfen, hatte Gudrun Hahn Ingrid Schubert und Thomas Hammer um Rechnungsprüfung für diesen Zeitraum gebeten. Die Mitgliederversammlung billigt dieses Vorgehen wie folgt:
Ja-Stimmen: 23
Enthaltungen: 4

6) Der Verein ist inzwischen als gemeinnützig anerkannt worden.

7) Gudrun Hahn legt den Kassenbericht (*siehe Anlage*) und Dorothea Hofferberth den Finanzplan vor.
Es wird festgestellt, daß der Verein von der Substanz lebte. In der Diskussion wird die Höhe der Ausgaben für die Stände auf der Interpharm und auf dem Apotheker-Tag Düsseldorf kritisiert.
Der Schwerpunkt der Vereinsarbeit soll mehr auf die Arbeit in Seminaren gelegt werden.
Der Finanzplan wird einstimmig angenommen, aber unter TOP 10) noch einmal geändert.

TOP 6 (*Bericht der Rechnungsprüferinnen*)

Gudrun Hahn trägt den Bericht der abwesenden Rechnungsprüferinnen Renate Rathmann und Uschi Blöcker vor, die den Zeitraum, der in die Verantwortlichkeit von Uli Breckheimer fiel, geprüft haben. Es mußten Korrekturen in den Büchern vorgenommen werden, 4 Kontoauszüge fehlten, die Überweisung von ca 800 DM ist zur Zeit nicht zu klären.
Der Vorstand wird beauftragt einen Nachforschungsantrag zu stellen,
Ja-Stimmen: 15
Nein-Stimmen: 2
Enthaltungen: 5
Die Vorstellung des Rechnungsprüfungsberichtes durch den geschäftsführenden Vorstand wird kritisiert.
Die Rechnungsprüfer für den Teil, der in die Zuständigkeit von Gudrun Hahn fiel, Ingrid Schubert und Thomas Hammer bemängelten nur, daß offene Rechnungen nicht entsprechend verbucht worden sind.
Die Zuordnung der unklaren Posten im Kassenbericht wurde ebenfalls kritisiert.
Nach kurzer Diskussion kommt die Mitgliederversammlung zu dem Ergebnis, daß in Zukunft unklare Posten offengelegt werden und im Kassenbericht erscheinen müssen, ebenso müssen offene Rechnungen, Verbindlichkeiten und Außenstände im Kassenbericht erscheinen.

TOP 7 (*Entlastung des Vorstandes*)

Der Vorstand wird auf Antrag von Ulrike Faber entlastet. Abstimmung:
Ja-Stimmen: 12
Enthaltungen: 13
Ulrike Faber dankt dem Vorstand für die geleistete Arbeit in dieser schwierigen Situation.

Top 8 (*Reflexion über die bisherigen Aktivitäten*)

Positiv in der Vereinsarbeit wurden die freundschaftliche Atmosphäre bei den Vereinsveranstaltungen, die Qualität der Seminare und die Vorstandsarbeit eingestuft.
Negativ wurden die Eigendarstellung auf dem Apotheker-Tag und die - fehlende - Mitgliederwerbung (insbesondere an den Hochschulen) eingeschätzt.
Nach Ansicht der Mitgliederversammlung bestanden Defizite in der Öffentlichkeitsarbeit, in der aktiven Beteiligung der Mitglieder an der Erstellung des Rundbriefes und allgemein in den Organisationsstrukturen.
Als Ziele wurden die Einrichtung eines Geschäftsführerpostens, die Durchführung von weiteren Seminaren, ein aktuellerer Rundbrief und die Themenschwerpunkte Sozialpharmazie und Berufsbild des Apothekers genannt.

Die Diskussion wurde in vier Schwerpunkte untergliedert:
- Rundbrief
- Werbung, Öffentlichkeitsarbeit
- Arbeitsstruktur
- Standespolitik.

1) **Rundbrief**
Es wurde der Wunsch nach zweimonatigem Erscheinen des Rundbriefes mit einer größeren Aktualität geäußert. Zur Unterstützung von Hanne Lederer wurde ein Redaktionskollektiv bestehend aus Hanne Lederer, Christa Augustin, Gerd Glaeske, Thomas Hammer, Christiane Hefendehl, Udo Puteanus und Thomas Schulz-Schalge gebildet. Die Redaktion soll gezielt Mitglieder zur Abgabe von Beiträgen veranlassen und den Rundbrief aktueller gestalten.

2) **Werbung**
Neben der Aktualisierung des Rundbriefes wurde der Vorstand beauftragt,
durch Zusammenführung benachbarter Mitglieder die Bildung von regionalen Treffpunkten zu fördern,
den Rundbrief an alle Fachschaften zu verschicken,
Kontakte zu den Unterstützern des VDPP (DDR) zu knüpfen und diese an einer Mitgliedschaft im VDPP zu interessieren.
Petra Kolle wird von der Mitgliederversammlung beauftragt, ein Treffen mit dem Fachverband Pharmazie zu organisieren.

3) **Arbeitsstrukturen**
Es wird Interesse an der Bestellung eines Geschäftsführers, der die Koordinierung der Vereinsaktivitäten übernehmen könnte, geäußert. Udo Puteanus erläutert der Mitgliederversammlung seine Bereitschaft für die Übernahme dieser Postition zunächst für ein halbes Jahr (Nov. 91 - April 92). Der Vorschlag trifft auf breite Zustimmung, die Regelung der Bezahlung wird auf den TOP Verabschiedung des Finanzplanes vertagt.

TOP 9 (*Diskussion der zukünftigen Arbeitsschwerpunkte des VDPP*)

Standespolitik: Anträge für den Apotheker-Tag müssen rechtzeitig diskutiert und gut vorbereitet werden, am besten in Form einer Kampagne. Anträge für diesen Apotheker-Tages sollen die Quotierung, die Offenlegung der Funktionen, die Selbstbeteiligung und eine Gedenktafel für die ermordeten jüdischen Apotheker sein.
Diskussionsbedarf besteht auf den Gebieten Positivliste, Berufsbild und Apotheke 2000.
Geplant werden ein EG-Seminar im November 1991, das Frauen-Seminar im Frühjahr 1992 und ein Seminar zur Sozialpharmazie.

TOP 10 (*Änderung des Finanzplans*)

Nach kurzer Diskussion wird die Möglichkeit der Finanzierung eines Geschäftsführers positiv beurteiltet. Das Spendenaufkommen soll erhöht werden mit dem dringenden Appell an gut verdienende Mitglieder zu spenden. Sollte sich die Einrichtung einer GeschäftsführerIn bewähren, könnte über eine Erhöhung der Beiträge nachgedacht werden. Der unter TOP 5 verabschiedete Finanzplan wird aufgehoben:

Ja-Stimmen:	29
Enthaltungen:	1

Der veränderte Finanzplan wird verabschiedet (*siehe Anlage*):

Ja-Stimmen:	26
Enthaltungen:	3

Für Mitglieder aus den FNL wird die Empfehlung ausgesprochen, daß sich diese Mitglieder ggf als schlechtverdienend einstufen und einen Monatsbeitrag von 5 DM zahlen.

TOP 11 (*Bestellung eines Geschäftsführers*)

Udo Puteanus bekundet seine Bereitschaft für die Zeit vom 1.11.91 bis zum 30.4.92 die Position eines Geschäftsführers zu übernehmen. Die zukünftigen Arbeitsgebiete werden in der Vorbereitung eines Seminars Sozialpharmazie, der Aktualisierung des Rundbriefes, der Verbesserung der Kommunikation und der verstärkten Öffentlichkeitsarbeit gesehen.
Die Mitgliederversammlung beschließt, Udo Puteanus für sechs Monate zum Geschäftsführer zu bestellen. Für diesen Posten sind im Finanzplan 7500 DM vorgesehen. Der Arbeitsvertrag wird mit dem neuen Vorstand abgeschlossen. Abstimmung:

Ja-Stimmen:	27
Enthaltungen:	2

TOP 12 (*Neuwahl aller Vorstandsposten*)

Urda Jochheim wird einstimmig zur Wahlleiterin gewählt, Ildico Szasz und Ulrike Faber sind Wahlhelferinnen.
Die Zahl der Vorstandsmitglieder wird von neun auf sieben reduziert.

Ja-Stimmen:	23
Nein-Stimmen:	1
Enthaltungen:	5

Vorschläge:

Christa Augustin
Hanne Lederer
Gerd Glaeske
Regina Schumann
Dorothea Hofferberth
Gudrun Hahn
Anita Maas
Thomas Hammer
Thomas Schulz-Schalge
Gerd Dieckvoß

Bis auf Christa Augustin, Gerd Dieckvoß und Thomas Schulz-Schalge sind alle vorgeschlagenen Personen zur Kandidatur bereit.
Es findet eine geheime Wahl statt.

Wahl:	**Hanne Lederer**	Apothekerin aus Isny	28 Stimmen
	Gerd Glaeske	Apotheker aus Düsseldorf	28 Stimmen
	Regina Schumann	Apothekerin aus Berlin	27 Stimmen
	Dorothea Hofferberth	Apothekerin aus Hameln	29 Stimmen
	Gudrun Hahn	Apothekerin aus Hamburg	27 Stimmen
	Anita Maas	Pharmazie-Praktikantin aus Heidelberg	26 Stimmen
	Thomas Hammer	Apotheker aus Berlin	26 Stimmen

Alle gewählten Vorstandsmitglieder nehmen die Wahl an.
Für die Positionen der Rechnungsprüfer werden Jürgen Grosse und Bernd Rehberg vorgeschlagen.

Wahl: Jürgen Grosse
Ja-Stimmen: 27
Enthaltungen: 2

Bernd Rehberg
Ja-Stimmen: 27
Enthaltungen: 2

Beide Kandidaten nehmen die Wahl an.

TOP 13 (*Programmfortschreibung*)

Es sind nur noch wenige Programme vorhanden und es wurde die Notwendigkeit der Aktualisierung des Programms festgestellt.
Für die Überarbeitung der einzelnen Programmpunkte werden Mitglieder benannt, die die Überarbeitung des jeweiligen Programmpunktes koordinieren sollen.
Im folgenden wurden benannt:

Die Apotheke von heute ...	Ingrid Schubert
Die Apotheke der Zukunft	Ingeborg Simon
Ausbildung	Walter Schmidt
Zur EG-Problematik	Gerd Glaeske
Standesgremien	Gerd Dieckvoß
Frauen in der Pharmazie	Gudrun Hahn/Ingeborg Simon
Gentechnologie	Franz Kirchner
Frieden/Zivilschutz	Thomas Hammer/Gerd Dieckvoss
Kernenergie	Evelyn Seybert
Spuren der Vergangenheit...	Udo Puteanus
Lehren aus der Vergangenheit	Udo Puteanus
Pharmaindustrie und Nationalsozial.	Udo Puteanus
AM-Versorgung in der "Dritten Welt"	Gerd Glaeske

Neu aufgenommen werden die Punkte

Krankenhauspharmazie	Ulrike Faber
Sozialpharmazie	Ingrid Schubert
Ökologie	Christina Kasek / Eugen Eschenlohr

Für das Programm-Seminar wird der 18.1.92 vorgesehen.

TOP 14 (*Ausstellung Apotheker-Tag*)

Udo Puteanus berichtet von der Vorbereitung der Ausstellung. Nach kurzer Diskussion kommt die Mitgliederversammlung zu dem Ergebnis, daß die Ausstellung so professionell wie möglich gestaltet wird. Die Kosten sollen sich dabei im Rahmen des Finanzplanes halten, für darüber hinausgehende Ausgaben wird im Rundbrief erneut um Spenden gebeten, diesmal mit Konto-Nummer.

Top 15 (*Aktuelles*)

Rolf Lipfert schildert in einem Brief die Lage in den FNL aus seiner Sicht.
Die Vorbereitung der Anträge für den Apotheker-Tag wird in Hamburg von Petra Kolle und in Berlin von N.N. koordiniert.
Die Anträge zur Quotierung und Offenlegung werden von Ulrike Faber bearbeitet, die Selbstbeteiligung wird in Hamburg unter Federführung von Petra Kolle vorbereitet, und die Arbeitsgruppe Pharmaziegeschichte kümmert sich um die Gedenktafel für die jüdischen Apotheker.

