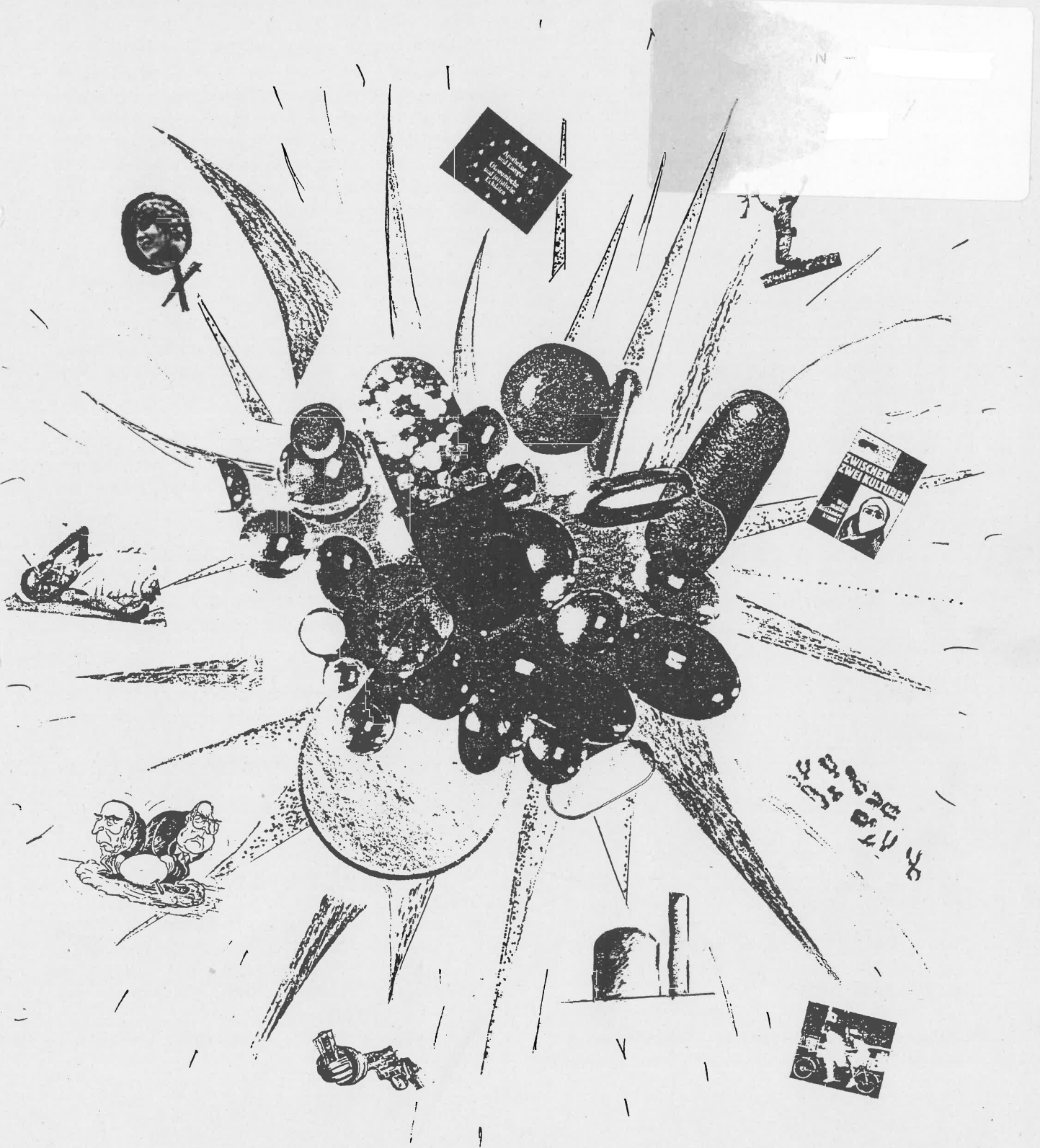


VDPP - Rundbrief

Nr. 11 Februar 1992

MITTEILUNGEN DES VEREINS DEMOKRATISCHER PHARMAZEUTINNEN UND PHARMAZEUTEN



"Wechselwirkung": Pharmazie und Politik - Zum VDPP-Proramseminar

Inhaltsverzeichnis	Seite
Protokolle vom Programmseminar	3
Sozialwahlen	6
Frauenprojekt	7
Nochmals: Mifepriston - RU 486	8
"Stiftung Arzneimittelsicherheit"	8
Public health - Alternative für uns?	11
LAUS - das Projekt heute	17
Pharmazeutin als Journalistin	18
Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts	20
ÖTV-Haustarifverträge	22
Anmerkungen zur Verpackungsverordnung	22
Arbeitsgruppe Gentechnologie	24
Buchbesprechungen:	
Die Angestelltenbewegung im Apothekenwesen in der Weimarer Republik;	24
Wege jüdischer Apotheker;	24
Allzeit bereit!	25
Ausstellung: Nachlese - ein Artikel	26
Aus Zeitschriften:	
"Ausschwitz mal andersrum"	27
Aus den Regionen: Hamburg, Berlin	27
Vorstandsprotokoll	29
Termine	32
Anmeldungen:	
zum EG-Seminar	33
zum Frauenseminar	35
zur Mitgliederversammlung	37
VDÄÄ-Presseerklärung zu AM-Listen	39

Impressum

Der Rundbrief ist eine Veröffentlichung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP).

Redaktion: Christa Augustin, Gerd Glaeske, Thomas Hammer, Christiane Hefendehl, Hanne Lederer, Udo Puteanus, und Thomas Schulz-

Editorial

Dieser Rundbrief ist diesmal optisch etwas anders, da Thomas zur Zeit der Herstellung nicht in Berlin war und kein Computer zur Verfügung stand. Deshalb hat Udo die Zusammenstellung des Rundbriefs übernommen, und wir müssen uns mit der normalen Schreibmaschinenschrifttype zufriedengeben.