TOP 16 (*Verschiedenes*)

Es findet eine Veranstaltung zum Thema Suchtgefahren und Medikamentenabhängigkeit vom 4.-7.11.91 in Aachen statt.
Urda Jochheim wird beauftragt, sich um Entwürfe für ein VDPP-Symbol zu kümmern.
Gudrun Hahn lobt die Arbeitsatmosphäre der Mitgliederversammlung und Ulrike Faber dankt allen ausgeschiedenen Vorstandsmitgliedern für die geleistete Arbeit.

Protokoll: Thomas Schulz-Schalge

Versammlungsleiterin: Ulrike Faber

Finanzplan 6/91 bis 6/92

Einnahmen:

Beiträge	22.000 DM
Spenden	5.000 DM
Summe	**27.000 DM**

Ausgaben:

Gehalt: Gudrun Meyburg	2.400 DM
Porto, Telefon	1.000 DM
Geschäftsstelle	600 DM
Reisekosten	2.000 DM
Rundbrief, Veröffentlichungen	4.000 DM
Porto für den Rundbrief	1.500 DM
Neudruck der Satzung	2.000 DM
Seminarkosten	1.000 DM
Ausstellung Apothekertag Berlin	5.000 DM
Gehalt: Geschäftsführer	7.500 DM
Summe:	**27.000 DM**

VDPP

Kontaktadresse:

Fleming Apotheke
Grindelallee 153
2000 Hamburg 13
☎ 040 - 45 14 15

Kassenbericht 1990/91

Einnahmen

Mitgliedsbeiträge	21.485,- DM
Spenden	506,54 "
Verkauf	185,30 "
Überschuß Veranstaltungen	273,90 "
Summe	22.450,74 DM

Ausgaben

Rundbrief	2.082,52
Stand Apothekertag Düsseldorf	6.776.93
Stand interpharm Leipzig	6.689,52
Geschichts AG	148,30
Vorstand Reisekosten	2.366,40
Lohn für Büroarbeiten (G.Meiburg)	1.670,-
Telefon	500,30
Porto	1.324,50
diverse Geschäftsstellenkosten	611,59
Summe	22.170,06 DM

Bestand 1.6.90	7.836,79 DM	
Einnahmen:	22.450,74 DM	+
	30.287,53 DM	
Ausgaben:	22.170,06 "	-
Guthaben 31.5.91	8.117,47 DM	

Hamburg, 13.6.91

Gudrun Hahn

Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

Vorstellung der Vorstandsmitglieder

Gerd Glaeske

Dr.rer.nat., 1969 - 1978 Studium und Promotion in Hamburg. 1981-1988 Leiter eines Arzneimittelbewertungsprojektes und der Abt. "Arzneimittel-Epidemiologie" an einem Bremer Institut, jetzt Leiter des Pharmakologischen Beratungsdienstes bei der AOK Mettmann. Lehrbeauftragter für Arzneimittel-Epidemiologie an der Uni Bremen. Fachapotheker für Arzneimittel-Information. Buchveröffentlichungen: "Positivliste für Arzneimittel", "Altern ist keine Krankheit", "Lieber handeln als schlucken", "Akne", "Medikamentenmißbrauch", Dokumentation "Arzneimittel-Fakten, Nutzen, Risiken". Mitarbeit an den Büchern "Bittere Pillen", "Krankheit auf Rezept", "Bittere-Pillen-Patientenratgeber", "Kursbuch Gesundheit", "Schlucken und Schweigen", "Arzneimittelforschung nach der Zulassung", "Europäisierung des Pharmamarktes" u.v.a. Wissenschaftliche Beratung bei der Stiftung Warentest, z.B. Arzneimittelsonderheft, und bei der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Stellv. Mitglied in der BGA-Standardzulassungskommission, Mitglied in der WHO-Kommission zum Arzneimittelverbrauch, im Gesundheitsausschuß der AWO u.a.; ÖTV-Mitglied. Wohnt in Düsseldorf.
Ich möchte den VDPP durch meine Vorstandsarbeit unterstützen, damit zumindest ein wenig "Gegenöffentlichkeit" zur offiziellen Standespolitik entwickelt und wahrgenommen werden kann.

Gudrun Hahn

Seit 1989 der Verein gegründet wurde, bin ich im geschäftsführenden Vorstand. Für mich hat der Verein zwei Arbeitsebenen:
Einmal die Diskussion der kritischen Pharmazie weiterzuentwickeln und die Ideen zu verbreiten und zum anderen die Menschen, die diese Ideen haben, und die, die sich damit auseinandersetzen wollen, zusammenzubringen.
Bei mir laufen, da ich den intensivsten Kontakt zur Geschäftsstelle in der Fleming-Apotheke habe, die Fäden zusammen und meine Aufgabe ist es, diese Informationen weiterzuleiten. Je nach sonstiger Arbeitsbelastung mache ich das mal besser, mal schlechter.
Den Widerspruch zwischen Ethik und Monetik habe ich zur Zeit so gelöst, daß ich nicht mehr in der Apotheke arbeite, aber für sie ausbilde. Seit 1982 unterrichte ich an der PTA-Schule in Hamburg.
Zuvor habe ich in Frankfurt Pharmazie studiert (69-72) und nach kurzer Tätigkeit in der Apotheke noch ein geisteswissenschaftliches Studium angehängt. Über den Umweg Berlin bin ich 1982 nach Hamburg gekommen und noch immer hier.

Thomas Hammer

Nach Abitur, pharmazeutischem Vorexamen und Zivildienst zog ich 1976 von Hannover, meiner Heimatstadt, nach Berlin, um dort an der FU Pharmazie zu studieren. Seit meinem Staatsexamen (1980) mache ich Vertretungen in Apotheken Berlins oder Westdeutschlands.
Ich war kurze Zeit Mitglied der leider nicht mehr existierenden Friedensinitiative Berliner Apotheker, bin seit ungefähr 2 Jahren Mitglied der ÖTV und habe die Ehre, Gründungsmitglied des VDPP zu sein. Im April dieses Jahres wurde ich als Kandidat der Fraktion Gesundheit in die Delegiertenversammlung der Apothekerkammer Berlin gewählt.
Meine berufspolitischen Interessen wechseln so häufig wie meine Arbeitgeber. Besonders am Herzen liegen mir jedoch die "*Friedensarbeit*" und der Widerstand gegen das Katastrophenschutzergänzungsgesetz.

Dorothea Hofferberth, 43 Jahre alt

Nach 15 Jahren Tätigkeit in Krankenhausapotheke und PTA-Schule arbeite ich jetzt halbtags als Angestellte in einer kleinen Apotheke in Hameln.
Ich bin Mitglied im regionalen DGB-Frauenausschuß, arbeite in der BUKO-Pharmakampagne mit und in der kommunalen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, einem Zusammenschluß von Vertretern der Ärzteschaft, der Apotheken, der Krankenkassen, des Gesundheitsamtes, der Wohlfahrtsverbände etc. im Landkreis Hameln - Bad Pyrmont.
Für mich ist die Existenz des VDPP wichtig, um Probleme des Apothekenalltags und der Berufsausübung mit fortschrittlichen Kolleginnen und Kollgen diskutieren zu können.

Hanne Lederer, Isny

Ich arbeite seit 5 Jahren als selbständige Apothekerin in Isny im Allgäu. Davor war ich lange in München, wo ich aktiv in der bayerischen Apotheken-Friedensgruppe mitgearbeitet habe. Als ich von München wegging, habe ich von Isny aus einige Jahre den Friedensrundbrief für Apotheken herausgegeben. Mit dem Einschlafen der Friedensbewegung und damit auch des Rundbriefes fiel die Entstehung des VDPP zusammen. Auf der Gründungsveranstaltung in Hamburg habe ich mich bereit erklärt, von nun an einen Rundbrief für den VDPP zu schreiben. Den Vorstandsposten habe ich vor 2 Jahren erst nach gutem Zureden übernommen. Nachdem ich nun von meiner Arbeit für den Rundbrief weitgehend entlastet bin, habe ich freiwillig nochmals für den Vorstand kandidiert und will sehen, welche neuen Perspektiven sich für die VDPP-Arbeit in der Provinz ergeben. Auf alle Fälle steht nächstes Jahr die Organisation einer VDPP-Veranstaltung auf dem Apothekertag in München an!

Anita Maas, 26, Heidelberg

Nach der Ausbildung als PTA in Duisburg habe ich in Marburg studiert. Mein Praktikum habe ich in der ersten Hälfte bei Knoll in der biochemischen Forschung verbracht, jetzt frißt die Apotheke meine Zeit.
Meine Aufgabe im Verein sehe ich zum einen darin, den über das Land verstreuten, frustrierten oder auch ideenbeladenen Seelen eine Forum zu bieten für Austausch, Weiterentwicklung und Alternativen. Zum anderen möchte ich unserem Berufsbild durch Mitwirken in der Standespolitik bzw. neu zu schaffenden Gremien einen neuen, farbigen Anstrich verleihen und unsere Rolle im Gesundheitswesen durch Mitsprache und Taten beleben.
Ein Dauerbrenner für mich persönlich ist das Thema Frauen, sowohl vor dem HV als auch dahinter.

Regina Schumann

Geb. 1956, Abitur 1975 in Karlsruhe, Studium der Pharmazie und Promotion 1985 an der FU Berlin. 1 Jahr in der pharmazeutischen Industrie (Nachzulassung/Zulassung/Packmittel), seit 1987 im Bundesgesundheitsamt, Betreuung der Kommission für kosmetische Erzeugnisse, toxikologische Bewertung von Inhaltsstoffen kosmetischer Mittel.
Mein starkes Gerechtigkeitsgefühl, verbunden mit sozialem Engagement und der Unfähigkeit, NEIN zu sagen, führten dazu, daß ich Studentenvertreter, Gewerkschaftsmitglied, Delegierte in der Apothekerkammer und Gründungsmitglied des VDPP war und jetzt im geschäftsführenden Vorstand bin. Inhaltliche Schwerpunkte: Pharmaziegeschichte, Vorstellungen für ein patientenorientiertes Gesundheitswesen, EG.

Termine Termine Termine Termine Termine Termine Termine Termine

---

Treffen der **Regionalgruppe** *Hamburg*

Ort:	Bei Bernd Rehberg, Brahmsallee 18, 2000 Hamburg 13, Tel.: 040 / 45 79 97
Termine:	Mittwoch, den 14. August, Mittwoch, den 28. August, Mittwoch, den 11. September, Mittwoch, den 25. September
Zeit:	20 Uhr

Änderungen sind bei der **VDPP-Geschäftsstelle** zu erfahren, Tel. 040 / 45 87 68.

Warum nehmen Frauen mehr Arzneimittel ein als Männer?

von Ingeborg Simon

Frauen sind gesünder als Männer, Begründung: Sie haben eine höhere Lebenserwartung.
Frauen sind kränker als Männer, Begründung: Sie gehen wesentlich öfter zum Arzt.
Derart verkürzte Feststellungen machen schon in ihrer Widersprüchlichkeit deutlich, daß es zum Thema Frauen und Gesundheit/Krankheit noch vieles zu analysieren und auszuarbeiten gilt. Solange es dort mehr Mutmaßungen als sichere Erkenntnisse gibt, verführt das leicht dazu, die jeweils genehmen und ins Konzept passenden Daten zu verwenden. Letzteres geschah z.B. in einem Gerichtsverfahren, wo es um die unterschiedlich hohen Beiträge für Männer und Frauen in der privaten Krankenversicherung ging. Die hier gegen die Ungleichbehandlung klagende Frau mußte sich von den Richtern sagen lassen, die Verfassung untersage allein eine Bevorzugung oder Benachteiligung "*nur*" wegen des Geschlechts. Eine abweichende rechtlich oder sachliche Behandlung von Mann und Frau, um damit "*biologischen und funktionalen Unterschieden Rechnung zu tragen*", sei dagegen zulässig. So sei allgemein bekannt, daß die Behandlungskosten der unter 50jährigen Frauen etwa doppelt so hoch seien als bei Männern (zit. nach Apotheker Zeitung vom 7. Mai 1990).

Die einzige statistisch vielfach bestätigte Aussage, die hierzu gemacht werden kann, lautet: Frauen nehmen wesentlich mehr Arzneimittel ein als Männer.

Warum? Eine spontane, häufig gegebene Antwort geht in Richtung "*schwaches Geschlecht*", sensibler als Männer, weniger belastbar, und sie klingt in den Ohren der meisten plausibel, denn sie paßt - leider immer noch - ins (Frauen-)Bild. Ich halte solche Antworten nicht nur für beschränkt, sondern auch für fahrlässig bequem, entheben sie doch die Befragten der Mühe, darüber verantwortungsvoll nachzudenken.

Bei der Suche nach schlüssigen Antworten stieß ich auf das Buch "*Schlucken und Schweigen*"[1], in dem betroffene Frauen von ihrem "*Schicksal*" und den Auslösern für ihre "*Drogenkarriere*" erzählen. Auch die Untersuchungsergebnisse eines Frauenprojekts an der Universitätsklinik Eppendorf[2] und die Darstellung der oft verhängnisvollen Beziehung Arzt-Patientin in dem Buch "*Krankheit auf Rezept*"[3] verhalfen zu neuen Antworten.

Beschwerden sind Ausdruck frauentypischer Lebensbedingungen

In allen genannten Veröffentlichungen wird zunächst deutlich, daß der übermäßige Arzneimittelgebrauch und -mißbrauch durch Frauen u.a. darauf zurückzuführen ist, daß die Pharmakotherapie bei uns in der Regel das einzige Therapieangebot überhaupt ist. Da diese Feststellung aber ebenso für Männer zutrifft, ist meine Frage damit noch nicht beantwortet. Weiter! In allen drei Dokumentationen wird deutlich, daß es ganz bestimmte Arzneimittelgruppen sind - nämlich Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel bei den verordneten Medikamenten, Kopfschmerz-, Schlankheits- und Abführmittel in der Selbstmedikation -, die den großen Unterschied im Arzneimittelverbrauch zu den Männern ausmachen. Während letztere in der Regel mit "*richtigen*" Krankheiten zum Arzt kommen, d.h. für den Arzt diagnostizierbaren körperlichen Beschwerden, und dafür etwas verschrieben bekommen (vom Magenmittel über Rheuma- und Gichtmittel bis zum Lebertherapeutikum), manifestieren sich die Symptome, mit denen Frauen zum Arzt oder in die Apotheke gehen, häufig nicht als körperliche Auffälligkeiten. Sie sind oftmals diffus, schwer beschreib- und erkennbar. Sie lassen sich nicht durch auffällige Laborwerte deutlich machen, somit ist eine zielgerichtete therapeutisch begründete Arzneimittelverordnung unmöglich. Ihre eigentlichen Beschwerden sind oftmals Ausdruck frauentypischer Arbeits- und Lebensbedingungen und damit eigentlich kein "*Fall*" für die Medizin. Die Berichte betroffener Frauen in "*Schlucken und Schweigen*" unterstreichen dies nachdrücklich. Die Mehrfachbelastung als Frau, Mutter und Arbeitskollegin, ein Leben im sozialen Abseits, Einsamkeit im Alter, Konflikte mit dem Partner, den Eltern führen zu unerträglichen Dauerbelastungen. Um durchzuhalten, weiter zu funktionieren und nicht erst "*richtig*" krank zu werden, suchen sie Hilfe und landen dabei in den meisten Fällen im Sprechzimmer eines Arztes, wo sie über ihre Ängste und Sorgen sprechen.

---

1) Füller, Ernst: *Schlucken und Schweigen*, Kiepenheuer und Witsch 1988.
2) Ellinger u.a.: Projekt "*Medikamente, Frauen, Prävention*", 1986.
3) Sichrovsky: *Krankheit auf Rezept*, Kiepenheuer und Witsch 1984.

Unspezifische Diagnosen führen zu unspezifischen Verordnungen

Sie haben (noch) kein Magengeschwür, stehen nicht vor einem drohenden Infarkt, fühlen sich aber krank und ausgebrannt und erwarten ärztliche Hilfe. Und weil sich hier für den Mediziner eigentlich keine Ansatzmöglichkeit zu einer spezifischen Arzneimitteltherapie anbietet, weicht er aus auf unspezifische Diagnosen wie "*vegetative Dystonie*" oder "*psychovegetative Dysregulation*", die ihm dann den Weg in die Verordnung unspezifischer Tranquilizer eröffnen. Für Ängste, Niedergeschlagenheit, Verstimmungszustände oder Leistungsversagen bietet die Pharmaindustrie zahlreiche Kreationen. Begleitet von einer immer noch beachtlichen Indikationslyrik weisen sie dem Arzt einen Ausweg aus seiner Rat- und Hilflosigkeit. Was sich hier für den Arzt als Rettungsanker präsentiert, bedeutet allzuoft Elend und Abhängigkeit für die Patientinnen. Hier werden soziale und seelische Probleme medikalisiert, bleiben also letztlich unbehandelt. Die Medikalisierung blockiert nicht nur eine kausale Therapie, sie schafft auch neue Leiden, das gilt entsprechend für den Bereich der Selbstmedikation, wo mit der Abgabe von Abführmitteln und Schlankheitstropfen, Appetitzüglern und Kopfschmerzpillen sinnvolle Therapieansätze verhindert werden.

Unterdrückte Kreativität erzeugt Frust und Schmerz

Daß die jeweiligen Arbeitsbedingungen unmittelbar Einfluß nehmen auf das Gesundheitsverhalten, konnte auch in dem Eppendorfer Frauenprojekt demonstriert werden. Eingeschränkte oder fehlende Handlungs- und Entscheidungsspielräume führen zu einem erhöhten Arzneimittelgebrauch. D.h. immer dann, wenn die Arbeitsbedingungen individuelle Entfaltungsmöglichkeiten einschränken, Kreativität und Engagement unterdrücken, wird der entstandene "*Frust*" mit Arzneimitteln behandelt. Und davon sind vor allem Frauen betroffen, da diese sich mehrheitlich mit ungünstigeren Arbeitsplätzen abfinden müssen als Männer (Leichtlohngruppen, geringfügig oder teilzeitbeschäftigt, wenig Aufstiegschancen).

Soziales Wohlbefinden erfährt zu geringe Bewertung

Die immer noch starken Benachteiligungen der Frauen in unserer Gesellschaft und eine Gesundheitspolitik, die Gesundheit nur als einen Zustand körperlichen Wohlbefindens und der Arbeitsfähigkeit begreift, psychosomatische und -soziale Ansätze vermissen läßt und das soziale Wohlbefinden als wichtige Voraussetzung für die Gesunderhaltung gering bewertet, programmieren einen erhöhten Arzneimittelgebrauch durch Frauen. "*Die soziale Verursachung des Arzneimittelkonsums macht deutlich, daß es mit Appellen an die Vernunft der Konsumentinnen, Aufklärung über die Gefahren des Medikamentenmißbrauchs und eine Reduzierung der Verfügbarkeit allein nicht getan sein kann. Frauen müssen ihre Leiden und Belastungen als Ausdruck von Unzufriedenheit und Widerstand gegen unerträglich Arbeits- und Lebensbedingungen erkennen, um selbst erste Schritte zur Veränderung zu gehen. Dazu bedarf es der Initiierung und Stärkung frauenspezifischer Ansätze im Gesundheitswesen, der Unterstützung von Frauenselbsthilfegruppen.*" Diesem Fazit aus dem mehrfach zitierten Frauenprojekt schließe ich mich an.

Termine Termine Termine Termine Termine Termine Termine Termine

---

Treffen der **Regionalgruppe** *Berlin*

Ort:	Im Cafe Blisse, Blissestraße 14,
	1000 Berlin 31, U-Bhf. Blissestraße (Linie 7)
Termine:	Mittwoch, den 21. August,
	Mittwoch, den 18. September
Zeit:	20.15 Uhr

Frauenseminar in Kaufungen

von Ulrike Faber

Zum zweiten Mal seit Bestehen des Vereins Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) haben sich die Pharmazeutinnen zum Frauenseminar getroffen. Freude bei den "Vereinsfrauen", sich mal wiederzusehen, schnelles Kennenlernen der "Neuen", angenehme Atmosphäre beim Erarbeiten der Themen, Spazierengehen und Kneipenbesuch. Das Fazit: nächstes Jahr unbedingt wieder!

Diesmal war unser Thema: "*Frauen - Probleme - Arzneimittel*" oder wie man es auch drehen mag: Frauenprobleme, Problemarzneimittel, Arzneimittelfrauen, Frauenarzneimittel.

Aus der allgemeinen Einführung seien nur einige Stichpunkte genannt: Medikalisierung des Alltags, Arzneimittel als Geschenk zum Muttertag, Arzneimittel im Kindergarten (jedes 10. Kind kriegt Arzneimittel mit Einfluß auf die Psyche), 7.500.000 Langzeitkonsumenten von Benzodiazepinen, eine Million Arzneimittelabhängige in der Bundesrepublik, Behandlungsmonopol der Ärzte und dadurch Verabsolutierung der medikamentösen Therapie, verbreitete Unkenntnis über gesunde Lebensweisen und alternative Therapiemöglichkeiten, Fehldefinition von Krankheit als einem arzneimittelbedürftigen Zustand, Gleichsetzung von Behandlung mit Arzneimittelrezept, hohe Akzeptanz der Arzneimitteltherapie.

Die daraus abgeleiteten Thesen:

- Die Bedeutung der Pharmakotherapie wird überschätzt.
- Pharmakotherapie führt zum Mißverständnis von Krankheitsprozessen in ihrer Vielschichtigkeit.
- Pharmakotherapie steht einer umfassenden gesundheitlichen Betreuung entgegen.
- Pharmakotherapie ist ein gutes Geschäft für die Anbieter und produziert eigene neue Absatzmärkte.
- Pharmakotherapie behindert die Entwicklung und die Anwendung anderer, geeigneterer Therapien.
- Pharmakotherapie, einseitig und ausschließlich, macht krank.

Um die frauenspezifische Problematik dieser Thesen herauszuarbeiten, bildeten wir zwei Arbeitsgruppen. "*Frauen und Arzneimittelabhängigkeit*" war die eine, über sie wird in dem Artikel "*Teufelskreis der Sucht ...*" auf Seite 16 berichtet. Die andere Arbeitsgruppe hatte den Titel:

Frauen und Hormontherapie

Hier ging es im wesentlichen um Hormonsubstitution im Klimakterium. Zweierlei ist auseinanderzuhalten, erstens "*klimakterische Beschwerden*", zweitens Osteoporose. Die hormonelle Umstellung während der Menopause kann für die Frauen von Beschwerden begleitet sein wie Hitzewallungen, Depressionen, Schlafstörungen, verschiedenen psychischen Veränderungen. Diese Probleme könnten mit dem niedrigen Estrogenspiegel in Verbindung stehen, und die Hormonsubstitution könnte eine notwendige Therapieform sein.

Aber: dieses Lebensalter um 50 bringt ja nicht nur mit dem Klimakterium eine neue körperliche Lebensphase, sondern in vieler Hinsicht einen Wandel: Kinder gehen aus dem Haus; Eltern werden krank, pflegebedürftig, sterben; Ehekrisen, Trennungen sind in diesem Alter häufig; beruflicher Neubeginn wird versucht; jüngere Kolleginnen gewinnen eventuell Bedeutung als Konkurrentinnen; das familiäre und berufliche Lebensgefüge verändert sich. Eine andere soziale, körperliche und psychische Befindlichkeit bedeutet eine Herausforderung, die sich überhaupt nicht mit Arzneimitteln bewältigen läßt. Geht es doch darum, Beziehungen zu verändern, neue Lebensformen auszuprobieren, andere Verhaltensweisen zu erfahren. Die Frau muß sich intensiv mit sich und ihrem Körper und ihrem Leben auseinandersetzen; sie braucht Unterstützung, Beratung, Anregung (z.B. hinsichtlich Ernährung, Bewegung, Sport, alternativer Heilmethoden) und schließlich gesellschaftliche Akzeptanz für diese Umstellung und die dafür benötigte Energie.