Im Mittelpunkt dieses Heftes stehen die Berichte über das Programmseminar am 18./19. Januar 1992. Da die Diskussion noch nicht zu einem Abschluß geführt werden konnte und einige Kapitel des Programms erneut überarbeitet werden, kann der Entwurf eines neuen Programms in diesem Rundbrief noch nicht - wie ursprünglich geplant - abgedruckt werden. Weitere Beiträge zur Programmdiskussion werden im nächsten Rundbrief aufgenommen. Deshalb und für weitere Artikel hier der Hinweis auf den

Redaktionsschluß für den nächsten Rundbrief: 20.3.1992

Schickt Eure Beiträge diesmal wieder an Thomas Schulz-Schalge, Rothenburgstr. 3, W-1000 Berlin 41.

Wir möchten Euch bereits schon an dieser Stelle auf die **Anmeldungen** zu unseren Veranstaltungen hinweisen. Die Anmeldungen sollten rechtzeitig eintreffen.

EG-Seminar: 21./22.03.1992

Frauenseminar: 09./10.05.1992

Mitgliederversammlung: 20./21.06.1991

(siehe dazu die Seiten 33-38)

Dem Rundbrief liegt diesmal eine Bescheinigung für die Vereinsbeiträge und ein Werbeblatt zur Weitergabe an Interessierte bei.

Viel Spaß beim Lesen des Rundbriefs,

Eure Rundbrief-Redaktion.

Schalge.

V.i.s.d.P.: Gudrun Hahn c/o Fleming-Apotheke, Grindelallee 182, 2000 Hamburg 13 (Tel 040 / / 45 14 15). Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt der Autor die volle Verantwortung. Konto-Nr. des VDPP: 20047-105, Postgiroamt Berlin BLZ 10010010.

Zum Programmseminar am 18./19. Januar 1992

Am 18./19. Januar 1992 trafen sich etwa 20 KollegInnen des VDPP in Frankfurt am Main, um über die Fortschreibung/Überarbeitung des VDPP-Programms zu diskutieren. Nach ca. zweistündiger Plenumsdiskussion traf man sich anschließend in zwei kleineren Arbeitsgruppen:

1. Pharmazeutische Themen: Apotheke von heute, Apotheke der Zukunft, EG-Problematik, Standesorganisationen, Krankenhauspharmazie, Frauen, Sozialpharmazie, Ausbildung;

2. Gesundheit und Politik: Umwelt, Gentechnologie, Kernenergie, Frieden, "3. Welt", AusländerInnen.

Am Sonntagmorgen erfolgte erneut eine Plenumsdiskussion, auf der die Ergebnisse der Arbeitsgruppen vorgestellt und das weitere Vorgehen festgelegt wurden. Während der zweiten Arbeitsgruppe eine Besprechung aller genannten Themen gelang, arbeitete die erste Arbeitsgruppe hauptsächlich am Thema "Apotheke der Zukunft"; nur noch kurz konnte auf das Thema "Standesgremien" eingegangen werden.

Es folgen nun drei Protokolle, eines der beiden Plenumsberatungen und je eines aus den beiden Arbeitsgruppen.

Die Redaktion

Protokoll der Programmdiskussion des VDPP am 18./19.01.92 in Frankfurt am Main (Plenumsdiskussion)

Verlauf und Ergebnisse der Plenumsdiskussion werden zusammengefaßt und geordnet wie folgt:

I. Überarbeitung des Programms

Die erste Ausgabe unseres VDPP-Programms wird in Kürze vergriffen sein. Obwohl erst zweieinhalb Jahre alt, ist eine Überarbeitung (anstatt Neuauflage) aus vielen Gründen sinnvoll: einige Punkte (z.B. Krankenhauspharmazie, Sozialpharmazie, Weiterbildung, Frauen und Arzneimittel) fehlen und sollen neu aufgenommen werden; manche Begriffe scheinen überholt oder haben inzwischen eine andere Bedeutung oder legen nicht beabsichtigte politische Identifikationen nahe; die allgemeinen Themen (z.B. Frieden, 3. Welt) sind in ihrem Zusammenhang zur Pharmazie nicht vermittelt; die Bedeutung der Standespolitik muß besser erläutert werden. Die genannten Punkte waren einige Eindrücke oder Erfahrungen aus der Diskussion mit VDPP-Interessenten.

Divergierende Meinungen wurden mit folgenden Ergebnissen diskutiert:

- Wir machen keine Zweiteilung in Forderungskatalog und ausführliche Info-Broschüre.
- Wir brauchen ein verständliches Programm als Visitenkarte, auch wenn wir nicht zu allen Punkten unsere Meinung ausgearbeitet haben.
- Wir stellen nicht alles nochmal neu infrage, sondern knüpfen am Programm an.
- Wir lassen allgemeine Fragen nicht weg, sondern machen sie als unsere Grundpositionen deutlicher und erklären den Zusammenhang zur Pharmazie, wie wir ihn über den Reagenzglasrand hinaus sehen (z.B. Ausländer - hoher Cimetidinverbrauch; Zivilschutz-Einlagerung von Psychopharmaka; Frauen - Arzneimittelverbrauch).
- Wir überprüfen unsere Sprache; wir beziehen deutlich linke Position.
- Wir müssen davon ausgehen, daß "Neue" sich nicht nur anhand des Programms einarbeiten können, sondern darüber hinausgehende Literaturhinweise von uns brauchen.
- Wir hielten es für sehr wichtig, daß die Situation in den Neuen Bundesländern dargestellt wird, müssen aber darauf verzichten, weil z.Zt. von dort (trotz Anschreiben) keine Resonanz auf unsere Anfrage kommt und wir uns selbst überfordert fühlen.
- Wir werden das Programm neu ordnen:
 1. Pharmazeutische Themen;
 2. Allgemeine Themen mit einleitender Erklärung;
 3. Historie.Entsprechend wurde in den Arbeitsgruppen 1 und 2 weitergearbeitet (s.u.).