Die Hormontherapie als schnelle Lösung reduziert die Bedeutung dieser Lebensphase auf einen an sich schädlichen Hormonmangel, auf einen körperlichen Defekt (*Presomen-Werbung: Eine Frau bleibt eine Frau*). Sie nimmt der Frau die Möglichkeit, diesen Lebensabschnitt für positive Erfahrungen zu nutzen.

Zur Osteoporose:

Osteoporose ist die Folge einer vermehrten Knochenresorption ohne entsprechende Neubildung. Wahrscheinlich durch Erniedrigung des Estrogenspiegels nach der Menopause kann es bei Frauen zu Knochenabbau von bis zu 3,5% pro Jahr kommen. 25% der Frauen über 65 Jahren erkranken an einer Osteoporose. Als weitere Risikofaktoren gelten Kortisontherapie, positive Familienanamnese, zierlicher Körperbau, frühe Menopause, Kinderlosigkeit. Durch Estrogensubstitution läßt sich die vermehrte Knochenresorption verhindern, allerdings nicht rückgängig machen. Dennoch bleibt unter Fachleuten die Meinung geteilt, ob daraus grundsätzlich die Forderung nach Hormonsubstitution abzuleiten sei. Die einen fordern lebenslange Hormongabe, die anderen halten selbst eine zehnjährige Hormontherapie bei Frauen ohne besondere Risikofaktoren nicht für gerechtfertigt. Noch ist nicht überschaubar, welche

Risiken die langfristige Hormongabe mit sich bringt. Während Endometriumkarzinome weniger häufig auftreten, ist völlig offen, ob die Entstehung eines Mammakarzinoms positiv oder negativ beeinflußt wird.

Als Frauen sind wir in dieser Frage sowohl Betroffene (wie verhalte ich mich selbst?) und Beraterinnen (was sage ich der Kundin in der Apotheke?) als auch Zielgruppe der Pharmawerbung. Im Sinne der oben genannten Thesen (Absatzmärkte schaffen) ist die Werbung in Bild, Sprache und emotionalem Gehalt auf ein Ziel ausgerichtet: Wechseljahre sind schlimm! Arzneimittel sind die Erlösung! Nebenstehendes Bild vom drohenden Witwenbuckel schreckt ab. "*Erschöpfung, Erlöschen, Probleme, Störung, Faltenbildung, Beschwerden, Risiken, Nachlassen, Verlorengegangenes*" sind einige Wörter aus einem Vortrag zum Thema in Meran (PZ Nr. 40, 1990). Aus einem Faltblatt des Pharm. Informationszentrums der badenwürttembergischen Apotheker: " ... *die größere Gefahr der Osteoporose lauert still im Hintergrund. Kommt es nicht zum Hormonersatz, so sind ... die Frauen 30 Jahre lang einem Hormonmangel mit allen verbundenen Gefahren ausgesetzt.*"

Auch in unserer Arbeitsgruppe wurde die Frage kontrovers diskutiert, ob die Hormonsubstitution anzustreben sei oder nicht. Einhellige Ablehnung bestand gegenüber Angstmache, Abschreckung und der prinzipiellen Medikalisierung der Wechseljahre und des Osteoporoserisikos. Dies schränkt die Frauen in ihren Erfahrungs- und Entwicklungsmöglichkeiten ein, versperrt ihnen den Zugang zu anderen Therapieformen und behindert auch uns als Apothekerinnen in der guten Beratung der Patientinnen.

Sehr informativ, phantasievoll und hilfreich fanden wir die Broschüre "*Wechseljahre*" vom Feministischen Frauengesundheitszentrum in Berlin[1].

Pharmakotherapie, hier diskutiert am Beispiel der Hormonsubstitution, hat für Frauen eine besondere, vielfach sehr negative Bedeutung, so unsere Thesen:

- Pharmakotherapie trägt zur Festschreibung der Rolle der Frau in unsere Gesellschaft bei,
- sie ist ein Instrument der Anpassung,
- sie dient der Erhaltung der Funktionsfähigkeit von Frauen,
- sie definiert natürliche Lebenssituationen (Menses, Schwangerschaft, Klimakterium) als unnatürlich, krank, behandlungsbedürftig;
- Pharmakotherapie, so wie sie propagiert wird, behandelt den kulturellen und sozialen Prozeß des Älterwerdens wie ein technisches Problem.

Als Frauen und als Apothekerinnen wollen wir dieses Spiel nicht mitmachen.

Buchbesprechung

von Christiane Hefendehl

Andrea Ernst/Ingrid Füller: *Schlucken und Schweigen. Wie Arzneimittel Frauen zerstören können.* Knaur Sachbuch ISBN 3-426-04052-2 DM 9,80

Glücklich machen Tabletten nicht!

Andrea Ernst und Ingrid Füller berichten in ihrem Buch *Schlucken und Schweigen* von den Erfahrungen und Kämpfen arzneimittelsüchtiger Frauen.

In den einzelnen Kapiteln wird durch Gesprächsprotokolle, statistisches Material und wissenschaftliche Untersuchungen ein Einblick gegeben in die verschiedenen und doch oft gleichartigen Suchtprobleme von Frauen. Die Autorinnen setzen sich mit dem Krankheitsbegriff in unserer Gesellschaft auseinander.

Den sogenannten "*Frauenleiden*" liegt in der Regel keine organische Erkrankung zugrunde, dennoch reagieren die Mediziner. Jahr für Jahr diagnostizieren sie bei Frauen mehr als doppelt so viele Depressionen, Neurosen und Psychosen wie bei Männern."

Sozialstrukturen, Verordnungsverhalten von Ärzten und Verhaltensmuster sind anschaulich geschildert und decken so die Fehler eines Gesundheitssystems auf, das den Betroffenen meist nur einen chemischen Trost bieten kann. Im Anhang finden sich die Adressen von Beratungs und Selbsthilfegruppen.

---

1) Wechseljahre. Eine Broschüre zur Selbsthilfe. Feministisches Frauengesundheitszentrum e.V. Bamberger Str. 51, 1000 Berlin 30, DM 7.00

Teufelskreis der Sucht - sind ApothekerInnen ein Teil davon?

von Christiane Hefendehl

Unter dem Thema "Frauen und Medikamente" fand Anfang Mai das VDPP-Frauenseminar statt. Neben der prinzipiellen Auseinandersetzung über Stellenwert, Einsatz von und Umgang mit Pharmaka in unserer Gesellschaft, von Therapierenden, Verkaufenden und Konsumierenden, wurden zwei Themenbereiche als Schwerpunkte gesetzt.

Zum einen Behandlung der *"Krankheit Frau"*, Hormoneinsatz von Menstruationsbeginn bis in die Wechseljahre, Problematik von Osteoporosetherapie und klimakterischen Beschwerden.

Zum anderen *Tablettenabhängigkeit* von Frauen. Wie inzwischen Untersuchungen bewiesen haben, gibt es besonders unter Frauen eine erschreckend hohe Zahl Tablettenabhängiger. Dabei spielen folgende Arzneimittelgruppen eine Rolle: Appetitzügler, Abführmittel, Tranquilizer, Antidepressiva und Neuroleptika. Die Lebenssituation der Frauen führt viele direkt in den Teufelskreis der Sucht. Die Anforderungen an die moderne Frau: schön, schlank, energiegeladen, belastbar zu sein, treiben immer wieder Frauen an einen Abgrund, der mit Apettitzüglern und/oder den *"Glückspillen"* Psychopharmaka leichter zu überwinden scheint. Appetitzügler und Abführmittel als legale und scheinbar notwendige Hilfsmittel die Idealfigur zu erreichen und zu behalten, Psychopharmaka zur Überwindung von Isolation, Überforderung, Ängsten und Depressionen, sind aus vielen Frauenalltagen nicht mehr wegzudenken. Und hier muß sicher die verantwortungsbewußte und zielstrebige Beratung in den Apotheken als Verteilungsorten der Arzneimittel greifen.

Ein Teil der Seminararbeit war somit die Beschäftigung mit dieser Aufgabe. Wie kann eine ApothekerIn die Abhängigkeit erkennen und ein Gespräch einleiten? Kompetenzen, Grenzen und Erfahrungen sind wichtige Begriffe in diesem Bereich. Gesprächsführung, Einsatzbereitschaft und Einfühlungsvermögen sind neben fundierten Kenntnissen ausschlaggebend, um Kontakt zu den Patientinnen zu knüpfen, Abhängigkeitspotential, schädliche Wirkungen oder Sinnlosigkeit bewußt zu machen und gezielt auf Therapiemöglichkeiten jenseits des Pharmakaeinsatzes hinzuwirken.

Die Vermeidung von Schaufensterwerbung für diese Arzneimittelgruppen, Abgabe der Arzneimittel nur mit konsequenten Hinweisen auf Abhängigkeitspotential und Gesundheitsgefährdung, Angebote von Literatur und Verweise auf Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und weitere Alternativen sind erste Schritte. Diese Ansätze im Beratungsgespräch oder mit Hilfe von Handzetteln und Adressenlisten als stillen Helfern zu verwirklichen, sind grundlegende Forderungen an den verantwortungsbewußten Umgang mit Arzneimitteln in der Apotheke.

Neben einer großen Anzahl anderer Bücher haben wir besonders auf das Buch: *Schlucken und Schweigen*[1] Bezug genommen.

Neben den angeschnittenen Fragen sind viele weitere aufgetaucht, z.B. auch die unterschiedliche Herangehensweise von Männern und Frauen in der Apotheke. Es wäre interessant, dazu einige Stellungnahmen für den Rundbrief zu erhalten. Denn als in der Apotheke arbeitende Frau liegt eigentlich ein doppeltes Interesse vor: als Betroffene und als Arzneimittelfachfrau.

Insgesamt haben wir ein wunderschönes Wochenende in Kaufungen verlebt, wobei natürlich viel mehr passiert ist als Seminararbeit. So daß ich alle Frauen nur auffordern kann, sich nächstes Jahr an dem Seminar zu beteiligen. Das Thema für das nächste Frauenseminar ist noch offen und Themenvorschläge werden gerne entgegengenommen. Zum Schluß möchte ich, sicher im Namen aller, Ildiko nochmals für die tolle Vorbereitung in Kaufungen danken.

---

1) *Schlucken und Schweigen. Wie Arzneimittel Frauen zerstören können*, von Anderea Ernst/Ingrid Füller (Knaur Sachbuch ISBN 3-426-04052-2)

Rationale Pharmakotherapie in der Allgemeinpraxis - Möglichkeiten und Grenzen

Einige Kongreßsplitter

von Ingrid Schubert

Irrationale ärztliche Verordnungen und Arzneimittel von zweifelhafter Wirkung sind international ein Problem. Das zeigte sich auch wieder auf dem am 15. und 16 März in Göttingen abgehaltenen Kongreß, der sich mit den Voraussetzungen und Möglichkeiten rationaler Pharmakotherapie durch Allgemeinärzte befaßte, zu dem Referent/inn/en und Teilnehmer/innen aus europäischen und außereuropäischen Ländern angereist waren. Als ein hilfreicher Schritt zur Verwirklichung rationaler Pharmakotherapie wurde u.a. die "*Europäische Arzneimittel-Empfehlungsliste*", an deren Erstellung und Erprobung Experten aus 14 Ländern mitarbeiten, vorgestellt.

Veranstalter dieser Tagung war die Abteilung Allgemeinmedizin der Georg-August-Universität Göttingen, deren Leiter Prof. Dr. M. Kochen zur Zeit in Zusammenarbeit mit der KV Niedersachsen und den Ortskrankenkassen Goslar und Osterode einen Beratungsservice zur Verbesserung der Pharmakotherapie für niedergelassene Allgemeinmediziner und Hausärzte (vorerst für das südliche Niedersachsen) aufbaut. Mitveranstalter waren der Förderkreis Rationale Arzneimitteltherapie e.V., die Akademie für ärztliche Fortbildung Niedersachsen, die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), die Gesellschaft für Allgemeinmedizin (GAM), die European Formulary Group und die Weltgesundheitsorganisation - europäisches Regionalbüro Kopenhagen. Rund 120 Ärzte und Ärztinnen, aber auch einige ApothekerInnen nahmen an der Veranstaltung teil.

Die Diagnose ist bekannt: der Arzneimittelmarkt ist in den meisten Ländern unübersichtlich und führt zur Verordnung von unnötigen und fragwürdigen Medikamenten. Was verfügbar ist - so die durch Zahlenmaterial erhärtete These von Dr. G. Glaeske - wird letztlich auch verordnet. Die Arzneimittelinnovationen (die diesen Namen verdienen) lassen sich für ein Jahr noch an zwei Händen abzählen. So stehen dann 8 Innovationen 1990 einer unüberschaubaren Anzahl von Generics gegenüber - z.B. 269 Diclofenac-Zubereitungen.

"Die Arzneimittelversorgung kann qualitativ nicht besser sein als der Arzneimittelmarkt!" G. Glaeske.

Als "*Therapie*" zur Verbesserung der Verordnungsqualität wurde von Dr. Glaeske in seinem Referat "Arzneimittelmarkt (BR)Deutschland- eine kritische Bewertung" dementsprechend die Einschränkung der Verfügbarkeit (z.B. durch Positiv- / Negativlisten) und die Notwendigkeit industrieunabhängiger Informationen für den verordnenden Arzt gefordert. Möglichen Einwänden der Gefährdung der in diesem Zusammenhang von Ärzten immer bemühten Therapiefreiheit begegnete der Schweizer Arzt Dr. I. Nemitz durch seinen Beitrag "*Allgemeinärztliche Therapiefreiheit: Ein Mythos?*", in dem er u.a. die verschiedenen Einflüsse auf die Verordnungsentscheidung des Arztes von Seiten der Pharmaindustrie, des Patienten und der Krankenkasse darstellte und die aufgeworfene Frage zum Abschluß nur bejahen konnte.

Kontrastiert wurden diese Ausführungen über den deutschen und schweizerischen Arzneimittelmarkt durch die Referate von Frau Professor A. Hoffmann (Jena) über "*Probleme des Konsums und der Verfügbarkeit von Arzneimitteln in der ehemaligen DDR*" und Prof. Dr. G. Gadeholt (Oslo), der einige regulative Mechanismen für den Arzneimittelmarkt in Norwegen vorstellte und ihren Einfluß auf das Verordnungsverhalten der Ärzte aufzeigte. Diese Maßnahmen beziehen sich auf die Arzneimittelzulassung, Vermarktung, Preisbildung, Information und Kostenerstattung für die Patienten. Neben dem Vorhandensein einer Bedürfnisprüfung bei der Zulassung und technischen "*Erschwernissen*" bei der Verordnung (gesonderte Formulare, Aufbewahrungsfristen, bzw. Verordnung nur von bestimmten Facharztgruppen) gibt es auch Beschränkungen und Auflagen bei der Vermarktung. Norwegen besitzt ein überschaubares Arzneimittelangebot - ca 700 Wirkstoffe, ca 4 000 Spezialitäten - von denen, laut Gadeholt, ein großer Prozentsatz als "*sinnvolle Arzneimittel*" eingestuft werden kann. Da alle 5 Jahre eine Evaluation der Arzneimittelliste stattfindet, gäbe es gute Chancen, den Arzneimittelmarkt dem Stand der Wissenschaft anzupassen (wobei der Aufnahmeprozeß neuer Arzneimittel heute schneller geht

als vor einigen Jahren) und irrationale und sich als problematisch erweisende Arzneimittel aus dem Angebot zu verbannen. Ob sich die begrenzte Anzahl von Arzneimitteln weiterhin halten wird - auch Norwegen rückt näher an die EG - bleibt abzuwarten.

Die Beiträge von A. Herxheimer, dem Herausgeber des "Drug and therapeutic bulletin" (Großbritannien), T. de Vries (Niederlande) und E. Gysling (Schweiz), Herausgeber der schweizerischen "pharmakritik", bezogen sich auf den Verordnungsprozess und den Möglichkeiten der Verbesserung der Verschreibungsgewohnheiten auf Seiten der Ärzte.

So stellte A. Herxheimer die Frage, was Allgemeinärzte, die immerhin rund 80% der Medikamente verschreiben, zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit beitragen können. Von Bedeutung sind s.E. in diesem Zusammenhang die Qualität der Verschreibung, die Information und "*Führung*" der Patienten, das "drug monitoring" und die Mitwirkung an klinischer Forschung. Da der Verschreibung eines Arzneimittels eine Kette von Überlegungen vorausgehen - benötigt der Patient überhaupt ein Arzneimittel, welcher Effekt ist gewünscht, welches Mittel paßt am bestem in welcher Darreichungsform und Dosierung, was ist zu tun, wenn die gewünschte Wirkung nicht eintritt u.a.m - müssen die Ärzte eine "treatment-policy" entwickeln, die ständig kritischer Bewertung zu unterziehen ist. Da jede ärztliche Konsultation auch als Lernsituation über den Umgang mit Beschwerden und Arzneimitteln für den Patienten zu verstehen ist, müssen die Verordner ebenso über eine "*teaching policy*" verfügen. Einen Beitrag zur Arzneimittelsicherheit wird auch durch das aktive Nachfragen und Dokumentieren von Patientenbeobachtungen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen geleistet - was leider, so wurde bemängelt nur viel zu selten geschieht.

"Sie sparen Zeit, wenn Sie weniger Arzneimittel weniger häufig verordnen"
A. Herxheimer

"*Die klinische Pharmakologie muß sich an den Erfordernissen der täglichen Praxis ausrichten*" - so Dr. Gysling. Die Entscheidung, warum für einen Patienten ein bestimmtes Medikament verschrieben wird, ergibt sich aus rationalen Erwägungen, d.h. Nutzen-Risiko-Abschätzungen. Hierzu sind Kenntisse der Pharmakokinetik ebenso bedeutsam wie Informationen über Arzneimittelnebenwirkungen und Wissen über den Zustand des Patienten. Gysling plädierte für das "*Prinzip der Beschränkung*": weniger ist oft besser, denn eine reduzierte Anzahl von gut dokumentierten, wirksamen Arzneimitteln bedeutet bessere Kenntnis auf Seiten der Ärzte, geringere Gefahr der Interaktionen, bessere Compliance der Patienten und -last but not least - geringere Kosten.

"Auch die billigste Variante ist zu teuer, wenn das Arzneimittel überflüssigerweise verschrieben wird." E.Gysling

Als praktische Probleme, die von der klinischen Pharmakologie (von der Pharmazie war nicht die Rede, I. S.) gelöst werden können, nannte Gysling Geschmack und Darreichungsform der Arznei, therapiegerechte Packungsgrößen und Einnahmemodi.

Daß Diskrepanzen zwischen den Erkenntnissen der Pharmakologie ("*der reinen Lehre*") und der Praxis bestehen, führten die Referate von Dr. de Vries, der sich mit der Verbesserung der Arzneimittelkenntnisse im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung befaßte, und Frau Prof. Sehrt, die über Psychopharmakaverordnungen sprach, nur allzudeutlich vor Augen. Untersuchungen von Dr. de Vries ergaben, daß die ungenügenden Kenntnisse rationaler Verordnungsweise bei den Studenten und damit auch praktischen Ärzten ihre Gründe z.T. darin haben, daß das vermittelte Wissen nicht genügend praxisorientiert ist, daß Übung und Routine in der Arzneimittelauswahl fehlen und daß die Ärzte nicht zuletzt negativen Einflüssen (Stichwort: Pharmareferenten) ausgesetzt sind. Wie notwenig die (Aus-) und Weiterbildung der Ärzte im Fach Arzneimittelkunde und (klin.) Pharmakologie ist, zeige eine Aufstellung über die geringe Stundenanzahl dieser Fächer an 164 westeuropäischen Universitäten. Vorgestellt wurde von de Vries an einem anschaulichen Beispiel, wie in den Niederlanden rationale Arzneimitteltherapie mit der Methode des problemorientierten Lernens vermittelt wird.

Frau Prof. Sehrt, die auf der Grundlage des GKV-Index die alters- und geschlechtsspezifische Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka und den Wandel der Verordnungsgewohnheiten seit Anfang der 80er Jahre (weniger Benzodiazepine, mehr Antidepressiva und Neuroleptika) aufzeigte, sowie die Probleme der (potentiellen Psychopharmaka-) Patientinnen umriß, verwies auf die Notwendigkeit "*maßgeschneiderter*" Therapien und machte auf die Gefahr des Anstoßens von Psychopharmakabhängigkeiten aufmerksam, denn, "*die Karrieren beginnen sehr früh*" - und so muß

man nach ihren Ausführungen befürchten, durch Verordnungen der Allgemeinärzte, denn auf diese entfallen 53% alle Psychopharmakaverordnungen.

In weiteren Referaten wurde kurz der Stand der Arbeit an der Europäischen Arzneimittel-Empfehlungsliste aufgezeigt, die nun in eine Erprobungsphase geht (G.Grant, Großbritannien), Erfahrungen aus 15 Jahren freiwilliger "*Arzneimittelberatung für Ärzte von Ärzten*" aus Nordirland berichtet (H. McGavock, Belfast), über die Verordnung von Pseudoplazebos nachgedacht (J.McCormick, Dublin) und Möglichkeiten und Grenzen des Wirksamkeitsnachweises von Arzneimitteln beim niedergelassenen Arzt aus der Sicht der medizinischen Biometrie (klin. Prüfung Phase III) (PD Dr.J. Hasford, München) vorgestellt. An den Nachmittagen fanden zu ausgewählten Themen wie Hypercholesterinämie, Benzodiazepinabhängigkeit, Venen- und Lebermittel, Schmerztherapie, Nootropika, Diabetes u.v.m. problemorientierte Workshops statt. Die Arbeitsergebnisse werden zusammen mit den Referaten in einem Tagungsband im Herbst d.J. veröffentlicht.

Rationale Pharmakotherapie - keine Zusammenarbeit mit Apotheker/innen?

Adressaten der Fragestellung des Kongresses - rationale Pharmakotherapie - waren die Allgemeinärzte. Ich habe als Apothekerin an dieser Veranstaltung teilgenommen, da ich zum einen etwas über rationale Pharmakotherapie lernen, zum anderen die Probleme der Ärzte im Zusammenhang mit der - insbesonderen rationalen - Arzneimittelauswahl erfahren wollte, um Vorstellungen einer Zusammenarbeit in dieser Frage zu entwickeln, wenn möglich auch zu diskutieren. Ich war mir zwar darüber im klaren, daß der § 20 unserer Apothekenbetriebsordnung kein Thema des Kongresses darstellte, hatte aber doch die Vorstellung gehabt, daß Ärzte, die sich mit ihren Verschreibungsgewohnheiten kritisch auseinandersetzen, für berufsübergreifende Zusammenarbeit offen sind.

An einigen Stellen der Referate drängt sich eine Zusammenarbeit und gemeinsames Lernen geradezu auf - denn schließlich sollten auch wir die OTC-Präparate rational auswählen und - siehe §20 - die Problemstellungen der Ärzte kennen; an anderen Stellen ahnte man die Gründe für den schweren Stand der klinischen Pharmazie. Im Workshop zum Thema: Eigenverantwortliche Qualitätsprüfung ärztlichen Verordnungsverhaltens ("*medical audit of prescribing: when and how?*") wurde verschiedentlich auf die Notwendigkeit eines feedbacks des Verschreibungsverhaltens hingewiesen. (Von wem eigentlich? Das sogenannte vielgerühmte peer-review dürfte für den in der Einzelpraxis arbeitenden Arzt doch eher die Ausnahme darstellen.) Qualitätsprüfung stellt einen sich ständig vollziehenden zirkulären Prozess dar: Aufstellen eines Standards (good prescribing practise) Implementieren, Evaluieren. Kurz und gut - die Qualitätsprüfung bedeutet auch Arbeit. Als an dieser Stelle ein Arzt äußerte, daß er eigentlich eher weniger als mehr arbeiten möchte, hielt ich den Augenblick für gekommen, doch auf Entlastungsmöglichkeiten durch Zusammenarbeit mit anderen Berufen - z.B. Apotheker - hinzuweisen.