II. Diskussion der Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen

Wieder einmal nahm beim Thema "Apotheke der Zukunft" die Diskussion über Besitzmodelle den größten Raum ein: Privatbesitz von Apotheken mit flexiblen, innovativen Unternehmern aber unter ökonomischem Druck mit fragwürdiger pharmazeutischer Praxis oder gemeinschaftlicher (z.B. kommunaler) Besitz mit Verbürokratisierung aber ohne ökonomischen Druck und deshalb uneingeschränkter pharmazeutischer Leistungsfähigkeit.

Die Einschränkung der Niederlassungsfreiheit könnte allenfalls innerhalb eines neuen Organisationsmodells diskutiert werden und wäre als einsame Maßnahme nur eine Begünstigung der bisher Besitzenden. Konsens für das Programm: nötig ist die Entlastung der Apotheken von ökonomischem Druck bzw. Verdienst durch Verkauf allein. Die Darstellung "Apotheke der Zukunft" im derzeitigen Programm stellt die

diskutierten Probleme gut dar und soll evtl. durch konkrete Beispiele alternativer Organisationsmodelle erweitert werden.

Für eine der nächsten VDPP-Versammlungen soll ein Satellitensymposium unserer Mitglieder "Unternehmer" angeregt werden, weil ihre Probleme ebenso im VDPP diskutiert gehören.

Zum Thema Standesorganisationen wird Udo Puteanus gebeten, auf der nächsten Mitgliederversammlung einen Vortrag zu halten, um die Bedeutung der Frage im Verein zu verdeutlichen.

III. Änderung des Namens VDPP

Gründe dafür:

- der Name ist zu sperrig;
- arrogant! Sind andere Pharmazeuten nicht demokratisch?
- Erinnert an den Namen DKP?
- Allgemeines Unbehagen;
- fetzige Identifikationsmöglichkeit ist nötig.

Gründe dagegen:

- VDPP ist schon eine Identifikationsmöglichkeit geworden;
- inhaltliche Nähe zu den "Demokratischen Ärzten" aufzeigen;
- demokratisch gilt ganz besonders in Abgrenzung zu undemokratischen Standesorganisationen;
- die im Programm aufgeführten Gründe für den Namen sind weiterhin gültig.

Vorschläge (nicht alle ernst gemeint?):

- Verein der Pharmapioniere;
- Verein der Pillenputzer;
- Verein demokratischer Pharmapolitik;
- Pharmazie frisch!

Ergebnis: Gesucht wird ein fetziges Schlagwort, evtl. mit dem jetzigen Namen als Untertitel. Ansonsten wird der Vorschlag "VDP - Verein demokratische Pharmazie" auf der Mitgliederversammlung unterbreitet.

IV. Weiteres Vorgehen:

Alle Programmpapiere werden im übernächsten Rundbrief (Nr. 12, April 1992) veröffentlicht, die nicht diskutierten (Sozialpharmazie, Krankenhauspharmazie, Aus- und Weiterbildung, Frauen) werden als besonders "diskussionswürdig" gekennzeichnet.

Ulrike Faber

Protokoll der Arbeitsgruppe Gesundheit und Politik vom 18.01.1992.

In der Plenumsdiskussion war mehrfach angemerkt worden, daß im Programm zu wenig die Verbindung von allgemeinpolitischen Themen mit der Pharmazie vermittelt wird. Die Arbeitsgruppe Gesundheit und Politik hatte das Ziel, den Zusammenhang zur Gesundheit - und damit zur Pharmazie - deutlicher zu machen.

Eine Assoziationsrunde zum Thema Fremdenfeindlichkeit brachte eine ganze Menge Anregungen, weshalb diese Gesellschaft für AusländerInnen krankmachend ist. Dies soll in einem Entwurf für's Programm angesprochen werden, ohne deshalb die Ablehnung rassistischer Strömungen auf diesen Aspekt zu reduzieren.

```
!-----!  
!           Immer noch:           !  
! fetziges Emblem für den VDPP   !  
!           gesucht!              !  
!           !                     !  
!           Und jetzt neu:        !  
! fetziges Schlagwort für den VDPP !  
!           gesucht!              !  
!-----!
```

Zu allen weiteren Themen (Frauendiskriminierung, Umweltschutz, Gentechnologie, Kernenergie, "3. Welt") wurden die vorliegenden Entwürfe diskutiert und Gedanken für einen kurzen Vorspann gesammelt, der erklären soll, weshalb wir keinen Sinn in einem rein pharmazeutischen Verein sehen, der hierzu nicht Stellung nimmt. Gerd Glaeske übernimmt die Arbeit, diese Gedanken auch irgendwie zu Papier zu bringen.

Bei einigen Punkten blieb strittig, wie radikal die Stellung des Vereins sein soll:

- Gibt es unbedingt notwendige Tierversuche?
- Rechtfertigt die medizinische Bedeutung mancher gentechnisch hergestellter Arzneimittel (z.B. Erythropoetin) ein gewisses Maß an Gentechnik?
- Welche Bedeutung haben radioaktive Arzneimittel für unsere Forderungen zur "zivilen" Nutzung der Kernenergie?

Bei diesen Punkten war mir die Diskussion schon fast zu pharmaziebezogen, aber interessant war's.

Walter Schmidt

Protokoll der Arbeitsgruppe Pharmazeutische Themen

Die Schilderung des Diskussionsverlaufs am Samstagnachmittag würde den gewünschten Rahmen sprengen, so daß ich mich im folgenden auf die Schwerpunkte beschränke. Grundlage der Diskussion bildeten die Textvorschläge zu folgenden Überschriften (Vorlagen mit Originalbeiträgen des Vereinsprogramms weitgehend identisch):

1. Apotheke von heute und ihr gesellschaftliches Umfeld;
2. Apotheke der Zukunft;
3. Struktur und Politik der Landesgremien.

ad 1. Gesundheitspolitische Maßnahmen und Erhöhung der Apothekendichte in Ballungsräumen sind u.a. wichtige Promotoren der Existenzbedrohung für viele Apotheken. Die fortschreitende Aufteilung des "Klientels Patient" führt zu wachsender Konkurrenz vor Kollegialität aller Beteiligten des Waren- und Dienstleistungsangebots auf dem Gesundheitssektor. Steigerung des betriebswirtschaftlichen Ergebnisses bei Überwiegend gleichbleibendem Warenspektrum drängt den/die UnternehmerIn in die Abhängigkeit vom Umsatzvolumen zu Lasten einer ordnungsgemäßen und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln. Die Aufgabe der Beratung in Verbindung mit der Arzneimittelabgabe wie auch als Beitrag zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung ist unter großem ökonomischen Druck nur ungenügend zu bewältigen.

ad 2. Der gemeinsamen Kurzanalyse der heutigen Situation vieler Apotheken folgte rasch eine Überleitung zum Thema "Apotheke der Zukunft". Verfolgt man aktuelle Marketing-Strategien, die eine Ausweitung des Waren- und Dienstleistungsangebots beinhalten, so könnte folgendes Modell bald Realität werden: in einem "Haus der Gesundheit", d.h. in einer Apotheke mit einem umfassenden Angebot an Beratungsleistungen unter Einsatz gezielt ausgebildeten Personals aller therapeutischer und prophylaktischer Bereiche unter einem Dach, sind angestellte Arzneimittelfachleute an der "Apotheke" tätig. Nur auf den ersten Blick erscheinen solche Rahmenbedingungen attraktiv: garantiertes Gehalt und Eingrenzung des Betätigungsfeldes auf den Arzneimittelsektor, für den allein Qualifikation in Studium und Fortbildung erzielt wurde. Der ökonomische Druck bleibt in diesem Modell erhalten - nur um eine Instanz verschoben - und beeinflusst die Arbeit aller Angestellten. Vor dem Hintergrund der drohenden Entgleisung betrachteten wir al-

ternative Modelle, die Bestand haben könnten in einer Strukturreform, die sich auf Leistungsbeschränkung und Kürzung des Erstattungsvolumens zur Kostendämpfung der Krankenkassen stützt.

Die Vor- und Nachteile der niederländischen Apothekenpraxis verlangen nähere Erörterung, der auf dem EG-Seminar Raum geschaffen werden soll. Im Bereich Krankenhauspharmazie untersteht die Apotheke einer Trägerschaft der privaten oder öffentlichen Hand, ohne daß sie sich über ihre Gewinne finanzieren muß; die Leistungen pharmazeutischer Berufsgruppen erfolgen frei von Umsatzorientierung. Ulrike Faber verwies auf ihre Textvorlage, die hier aus Zeitgründen nicht näher diskutiert wurde. Die Berliner Ärztekammer erstellte eine Studie über die Erhaltungsmöglichkeit von Polikliniken der ehemaligen DDR unter kommunaler Trägerschaft. In Analogie dazu sollte ein Projekt, in dem eine Apotheke in ein kommunales Gesundheitswesen eingebunden würde ("Stadtteilgesundheitszentren"), in Zukunft modellhaft erprobt werden. Angestrebt wird die Koexistenz privatwirtschaftlich und kommunal bzw. genossenschaftlich geführter Apotheken. Offen blieb die Frage, inwieweit Pharmazieingenieure und PTAs zur Leitung von Arzneimittelabgabestellen herangezogen werden könnten. Folgende Vereinbarungen wurden getroffen:

- den Beiträgen des Programms zu den behandelten Themen mangelt es nicht an Aktualität, so daß eine inhaltliche Neufassung nicht erforderlich ist;
- auf Grundzüge des staatlichen Gesundheitswesens der ehemaligen DDR (z.B. Polikliniken) soll nicht hingewiesen werden;
- die Übertragbarkeit vor allem der wirtschaftlichen Aspekte des Berliner-Ärztekammer-Modells auf Apotheken soll geprüft werden.

ad 3. Zur Textvorlage war angesichts der gering verbliebenen Zeit kein Konsens zu erzielen. Eine formale Umstellung einzelner Absätze soll erfolgen, und die inhaltliche Diskussion hinsichtlich des Forderungskatalogs muß fortgesetzt werden. Besonders der Punkt "direkte Wahl der Delegierten zur Hauptversammlung des Deutschen Apothekertages" führte zur kontrollierten Diskussion. Hervorgehoben werden soll die Forderung: Zusammensetzung der Hauptversammlung unter demokratischen Gesichtspunkten, indem dort alle Interessenverbände repräsentiert werden.

Susanne Bahrke

Sozialwahlen 1993

Die ursprünglich für das Jahr 1992 vorgesehenen Sozialwahlen - die letzten fanden im Jahre 1986 statt - werden aufgrund des Neuaufbaus der Krankenkassen in den Neuen Bundesländern um ein Jahr verschoben. Was es mit den Sozialwahlen auf sich hat und was sie für uns bedeuten, soll der folgende Artikel von Ingeborg Simon erläutern.

Die Redaktion

Sozialwahlen - Fremdwort für viele!