Es kam, wie es kommen mußte. Als erstes Gegenargument wurde der Verdienst der Apotheker am Arzneimittel genannt (auch wenn die Spanne zu hoch angesetzt war, ist der Aussage nur schwer zu widersprechen), als zweites hieß es knapp, daß die Apotheker für andere Aufgaben da wären (z.B. Herstellung, Abgabe). Einem Arzt, der darauf verwies, daß er bei "*seiner*" Apothekerin durchaus relevante Informationen erhalten kann, wurde geraten, sich die nötige Software doch selbst zu besorgen. Das Thema konnte nicht weiter vertieft werden - und doch werde ich das Gefühl nicht los, daß diese Zurückweisung einer näher noch gar nicht beschriebenen Zusammenarbeit auf ein zentrales (wenn auch in unterschiedlicher Intensität vorliegendes) Problem von Allgemeinärzten und Apothekern verweist und vor dem Hintergrund der Ausdifferenzierung der beiden Professionen deutlich wird: ihre Suche nach einer je spezifischen Identität und ihr Bemühen um den Erhalt des professionellen Status. Beide Berufsgruppen benötigen dazu das Arzneimittel!

Immerhin war es mir ein kleiner "*Trost*", daß anwesende, in Beratungsstellen der Krankenkassen tätige ApothekerInnen von einer guten Akzeptanz ihrer Angebote sprachen, so daß ich obige Erfahrung vielleicht unter der Kategorie "Berufspolitik" abbuchen werde.

Selbstbeteiligung für Patienten - Kompensation für die Anbieter

von Gerd Glaeske

Am 1. Januar 1989 ist das sog. Gesundheitsreformgesetz (GRG) in Kraft getreten - die programmatische Überschrift: "*Solidarität neu bestimmen!*" Es gab viele Neuerungen und einige "*Herzstücke*", darunter die Arzneimittelversorgung, die dem zuständigen Minister Norbert Blüm offensichtlich ganz besonders am Herzen lag. Drei Versatzstücke sollten geeignet sein, die drei Hauptprobleme unseres Arzneimittelmarktes, nämlich die hohen Kosten, die verbesserungsbedürftige Qualität und die ausufernde Menge, in den Griff zu bekommen.

Die **Kosten** in der kassenärztlichen Arzneimittelversorgung sollten durch die **Festbetragsregelung** gesenkt werden, die verordneten Arzneimittel werden nur noch bis zu einer festgesetzen Grenze von den Krankenkassen bezahlt. Der Gedanke war richtig, die Ausführung allerdings mangelhaft. Selbst bei optimistischer Prognose werden nach dem geplanten Modell nur rd. 50% des Arzneimittelmarktes mit einem Festbetrag reguliert, der gleichgroße Rest bleibt der freien Preisgestaltung der pharmazeutischen Hersteller überlassen. Die Folge: Für viele nicht-festbetragsgeregelte Arzneimittel, meist Pseudoinnovationen mit fragwürdigen Therapievorteilen gegenüber festbetragsgeregelten Standardarzneimitteln, die sich aber dennoch außerordentlicher Beliebtheit bei den Ärzten erfreuen, wurden drastisch die Preise erhöht. Die Folge: trotz Festbeträgen steigen z.Zt. die Arzneimittelkosten bei den Krankenkassen wie selten zuvor, rd. 9% im 1. Quartal 1991. **Die Anbieter kompensieren, die Versicherten werden sich demnächst wieder mit höheren Beiträgen konfrontiert sehen.**

Es gibt einen weiteren Aspekt: Die festbetragsgeregelten Arzneimittel bekommt der Patient ohne "Rezeptgebühr", die ohne Festbetrag z.Zt. noch für 3,- DM Eigenanteil pro verordnetem Mittel, ab 1.1.1992 steigt dieser Eigenanteil, so sieht es die gesetzliche Regelung derzeit noch vor, auf 15%, max. 15,- DM pro Arzneimittel. Es sind viele Beispiele von Verordnungen denkbar, für die ein Patient heute noch 6,- DM, ab 1.1.1992 aber 30,- DM Eigenanteil zahlen muß. Die Eigenanteilserhöhung wird vor allem ältere und chronisch kranke Menschen treffen - die über 60jährigen machen nämlich nur 20% der Versicherten aus, sie verbrauchen aber über 50% aller Arzneimittel. Natürlich wird es Überforderungsklauseln geben. Doch es wird noch allzu viele Rentner geben, die erhebliche Eigenanteile leisten müssen. Da die gesamte Regelung in der Zwischenzeit auf Kritik gestoßen ist, existieren z.Zt eine Reihe von Vorschlägen zur Veränderung: Die einen (Ärzte, Pharmaindustrie) plädieren für eine Senkung auf 10% mit einem Höchstbetrag von 10,-DM, andere, wie die Sozialausschüsse der CDU, befürworten eine Terminverschiebung des Inkrafttretens um 2 Jahre. Die ABDA favorisiert dagegen aus Praktikabilitätsüberlegungen ein Modell der fixen Eigenbeteilgung für alle Verordnungen. Um die derzeit erzielten 1,3 Mrd. DM beizubehalten, sollte pro verordnetem Arzneimittel eine Eigenleistung von 2,30 DM gezahlt werden. Alles in allem bleibt die geplante prozentuale Regel unsozial - Kritik und Hinweise auf mögliche Alternativen sind weiter unten in einem Thesenpapier abgedruckt.

Ein ähnlich unrühmliches Theater gibt es z.Zt. um die **Negativliste**, mit der die **Qualität der kassenärztlichen Arzneimittelversorgung** verbessert werden soll. Hierunter fallen solche Mittel, die entweder als nicht sinnvoll zusammengesetzte Kombinationspräparate gelten (z.B. Persumbran, Limbatril, Cordichin etc.) oder die einen Wirkstoff mit zweifelhafter therapeutische Wirksamkeit beinhalten ("Negativ-Monographien", wie z.B. solche mit Cinnarizin bei Hirnleistungsstörungen im Alter). Die nun erstellte Liste benennt solche Arzneimittel, die nach den vom Bundesarbeitsminister erstellten Kategorien ab 1. Juli 1991 nicht mehr von Krankenkassen bezahlt werden sollen. Z.Zt. sind eine Reihe rechtlicher Streitigkeiten anhängig - wann die Liste letztlich erscheinen wird, kann heute (am 22.06.) nicht prognostiziert werden. Aber auch hier sind die Anbieter nicht untätig gewesen und haben ihre Präparate den neuen Regularien angepaßt: Inhaltsstoffe, die zur Aufnahme in die Negativliste führen, werden aus dem Präparat eliminiert, es reicht, an den ursprünglichen Namen z.B. ein "N" anzuhängen.

In diesem Zusammenhang soll nicht unerwähnt bleiben, daß in der Zwischenzeit Arzneiwirkstoffe mit einem Festbetrag "geadelt" wurden, die eher in die Negativliste gehörten. Festbeträge signalisieren den verordnenden Ärzten die Wirtschaftlichkeit des Arzneimittels, das "Adelsprädikat" Festbetrag garantiert daher auch Umsatzanteile für die Hersteller. Ist es aber vernünftig, für vielfach umstrittene Arzneimittel (z.B. Mittel bei Durchblutungsstörungen) Festbesträge zu vergeben und sie somit frei von Eigenbeteiligung zu stellen, während nützliche Mittel, die (noch) keine Generika-Konkurrenz haben, mit einem hohen Eigenanteil belastet sind?

Die Negativliste wird sicherlich dazu beitragen, daß viele Arzneimittel in den Selbstmedikationsbereich (OTC-Bereich) überführt werden. Das Beratungsangebot und die Beratungskompetenz der ApothekerInnen werden mehr als bislang gefordert werden, damit dieses qualitative "Rest-Sortiment" seine Bedeutung im Markt verliert.

Bleiben noch die **Richtgrößen**, die eine **Mengenbegrenzung** der verordneten Arzneimittel bewirken sollte. Bislang scheinen die Konzepte allerdings eher die Stabilisierung des Fachgruppen-Kostendurchschnitts festzuschreiben: Nur der Arzt fällt auf, der deutlich mit seinen Arzneimittelkosten über denen seiner Fachgruppenkollegen liegt. Erhofft wurden indikations-, ja arzneimittelbezogene Begrenzungskonzepte - solche Lösungsansätze hatten aber bislang keine echte Lobby.

Das **GRG** hat sich bislang als **untaugliches Mittel** erwiesen, den Arzneimittelbereich zu ordnen, die vorgesehene Novellierung wird daran nichts ändern. Solange nicht die Vermarktungs- und Anbieterstrukturen z.B. mit Positivlisten und Preisverhandlungen reguliert werden, sondern sich immer wieder neue Spielwiesen für Anbieter öffnen, sind Patienten machtlose Zuschauer bei diesen Spielen: Die Anbieter beeinflussen die Regeln und sind Spieler, Schiedsrichter und Kassierer gleichzeitig. Beteiligen dürfen sich die Zuschauer allerdings auch, aber nur mit ihren Beiträgen!

Aspekte für die Bewertung von Selbstbeteiligungsmodellen

* SBM (Selbstbeteiligungsmodelle) belasten immer die Inanspruchnehmer von Versorgungsleistungen, also PatientInnen. Die gesunden Versicherten haben davon Vorteile, weil durch hohe SB die Krankenversicherung entlastet wird und Beiträge gesenkt werden können. Der Nachteil der einen, krank zu sein und zusätzlich eine höhere finanzielle Belastung zu tragen, stellt einen Vorteil der anderen dar, nämlich geringe Beitragsbelastungen. **Dies bedeutet aber eine Entsolidarisierung zwischen Kranken und Gesunden.**

* Prozentuale SBM belasten vor allem diejenigen, die viele Arzneimittel benötigen und verbrauchen. Dies sind in der Bundesrepublik vor allem die Versicherten über 60 Jahre, die zwar nur 20% der Gesamtversicherten ausmachen, aber über 50% aller Arzneimittel verordnet bekommen. **Hieraus entsteht eine Entsolidarisierung zwischen jung und alt.**

* Die Ausgaben für die SB stellen zusätzliche Beitragsbelastungen für Versicherte dar, da sie doch bereits mit ihren Monatsbeiträgen eine Eigenbeteiligung an der gesetzlichen Krankenversicherung aufbringen. Der Unterschied bei der SB: Die Arbeitgeber zahlen keine anteiligen Beträge wie bei den "normalen" Beiträgen. ArbeitnehmerInnen werden also zusätzlich belastet. Dies bedeutet eine Verlagerung von finanziellen Belastungen auf die ArbeitnehmerInnen, obwohl nachweislich viele mit Arzneimitteln behandelte Erkrankungen auf die Folgen der Arbeit zurückzuführen sind. **Dies bedeutet eine Privatisierung von gesundheitlichem Risiko.**

* SBM treffen nur PatientInnen, nicht aber Leistungsanbieter wie Ärzte, Apotheker und Pharmazeutische Hersteller. Die wichtigsten Disponenten von Arzneimitteln sind aber die Ärzte, der wichtigste umsatzorientierte Anbieter ist die Pharmazeutische Industrie. Wenn Kostendämpfung durch Nachfragesteuerung greifen soll - und dies ist mit den unterschiedlichen SBM geplant - kann nicht bei dem angesetzt werden, der eher passiv im Markt Arzneimittel bekommt, beim Patienten nämlich, sondern es müssen gegenüber den Anbietern Strukturen geschaffen werden, die die Nachfragesituation im Markt wirklich steuert. Denkbar wären hier qualitätsbezogene Selbstbeteiligungsmodelle, in denen notwendige Arzneimittel ohne Zuzahlung verordnet werden können, in denen aber weniger nützliche oder unsinnige Mittel mit einer anteiligen Eigenbeteiligung belegt sind. Es ist zu erwarten, so die Erfahrungen aus dem Festbetragsmodell, daß die Verschreibungsquote bei den weniger sinnvollen Arzneimitteln deutlich zurückgehen wird. **Damit gewinnen SBM Steuerungsfunktion - der Markt "*bestraft*" mindere Arzneimittelqualität.**

Negativliste gescheitert - trotzdem danach handeln!

von Ulrich Hagemann und Gerd Glaeske

Kurz vor Toresschluß ist in der letzten Juni-Woche die konkrete Umsetzung der "Negativliste" zunächst einmal gescheitert. Mit der "Negativliste" ist beabsichtigt die bisher schon bestehenden Einschränkungen in der Kassenerstattung von Arzneimitteln (z.b. durch die Herausnahme der Arzneimittel bei Bagatellerkrankungen) zu erweitern. Ziel sind Qualitätsverbesserung und Einsparungen bei den Kosten, die den Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) durch die Verordnung von Arzneimitteln entstehen. Betroffen sind unwirtschaftliche Arzneimittel. Dazu zählen im wesentlichen nicht sinnvolle Kombinationsarzneimittel (z.B. PERSUMBRAN), Arzneimittel mit mehr als drei Wirkstoffen (z.B. BELLERGAL RET.) und solche, deren therapeutischer Nutzen nicht belegt ist (z.B. STUTTGERON bei Hirnleistungsstörungen im Alter). Allerdings wurden große Arzneimittelgruppen (Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen Anthroposophie, Homöopathie und Phytotherapie) von vornherein von den Regelungen der "Negativliste" ausgenommen.