In Vorbereitung der nächsten Sozialwahlen im Jahre 1993 sollten uns deren Bedeutung und geschichtlicher Hintergrund bewußt werden.

Im Rahmen dieser Wahlen werden die Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherung (z.B. Krankenkassen) gewählt. Sie bestehen jeweils aus den Vorständen und den Vertreterversammlungen, die paritätisch mit Unternehmer und Versicherten besetzt sind (Ausnahme: Ersatzkrankenkassen).

Die Selbstverwaltung hat wichtige sozial- und gesundheitspolitische Entscheidungen zu fällen, die für uns als Versicherte einerseits und als gesundheitspolitisch Engagierte andererseits bedeutsam sind.

Daß die Sozialversicherungen von ihren Mitgliedern kaum zur Kenntnis genommen werden, hat u.a. damit zu tun, daß die Selbstverwaltungsorgane ihrem politischen Auftrag als Interessenvertreter der Versicherten schon lange nicht mehr nachkommen. Sie fungieren vielmehr als Vollzugsorgane staatlicher Sozial- und Gesundheitspolitik, deren Hauptziel Leistungsabbau bei steigenden Beiträgen zu sein scheint.

Das war nicht immer so! Die gesetzlichen Krankenkassen z.B. sind von ihrer Entstehungsgeschichte her die bedeutendsten und wirkungsvollsten Selbsthilfeeinrichtungen der abhängig Beschäftigten. Ihrer Gründung voraus ging Mitte des letzten Jahrhunderts die Erkenntnis, daß Krankheit und soziales Elend nicht selbst verschuldet sind und damit auch nicht als von Gott auferlegtes Schicksal geduldig ertragen werden müssen, sondern etwas mit den Gesellschaftsverhältnissen (z.B. den unterschiedlichen Arbeits- und Wohnbedingungen) zu tun haben. Mit Hilfe dieser Erkenntnis

und auf dem Hintergrund der (gescheiterten) bürgerlichen Revolution von 1848 organisierten sich die unterprivilegierten Schichten in Selbsthilfeeinrichtungen, um Krankheit, Invalidität, Arbeitsunfähigkeit und Tod durch eine Solidargemeinschaft erträglicher zu machen. Mit dem schnellen Anwachsen solcher Einrichtungen einher ging eine starke Politisierung der Mitglieder, die mit Hilfe ihrer gewählten Selbstverwalter wichtige gesundheits- und sozialpolitische Forderungen umsetzten. Durch die von Bismarck (den man gern als Vater der Krankenversicherung feiert) eingeleitete Verstaatlichung der Krankenkassen gegen Ende des letzten Jahrhunderts wurde deren Bürokratisierung und Entpolitisierung organisatorisch vorbereitet. Ihr Einfluß als Selbsthilfeeinrichtungen der Arbeiterbewegung wurde durch den Einzug der Unternehmer (sie besetzten 1/3 der Selbstverwaltungsorgane) geschwächt. Dennoch gestatteten es die verbliebenen Mehrheitsverhältnisse noch, daß Arbeiter und Angestellte wichtige sozialpolitische Vorstellungen auch gegen die Unternehmer durchsetzen konnten. So gehörten in der Zeit der Weimarer Republik die Gründungen von Ambulatorien, Kureinrichtungen, Beratungsstellen für die Mitglieder sowie die Anerkennung zahlreicher Berufskrankheiten zu den großen sozialpolitischen Leistungen. Zu den ersten Aktivitäten der Nazis gehörte 1933 die Zerschlagung der Selbstverwaltung und die Vernichtung ihrer herausragenden Vertreter. Die Selbstverwaltung wurde Anfang der 50er Jahre wieder eingerichtet. Allerdings sorgte Adenauer gegen den erbitterten Widerstand der Gewerkschaften dafür, daß sie nun paritätisch, d.h. zu 50% mit Unternehmer- und Versichertenvertretern, besetzt wurde.

Diese Konstellation sorgte und sorgt dafür, daß die Versichertenvertreter ihre sozialen Forderungen und Ziele nur mit der Unterstützung der Unternehmervertreter durchsetzen konnten und können. Was das bedeutet, muß hier nicht erläutert werden.

Inzwischen mehren sich allerdings die Anzeichen dafür, daß vor allem in gewerkschaftlichen Kreisen der Unmut und die Unzufriedenheit mit der Arbeit in den Selbstverwaltungsorganen wachsen. Die Qualifizierung und Politisierung der Selbstverwalter werden verstärkt betrieben. Wenn auch der politische Spielraum aufgrund starker staatlicher Einflußnahme und der "Patt"-Situation in den Organen der Selbstverwaltung begrenzt ist,

so gibt es dennoch Möglichkeiten des politischen Eingreifens, z.B. mit Hilfe des § 20 GRG, der im Bereich der individuellen und betrieblichen Prävention gesundheitspolitische Einstiegsmöglichkeiten bietet. Eine kritische öffentlichkeitswirksame Selbstverwaltung könnte im Bereich der Arzneimittelausgaben wichtige Weichenstellungen in Richtung Ausgaben senkung und Verbesserung der Arzneimittelsicherheit vornehmen.

Organisationen wie der VDÄÄ und der VDPP sind in Vorbereitung der Sozialwahlen aufgefordert, eine öffentliche Diskussion über die Bedeutung einzuleiten, gewerkschaftliche Aktivitäten zu unterstützen und ihr Expertenwissen zugunsten der Versicherten anzubieten.

Ein Wochenendseminar zum Thema Sozialwahlen (vielleicht zusammen mit dem VDÄÄ) könnte die dazu nötigen Vorarbeiten leisten.

Zu dem hier angesprochenen Thema möchte ich gerne folgende Bücher empfehlen: 1. "Lieber Handeln statt Schlucken" (s. Buchbesprechung im letzten Rundbrief). 2. U. Deppe: "Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar". Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main 1987. 3. Florian Tennstedt: "Soziale Selbstverwaltung. Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung". 2 Bde. Bonn 1977 (Verlag der Ortskrankenkassen). 4. Hans Günter Hockerts: "Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland: alliierte und deutsche Sozialversicherungspolitik 1945-1957". Klett-Cotta, Stuttgart 1980.

Bei genügend großem Interesse für die Durchführung eines Sozialwahlen-Seminars würde ich mich um U. Deppe als Referenten bemühen.

Ingeborg Simon

Zum
Frauenseminar
am 09./10. Mai 1992

Vorankündigung und Anmeldung
siehe in diesem Rundbrief S. 35

Frauen in der Pharmazie - ein Projektvorschlag

Jetzt schon von einem Vorschlag zu sprechen, wäre etwas vermessen! Eine Idee ist es vorerst nur. Sie entstand bei mir nach der ausführlichen Lektüre der Jahrgänge 1918-1933 des "Zentralblattes für Pharmazie" (Organ des Angestelltenverbandes V.d.A.), bei der ich zufällig und unbeabsichtigt auch mit dem "Frauenthema" konfrontiert wurde und zwar in einer so bornierten, unverschämten und wütend machenden Art und Weise, daß ich mich herausgefordert sah. Ich hätte große Lust, das Gelesene in Erinnerung oder zur Kenntnis zu bringen und zu kommentieren.

Aus der Vorarbeit zu unserem Seminar der Weimarer Republik (Die Angestelltenbewegung im Apothekenwesen in der Weimarer Republik, Seminar 1989) weiß ich natürlich, wieviel Arbeit es bedeutet, sich mit einem bisher so stiefmütterlich behandelten Thema gründlich und fundiert auseinanderzusetzen. Ohne die Unterstützung von Mitgliedern, die im Umgang mit Quellen, Archiven und der Historie Erfahrungen haben, läuft da nichts (auch das ist meine Erfahrungen bei der Seminarvorbereitung zu Weimar).

Wer aber könnte sich dieses Themas annehmen, wenn nicht wir?

1896 ist das Geburtsjahr der Apothekerinnen! Grund genug, 1996 die hundertste Wiederkehr dieses Ereignisses zu begehen! Wie hieß die erste Apothekerin? Gibt es Veröffentlichungen und Würdigungen?

Mir fallen andere Themen und Fragestellungen ein: zur Rolle von Apothekerinnen in der Standespolitik; Biographien bemerkenswerter Kolleginnen, die Entstehung des Helferinnenberufes etc.

Wenn es im VDPP genug Interessentinnen gibt, die entweder an einem gemeinsamen Thema mitarbeiten oder mit einem individuell gewählten etwas zum Frauenprojekt beitragen können und wollen, möchten sie sich bitte bei Udo Puteanus (030 / 322 1968) melden.

Per Rundbrief, Telefon oder Direktkontakt (z.B. anlässlich eines VDPP-Termin wie das Frauenseminar 1992) könnten wir uns verständigen und die Konkretisierung des Projekts einleiten.

Ingeborg Simon

Mifepriston - RU 486

Stellungnahme der Fachgruppe Apotheken in der ÖTV-Berlin zur Einführung von Mifepriston (RU 486) als "Abtreibungspille"

In der Öffentlichkeit, vor allem zwischen den verschiedenen Frauenorganisationen, werden seit einiger Zeit die möglichen Vor- und Nachteile einer Abtreibung von Mifepriston diskutiert. Die vorgebrachten medizinischen, ethischen und politischen Argumente sind sehr unterschiedlich und zum Teil widersprüchlich.

Die FG Apotheken in der ÖTV bezieht dazu wie folgt Stellung:

Wir meinen, daß Mifepriston für einen Teil der Frauen, die eine Abtreibung vornehmen lassen wollen, Vorteile besitzen könnte gegenüber anderen Methoden der Abtreibung. Anhand der Erfahrungen bei der Anwendung im europäischen Ausland (Frankreich, Großbritannien), anhand der Ergebnisse klinischer Prüfungen, die entsprechend dem wissenschaftlichen Kenntnisstand entweder noch durchzuführen sind oder durchgeführt wurden, sollte eine umfassende Bewertung von Nutzen und Risiken der Anwendung von Mifepriston erfolgen. Mit der Zulassung sollten auch die begleitenden Maßnahmen bei einer Anwendung, die unter Beteiligung von Interessenvertretungen der Betroffenen zu entwickeln sind, konkret festgelegt werden. Als unabdingbare Rahmenbedingungen sehen wir jedoch an,

- die Zulassung mit der Auflage zu verbinden, daß eine Abtreibung mit Mifepriston nur in Einrichtungen mit besonderer Sachkunde erfolgt (§28 Abs. 2a AMG),
- die Zulassung mit Auflagen nach §28 Abs. 3a und 3b zu verbinden mit dem Ziel, nach der Zulassung fortlaufend weitere Erkenntnisse über die Anwendung von Mifepriston, insbesondere dessen Langzeitwirkungen, zu gewinnen,
- die Beratung der Frauen in Begleitung einer dafür qualifizierten Vertrauensperson (Sozialarbeiterin, Psychologin) durchzuführen, die auch während der Behandlung die psychologische Betreuung der Betroffenen übernimmt, wenn der Wunsch danach besteht,
- ein von der WHO geplantes, koordiniertes und kontrolliertes Programm zu entwickeln, das die Möglichkeiten und Risiken eines Einsatzes von Mifepriston in unterentwickelten Ländern prüft, bevor es in diesen Ländern zur breiten Anwendung kommt. Wir

halten dies für nötig, da die von uns geforderten Rahmenbedingungen dort zur Zeit ebenso wenig gewährleistet werden können wie eine umfassende Aufklärung und Entscheidungsfähigkeit der Frauen, die dort eine Abtreibung vornehmen lassen wollen.