Ihre Wurzeln hat die Negativliste im Blüm'schen Gesundheitsreformgesetz. Darin wird der Verordnungsgeber ermächtigt, unwirtschaftliche Arzneimittel von der Erstattung auszuschließen (§ 34 SGB V). Seit über einem Jahr ist die entsprechende Verordnung verabschiedet - zu einer Zeit, als Blüm noch für das Sozialversicherungswesen zuständig war.

Doch die Zeiten ändern sich. Als der Tag näherrückte, an dem die Verordnung in Kraft treten sollte, machte sich bei allen Beteiligten Unruhe breit. Zur praktischen Umsetzung war nämlich vorgesehen, daß der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen eine Liste zusammenstellen und veröffentlichen sollte, in der konkret die Arzneimittel benannt werden, die nicht mehr erstattungsfähig sind. Eigentlich ist es nicht überraschend, daß ein solches Vorhaben an der Wirklichkeit unserer Arzneimittel-Marktwelt scheitern mußte. Der Umfang unseres Marktes mit mehr als 100 000 Arzneimitteln machte die Zusammenstellung der betroffenen Arzneimittel nahezu unmöglich. Die vom Blüm-Minesterium (BMA) aufgestellten Kriterien für den Ausschluß von der Erstattungsfähigkeit waren nicht ausreichend genau, Definitionen und Klassifikationen von Arzneimitteln fehlten. Schließlich verweigerte der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen die ihm zugewiesene Aufgabe, die Negativliste zu erarbeiten und zu veröffentlichen.

Die von Prof. Luepke (Osnabrück) dann im Auftrag des BMA vorgelegte Übersicht über die Negativlistenpräparate brachte die Pharmaindustrie mit allen ihren Potenzen in Trab. Firmen legten Widersprüche gegen die Nennung eines ihrer Arzneimittel ein und viele haben bis zuletzt ihre Arzneimittel "*durchgestylt*" und die Zusammensetzung ihrer von der "Negativliste" betroffenen Arzneimittel soweit geändert, daß sie nicht mehr von der Verordnung betroffen sind. Andere bemühten die Justiz und wandten sich grundsätzlich dagegen, daß - nach der Regierungsumbildung im Januar - nun das Hasselfeldt-Ministerium (BMG) die Veröffentlichung der Negativliste vornehmen sollte. Viele Jäger sind des Hasen Tod - und so entschied das Sozialgericht in Köln in der letzten Juni-Woche, daß tatsächlich der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und nicht das BMG die Liste zu veröffentlichen hätte.

Die Verordnung über die Erstattungsfähigkeit unwirtschaftlicher Arzneimittel ist in Kraft - seit dem 1. Juli 1991. Ärzte, Krankenkassen und Apotheker haben aber kundgetan, daß sie sie wegen der nicht vorliegenden Präparate-Liste nicht anwenden wollen. Was für Zustände!

Was ist das Resumee? Fehlende Kooperation - auch fachliche - zwischen Arbeitsministerium und dem für Gesundheit zuständigen Ministerium sind ein Grund für das Scheitern der "Negativliste". Es wurde der Pharmaindustrie auf diese Weise leicht gemacht, die Kontrahenten unter veränderten politischen Rahmenbedingungen zu testen - und zu siegen. Ein Nebeneffekt ist eine gewisse Säuberung des Arzneimittelmarktes von therapeutisch unzweckmäßigen Kombinationsarzneimitteln durch die Industrie selbst, nämlich durch Herausnahme unnötiger Wirkstoffe. Die Arzneimittel bleiben jedoch in geänderter Zusammensetzung mit fast gleichem Namen auf dem Markt, sind trotz weniger Wirkstoffe nicht billiger geworden und weiterhin erstattungsfähig. Schließlich ist die Story um die "Negativliste" erneut ein Beleg dafür, daß man mit Regelungen "über's Geld" - hier über die Erstattungsfähigkeit -, also mit einem rein ökonomischen Ansatz, keine Bereinigung des Arzneimittelmarktes erreichen kann. Wieder einmal wurde die Flexibilität und Macht der Pharmaindustrie verkannt. Ob die "Negativliste" jetzt überhaupt noch bedeutsame Einsparungen für die GKV bringt, ist völlig offen.

Es bleibt die Forderung nach einer grundlegenden Reform des Arzneimittelrechts. Nur darüber können langfristig therapeutisch unzweckmäßige Arzneimittel vom Markt ferngehalten werden, nur so verursachen sie auch keine Kosten für die GKV. Auf dem Weg dorthin gewinnt die Aufstellung einer "***Positivliste***" immer mehr an Bedeutung. **Sie muß kommen!**

Berichte aus den Regionen: Berlin

von Udo Puteanus

Bericht von der 1. Sitzung der Delegiertenversammlung am 22.05.1991:

Die Wahlen zur Apothekerkammer Berlin fanden im April 1991 statt. Sie standen unter einem besonderen Zeichen, da zum ersten Mal alle Kolleginnen und Kollegen aus ganz Berlin wählen konnten. Das Ergebnis war eigentlich nicht sonderlich überraschend: die bisher schon "*regierenden*" zwei Listen erreichten auch jetzt wieder eine Mehrheit von 53,7 %. Bisher hatten sie mit über 60 % ein deutlich besseres Ergebnis erzielt. Es ist also nicht so, daß die Verhältnisse gleich geblieben wären, wie es in der Fachpresse dargestellt wurde. Andererseits hat die Fraktion Gesundheit, in der fast alle Mitglieder auch Mitglieder des VDPP sind, ein ungefähr gleiches Ergebnis erzielt. Mit knapp 20 % sind wir wieder zur zweitstärksten Liste geworden, und das ist eigentlich kein schlechtes Ergebnis.

Für die Kolleginnen und Kollegen aus dem Ostteil der Stadt war speziell eine eigene Liste angetreten, die in Ostberlin auf ca. 48 % der Stimmen kam, was für ganz Berlin 9.9 % entspricht.

Die Liste der LBA-KollegInnen ("*Guten-Tag-Apotheker*") kam auf 11.9 %, und eine weitere Liste erreichte 5,0 %. Das Ergebnis der LBA-Kollegen hat mich persönlich etwas überrascht, da ich angenommen hatte, daß sie quasi als "*Trendsetter*" mehr erreichen würden. Aber hier sind wohl die besonderen Verhältnisse dieser Wahl zu berücksichtigen.

In der konstituierenden Sitzung der neuen Delegiertenversammlung am 22.5.91 stand die Neuwahl des Vorstandes auf der Tagesordnung. Hier zeigten sich dann die eigentlichen Strukturen in der neuen Delegiertenversammlung. Die bisher "*regierenden*" Listen, ergänzt durch die Liste der Ostberliner KollegInnen, werden auch in Zukunft allein den Vorstand stellen. Der Versuch unserer Fraktion sowie der beiden anderen Oppositions-Listen, Kandidaten in den Vorstand zu wählen, mißlang. Wie wir bereits in einem Leserbrief deutlich gemacht haben (vgl. DAZ Nr. 25/1991 S. 1308), entspricht diese Vorstandswahl nicht unseren Vorstellungen einer demokratischen Struktur in der Kammer. Wir gehen davon aus, daß eine Kammer als Verwaltungseinheit und quasi als Beratungsinstrument der Verwaltung nicht dafür geeignet ist, reine Partikularinteressen nach außen hin zu vertreten und dann noch durch die Zwangsmitgliedschaft den Anspruch zu erheben, das Gesamtinteresse des Berufsstandes zu vertreten.

Kurz und schlecht, auch in Zukunft wird sich nicht viel an den Berliner Kammer-Verhältnissen ändern.

Eine kleine Überraschung gab's dann am Ende der Vorstandswahlen doch noch: Nachdem die drei "*regierenden*" Listen ihre Kandidaten in den Vorstand gewählt hatten, gelang Herrn Stürzbecher ein Überraschungscoup: er schlug Ulrike Faber von unserer Liste für den Posten des stellvertretenden Kassenprüfers vor. War das nicht toll? Schade, Ulrike lehnte ab. War sie sich eigentlich bewußt, welche Ehrung sie damit in den Wind schlug?

Bericht von der DV am 24.06.1991:

War die erste Sitzung noch recht trocken, so konnte man bei der zweiten Sitzung doch einen größeren Unterhaltungswert der Veranstaltung feststellen. Es ist hier leider nicht möglich, dies im einzelnen darzustellen, denn die teilweise einzigartige Situationskomik muß man selbst miterlebt haben. Deshalb hier eine Einladung an alle, bei der nächsten Sitzung der Berliner Apothekerkammer dabeizusein - es lohnt sich ... manchmal. Besonders dazu beigetragen haben diesmal auch die KollegInnen der LBA-Liste, die diesmal mit ihren engagierteren KandidatInnen angetreten waren. Dies läßt für die Zukunft hoffen.

Die inhaltliche Arbeit an Sachfragen blieb auch diesmal auf der Strecke. Entweder reichte die Zeit nicht (unser Antrag, die Ausstellung über die Vertreibung und Vernichtung jüdischer Apotheker zu unterstützen, blieb so auf der Strecke), oder der Einstieg in eine Diskussion wurde durch einen Geschäftsordnungsantrag verhindert. Hierunter litt besonders unser Beitrag, den Ausschuß für Fort- und Weiterbildung nicht nur mit Approbierten zu besetzen, sondern quasi eine Art Runden Tisch zu installieren, an dem auch die anderen Berufsgruppen ihre Vorstellungen über ihre Fortbildung einbringen könnten. Unserer Meinung nach haben die anderen Berufsgruppen (Helferinnen, PTA, Pharmazieingenieure und Assistenten) ein Recht darauf, bei der Planung ihrer Fortbildungsveranstaltungen ein Wort mitzureden. Dies ließe sich z.B. in einem entsprechend besetzten Ausschuß gewährleisten. Aber man wählte einen Fortbildungsbeauftragten und einen Ausschuß, wobei unklar blieb, wieso beides notwendig ist und wie die Zusammenarbeit zwischen beiden Institutionen aussehen soll.

Als besonders negativ muß auch die Diskussion über den Bericht des Präsidenten betrachtet werden. Dadurch, daß hier keine Strukturierung der angesprochenen Themen stattfand, entwickelte sich die Diskussion zu einer Art "*Gemischten Salat*". Pharmazentralnummer, Negativliste, Demokratie in der

Kammer, persönliche Vorwürfe, Cholesterinwert-Bestimmung in der Apotheke und die Trennung von Vorstandsbericht und ABDA-Aktivitäten waren wechselnde Themen innerhalb von Minuten. Unser Vorschlag, die Diskussion demnächst nach Sachthemen zu strukturieren, wurde positiv aufgenommen.