Dem Hersteller Hoechst empfehlen wir, den in Sachen Mifepriston von ihm vermißten gesellschaftlichen Konsens, dessen Fehlen ihn angeblich bisher von der Beantragung der Zulassung abhielt, in Zukunft grundsätzlich bei geplanten Zulassungen zu suchen und anzufordern.!

Fachgruppe Apotheken in der ÖTV-Berlin

Zur neugegründeten
"Stiftung Arzneimittelsicherheit".
Ein Artikel aus

DER SPIEGEL NR. 3 / 1992

Medikamente

Denkwürdige Allianz

Ein Bremer Arzneimittelkritiker will Medikamentennebenwirkungen in Zukunft genauer erfassen – zwei Pharmakonzerne finanzieren das Vorhaben.

Als „roter Arzneimittelkommissar“ hatte der Bremer Pharmakologe Peter Schönhöfer in der Pillenbranche lange Jahre einen Ruf wie Donnerhall. Drei Jahre, von 1979 bis 1982, stand der graubärtige Medikamentenexperte mit unnachsichtiger Strenge an der Spitze der Abteilung für Arzneimittelverkehr im Berliner Bundesgesundheitsamt (BGA). Schönhöfers beste Feinde in der Pharmaindustrie stammen aus dieser Zeit.

Das Ende der sozialliberalen Koalition in Bonn überlebte Schönhöfer nur

um wenige Tage im Amt – die Pillenlobby hatte schon lange am Stuhl des Störfrieds gesägt. Doch Schönhöfer setzte der Branche mit seiner Forderung nach mehr Arzneimittelsicherheit auch danach immer noch zu.

Mitte der achtziger Jahre begann er, inzwischen Leiter des Instituts für Klinische Pharmakologie am Bremer Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße, ein Modellprojekt zur Erforschung von Arzneimitteln Nebenwirkungen. Das seit Dezember vorliegende Ergebnis der Studie bestätigt die schlimmsten Befürchtungen der Pharmakritiker: 5600 bis 8800 Patienten, so rechneten die Forscher anhand der in Bremen ermittelten Daten hoch, sterben in der Bundesrepublik jährlich an Nebenwirkungen von Medikamenten – nicht viel weniger, als im selben Zeitraum auf den Straßen zu Tode kommen.

Die Gesamtzahl der durch Nebenwirkungen schwer Geschädigten schätzen die Bremer auf 120 000 – etwa so viele wie die Einwohnerzahl einer mittelgroßen Stadt. Die Opfer müssen oftmals lange Krankenhausaufenthalte oder zusätzliche Operationen über sich ergehen lassen, um wieder gesund zu werden. Bei einigen führen die Nebenwirkungen zu bleibenden Schäden.

„Eine vollständige Erfassung“ der arzneimittelbedingten Krankheits- und Todesfälle, darüber sind sich die Bremer Forscher im klaren, wäre zwar „wünschenswert“; sie läßt sich aber auch mit größtem Aufwand nicht realisieren: Ob etwa ein Krebspatient unter den Nebenwirkungen einer Chemotherapie ein paar Tage oder Wochen früher stirbt als ohne diese Behandlung, läßt sich im Einzelfall kaum sagen.

Schwer zu beziffern ist auch die Zahl derer, die – vielleicht weil sie ein paar Tabletten oder ein paar Stöße aus dem Asthma-Spray zuviel genommen haben – an einer Magenblutung oder einem Asthma-Anfall sterben.

Über die Mitte letzter Woche in den Zeitungen gemeldeten Zahlen hätte die Branche ihrem Intimfeind erneut gram sein müssen. Doch zumindest bei einigen Pharmafirmen haben sich die Wölfe in Schafe verwandelt: Für die Fortsetzung und Erweiterung seines Projekts benötigt Schönhöfer dringend Geld, weil das BGA und der Bremer Gesundheitssenator als Finanziers abgesprungen sind; der Arzneimittelkommissar bekommt die Mittel – von den Pharmakonzernen Bayer und Hoechst. Mit Mil-

lionenbeträgen wollen die beiden Firmen über eine Mitte Dezember eigens aus der Taufe gehobene „Stiftung Arzneimittelsicherheit“ in den kommenden Jahren mehr Licht in die Grauzone der gefährlichen Nebenwirkungen bringen. Den Vorsitz des Kuratoriums hat in der Gründungsphase der frühere Staatssekretär und Ex-BGA-Chef Georges Füllgraff übernommen.

Auf der Förderliste der Pharmastiftung steht neben dem Schönhöfer-Projekt schon jetzt ein weiteres Vorhaben am Kieler Institut für Gesundheits-System-Forschung. Ziel auch hierbei: den unerwünschten Begleiterscheinungen der Medikamententherapie auf die Spur zu kommen.

Nach der bislang üblichen Schönfärberei haben sich die Pharmaverantwortlichen offenbar eines Besseren besonnen. Bei Schadensersatzansprüchen der Patienten müssen sie tief in die Tasche greifen, der Imageverlust bei plötzlichen Rückrufaktionen ist oft nur schwer wieder gutzumachen.

Freiwillige Selbstkontrolle dagegen wirkt edel: „Über den Nutzen von Arzneimitteln läßt sich erst dann vernünftig reden“, lobte die *Ärzte Zeitung* den Griff der Pharmariesen ins Portemonnaie. „wenn niemand den Eindruck hat, daß das Risiko tabuiert wird.“

Die Gefahren werden sich auch in Zukunft keineswegs vollständig aus der Welt schaffen lassen. Für die Sicherheit der Patienten könnten die geplanten Forschungsprojekte dennoch einen kleinen Beitrag leisten.