Vernünftig war meines Erachtens die Einrichtung eines Ausschusses zur Überwachung der Einhaltung berufsgerechten Verhaltens. Bisher wurde diese Aufgabe von einer Kommission erledigt, die dem Vorstand direkt unterstellt war und nur sehr unzureichende Arbeit leisten konnte. Da ein Ausschuß direkt der Delegiertenversammlung verantwortlich ist, liegt es nun an uns, die Arbeit des Ausschusses zu kontrollieren. (Nebenbei: Meiner Meinung dient die Überwachung der Berufsausübung durch die Kammer in erster Linie der Imagepflege des Berufsstandes und nicht einer besseren Arzneimittelversorgung. Ich fände es besser, wenn eine Berufsordnung nicht von einer Kammer erstellt würde, sondern durch den Gesetzgeber direkt, der dann auch die Überwachung zu gewährleisten hätte. Diese Bestimmungen hätten verbindlicheren Charakter und wären nicht ständig Thema von gerichtlichen Auseinandersetzungen; dies hat nämlich bisher noch zu keinem greifbaren und eindeutigen Ergebnis geführt. Stattdessen streitet man sich immer wieder darüber, wie groß Anzeigen in Zeitungen sein dürfen usw. Hier wäre eine eindeutige Klärung notwendig und eine bundeseinheitliche Regelung wünschenswert.)

Alles in allem eine Sitzung, die zwar nicht viel Neues brachte, die aber aufgrund ihres Unterhaltungscharakters erlebenswert war.

Statt einer Buchbesprechung.....

von Ingrid Schubert

Von *Jens Alber* erschien im Campus Verlag in 2. Auflage (1987) das Buch *"Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa."* Es ist, laut Klappentext, die "erste vergleichende Darstellung der Entstehung und Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa von den Anfängen bis zu Gegenwart....Die nationalen Eigenheiten und Gemeinsamkeiten der sozialstaatlichen Entwicklung werden herausgearbeitet und als erklärungsbedürftige Tatbestände mit den Aussagen marxistischer und pluralistischer Theorien des Wahlfahrtsstaates konfrontiert. Neuartige Analysen untersuchen den Einfluß der Wirtschaftsentwicklung und politischen Kräftekonstellationen..." Ein Buch für alle, die tiefer in die Thematik einsteigen wollen.

Ans Herz - oder in die Offizin - gelegt sei ein Aufsatz von *Douglas Webber: Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreform. In: Leviathan, Zeitschrift für Sozialwissenschaft, Jg.1988, Heft 2:156 - 203.* Da bei uns Gesundheitsreform überwiegend mit Kostendämpfung gleichgesetzt wird und ein Thema darstellt, daß uns sicher noch eine Zeitlang begleiten wird, ist es lohnend, sich einmal vor Augen zu führen (oder führen lassen), warum den sogenannten Gesundheitsreformen so wenig Erfolg beschieden war. Wer es noch ausführlicher wissen möchte, der greife zu

Bernd, Rosewitz; Douglas Webber (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Ffm, Campus-Verlag. Die Autoren versuchen herauszufinden, aufgrund welcher Akteurkonstellationen und institutioneller Mechanismen Reformvorhaben durchgesetzt oder - nicht uninteressant- blockiert werden konnten. Die Reformversuche werden an Hand von vier Fallstudien dargestellt (Verzahnung von amublanter und stationärer Versorgung, ÖGD, Vertrauensärztlicher Dienst und Kassenärztlicher Dienst) - die Apotheker und Pharmaindustrie als Akteure kommen damit leider nicht vor. In ihrem Ergebnis - es kommt für uns sicher nicht überraschend - stellen die Autoren "eine erhebliche Reformresistenz des deutschen Gesundheitssystems" fest.

"Vertreibung und Vernichtung jüdischer Apotheker im Dritten Reich"

- SPENDENAUFRUF -

von Udo Puteanus

"Die Geschichte des Antisemitismus zeigt mit beklemmender Konsequenz, wie aus gesellschaftlichen Vorurteilen Feindbilder entstehen können, die in menschenvernichtender Gewalt enden. Entstehung und Ausbreitung des Antisemitismus folgen jedoch keinem Naturgesetz, sie sind vielmehr das Ergebnis spezifischer politischer, sozialer und kultureller Bedingungen, aus denen feindselige Aggressivität hervorgegangen ist, während es gleichzeitig auch Beispiele für menschliche Solidarität und produktive Zusammenarbeit gegeben hat. Die Auseinandersetzung mit dem Antisemitismus, seinen Ursachen und Konsequenzen, erschließt uns damit nicht nur ein kritisches Bewußtsein für die verhängnisvolle Macht von Vorurteilen, sie gibt zugleich auch Hinweise für die Möglichkeit ihrer Überwindung" [1)]

Als wir uns auf der Mitgliederversammlung 1990 in Schmitten zum ersten Mal mit dem Thema Antisemitismus beschäftigten, hatten wir nur ein etwas diffuses Gefühl dafür, warum wir uns darauf einließen. Es war uns klar, daß es auch im Apothekenwesen - und in der Pharmazie im allgemeinen - antisemitische Tendenzen gegeben haben dürfte. Doch bisher wurde dies innerhalb unseres Berufsstandes noch nicht genügend aufgearbeitet.

Seit 1990 existiert nun zum ersten Mal eine größere Arbeit über das Schicksal jüdischer KollegInnen zur Zeit des "Dritten Reiches". Doch die Gefahr ist groß, daß diese Arbeit nicht genug an die Berufsöffentlichkeit kommen wird, so daß wir uns entschlossen, mit Hilfe einer Ausstellung mehr Öffentlichkeit zu schaffen. Gleichzeitig wollen wir auf der Hauptversammlung des Deutschen Apothekertages einen Antrag zur Diskussion stellen, der die ABDA auffordern soll, mit der Errichtung einer Gedenktafel der Opfer des Nazi-Terrors zu gedenken.

Uns ist bei der Bearbeitung des Themas klargeworden: auch in der Pharmazie - und hier vor allem in Berlin - gab es jüdische KollegInnen, die zwischen 1933 und 1939 ihre Arbeit und ihren Besitz verloren, wovon viele nichtjüdische KollegInnen profitierten. Noch 1933 gab es über 1000 arbeitslose ApothekerInnen, die in die frei werdenden Stellen einrückten und teilweise sehr günstig in den Besitz einer Apotheke kommen konnten. Die Juden aber, denen es nicht rechtzeitig gelang, in ein aufnahmebereites Land zu emigrieren, wurden oftmals in Konzentrationslager verschleppt und dort ermordet. Widerstand gegen die Verbrechen gab es nur sehr selten. Meist beschränkte er sich auf die individuellen Versuche, bekannte und befreundete Menschen zu schützen, was jedoch sehr gefährlich werden konnte.

Was war aber nach 1945? Auch nach der Befreiung vom Faschismus, was kaum jemand als solche begriff, wurde das Unrecht nur selten zu einem Thema in der Standespolitik. Stattdessen nutzte man das Entnazifizierungsverfahren zur Säuberung seiner eigenen Karriere und verdeckte die eigene Verstrickung mit dem Nazi-System. Ja, es gibt sogar Fälle, in denen jüdische KollegInnen, die den Holocaust überlebten, nicht einmal jetzt ihr Recht bekamen und noch einmal darum kämpfen mußten.

Uns ist auch wieder bewußt geworden, wie schwer es ist, Widerstand zu leisten, wenn man damit ein Risiko eingeht. Um so wichtiger ist es deswegen, Widerstand einzuüben und die eigene Persönlichkeit zu stärken. Um so wichtiger ist es aber auch, sich gegen erneute Diskriminierungen von Minderheiten zu wehren.

Wir laden Euch ein, die Ausstellung auf dem Deutschen Apothekertag zu besuchen und an der Veranstaltung dazu am Freitag, 25.10.1991, um 19.30, teilzunehmen. Gleichzeitig möchten wir Euch bitten, unser Projekt durch eine Geldspende zu unterstützen. Zwar haben wir vom Verein bereits viel Geld zugesagt bekommen, trotzdem kann ein weiterer Zuschuß nicht schaden. Er würde außerdem den Haushalt des Vereins entlasten. Allein Plakate und Handzettel kosten ca. 900.- DM, von den Schautafeln ganz zu schweigen.

Wenn Ihr unsere Arbeit unterstützen könnt, spendet auf das Postscheckkonto unseres Vereins. Kennwort: Ausstellung,

und kommt nach Berlin, um das Ergebnis zu sehen!

Postscheckkonto Berlin:	Kto.-Nr.:	20 047-105 (VDPP-Hamburg: Ausstellung)
	BLZ:	100 100 10

---

1) aus dem Vorwort von: Herbert A. Strauss und Norbert Kampe (Hrsg.): Antisemitismus. Von der Judenfeindschaft zum Holocaust. Bonn 1984, S.7.

ANKÜNDIGUNGEN

EG-Seminar

zum Thema *Selbstbeteiligungs-Modelle in Europa*

Termin: 2. und 3. November 1991

Tagungsort: Bremen

Tagungsgebühr: 50 DM incl. Verpflegung

nähere Informationen und Anmeldung bei Gerd Glaeske, Oststraße 53, 4000 Düsseldorf 1

Einladung zur Jahrestagung 1991 der Gesundheitsakademie

DER GLÄSERNE MENSCH

oder

die Wieder-Belebung der Körper

Termin: 10. bis 13. Oktober 1991

Tagungsort: Soest

Themen: Die historischen Wurzeln des gläsernen Menschen und Möglichkeiten der Belebung des Körpers (Paradigmenwechsel). Zur Bedeutung des gläsernen Menschen für zukünftige Entwicklungen und über die Gefahren der Wiederbelebung (Utopie).

Arbeitsgruppen:
Gesundheitsförderung und Weiterbildung
Patientenrechte und Patientenstellen
Selbsthilfe - Theorie und Praxis
Gentechnologie im Gesundheitsbereich
Arbeit und Gesundheit
Umwelt und Gesundheit
Reform des Medizinstudiums
Frauen und Gesundheit
Gesundheitswissenschaften

Informationen: Gesundheitsakademie, Braunschweiger Straße 53b, 2800 Bremen 1, Tel.: 0421 / 498 86 34

Adressen der regionalen Kontaktpersonen (Ex-DDR siehe Berlin)

Baden-Württemberg

Hanne Lederer
Stadt-Apotheke
Espantorstr. 1
7972 Isny
Tel.: 07562 - 8524
07562 - 4417 (priv.)

Bayern

Michaela Hobmair-Halberstadt
Königinstr. 51
8000 München 22
Tel.: 089 - 34 74 00

Berlin

Ulrich Breckheimer
Apotheke am Funkturm
Neue Kantstr. 18
1000 Berlin 19
Tel.: 030 - 321 67 61
030 - 322 63 89 (priv.)

Bremen

Jutta Frommeyer
Igel-Apotheke
Schwaneweder Str. 21
Tel.: 0421 - 60 50 54

Hamburg

Susanne Meyer
Fleming-Apotheke
Grindelallee 153
2000 Hamburg 13
Tel.: 040 - 45 14 15

Hessen

Franz Kirchner
Hilligengasse 13
6230 Frankfurt-Hoechst
Tel.: 069 - 30 66 89

Niedersachsen

Gabi Beisswanger
Husarenstr. 50
3300 Braunschweig
Tel.: 0531 - 79 82 31

Nordrhein-Westfalen

Volker Kluy
Wilhelm-Tell-Str. 13
4000 Düsseldorf 1
Tel.: 0211 - 311 4172
0211 - 39 42 56 (priv.)

Rheinland-Pfalz

siehe Hessen

Saarland

Edith Arweiler
Bernhardstr. 19
6638 Dillingen/Saar
Tel.: 06831 - 7 34 63

Schleswig-Holstein

siehe Hamburg