Nur rund 12 000mal pro Jahr gehen bei der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft derzeit Meldungen über verdächtige Nebenwirkungen ein. In anderen Ländern wie beispielsweise in Amerika und England ist das Erfassungssystem seit Jahren weitaus effizienter organisiert.

Die Dunkelziffer in der Bundesrepublik ist entsprechend groß. Sollten sich die Hochrechnungen aus dem Bremer Modellprojekt auch nach der Einbeziehung von Kliniken in anderen Bundesländern als richtig erweisen, liegt die Zahl der oft lebensbedrohlichen Nebenwirkungen um das Zehnfache höher als bisher angenommen.

Die Gründe dafür sind zumindest den Experten seit Jahren bekannt. Vor allem viele niedergelassene Ärzte haben Schwierigkeiten, lebensgefährliche Begleiterscheinungen der Medikamententherapie zu erkennen. Die auftretenden Symptome gleichen oft denen von vertrauten Krankheitsbildern. Erst nach der Einweisung in die Klinik wird häufig die wahre Ursache klar, das auslösende Mittel wird abgesetzt.

Tückische Nebenwirkungen der Medikamente werden auch von den Krankenhausmedizinern längst nicht in allen

Fällen erkannt. Bei Patienten etwa, die nach größeren Operationen oder Unfällen auf der Intensivstation lagen, waren Schönhöfers Arzneimittelexperten in Bremen immer wieder auf ein merkwürdiges Nierenversagen aufmerksam geworden, die Patienten mußten vorübergehend an die Dialyseapparate angeschlossen werden.

Auf die Ursache für den rätselhaften Organausfall stießen die Spezialisten erst nach langwierigen Nachforschungen: Die Intensivmediziner hatten ihren Patienten von Anfang an ein Mittel injiziert, das Gewebeschwellungen zum Abklingen bringt; wird das Präparat bereits unmittelbar nach der Operation oder nach dem Unfall verabreicht, können schon kleinste Dosen die Niere „abschalten“, nach einem Sicherheitsabstand von drei bis fünf Tagen richten sie dagegen keinerlei Schaden an.

Vor allem Schmerzmittel und Antirheumatika, Antibiotika, blutgerinnungshemmende Medikamente und Psychopharmaka sind, so fanden die Bremer Forscher heraus, oftmals für derlei mysteriöse Zwischenfälle verantwortlich.

In denkwürdigem Schulterchluß mit den beiden Pharmariesen will Arzneimittelkritiker Schönhöfer solche Untiefen in Zukunft systematischer ausloten. Auch die verschreibenden Mediziner sollen dazu gebracht werden, „stärker als bisher oft üblich“ Nutzen und Risiken der Arzneimitteltherapie gegeneinander abzuwägen.

Gegen tödliche Umarmungen durch die Konzerne glaubt sich der Arzneimittelkommissar gefeit: „Probleme“, so Schönhöfer, „lassen sich kooperativ schneller lösen als konfrontativ.“ ◀

DER SPIEGEL 3/1992 181

"Stiftung Arzneimittelsicherheit"

... ein Kommentar

Nebenwirkung: Tod

Einer der Grundsätze der Pharmakologie lautet, daß ein Arzneimittel ohne Nebenwirkungen wahrscheinlich auch keine Hauptwirkung aufweist. Daher ist die Realität der Arzneimitteltherapie auch immer von dem Risiko begleitet, daß unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) auftreten, die sogar lebensbedrohlich sein können. Gemessen an den Schätzungen der Food and Drug Administration, dem amerikanischen Pendant zum Bundesgesundheitsamt (BGA), muß bei rund 750 Millionen Arzneimittelverordnungen allein im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit ca. 1% unspezifischen UAWs gerechnet werden, 10% dieser Nebenwirkungen sind ernsthafter Natur und wiederum 10% hiervon schwerwiegend und einem bestimmten Arzneimittel zuordnungsfähig. Die Arzneimittelkommission der bundesdeutschen Ärzteschaft hat einmal hochgerechnet, daß bei unserem Arzneimittelkonsum 150.000 schwere und 1 Million leichte UAWs zu erwarten sind. Bis zu 5000 Patienten, so bisherige Schätzungen, sterben in Krankenhäusern an UAWs. Die wirkliche Meldehäufigkeit von unerwünschten Wirkungen liegt dagegen um einiges niedriger: Rund 30.000 Meldungen gehen beim BGA ein, vor allem aus Arztpraxen, die den viel zu umständlichen Meldebogen aus dem Deutschen Ärzteblatt ausfüllen und weitergeben. "Underreporting" wird dieser Effekt genannt, der in allen Ländern mit einer solchen Spontanberichterfassung zu beobachten ist und der die wahre Inzidenz von Nebenwirkungen im Dunkeln läßt. Etwas mehr Licht in diesem Bereich brachte nun die Veröffentlichung einer Studie, die unter der Leitung von Prof. Peter Schönhöfer an vier Bremer Krankenhäusern durchgeführt wurde. In Krankenhäusern deshalb, weil alle Patienten mit schweren UAWs mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit im Krankenhaus vorgestellt oder eingewiesen werden und eine gründlich durchgeführte Anamnese Hinweise auf ein möglicherweise beteiligtes Arzneimittel geben kann (Intensive Monitoring). Nach den Ergebnissen dieser Studie muß pro Jahr in der Bundesrepublik mit 80.000 - 120.000 schweren Nebenwirkungen bei der Arzneimitteltherapie gerechnet werden. Einige Ergebnisse aus den Untersuchungen: "Bei 825 Fällen (62,6%) handelt es sich um schwere Störwirkungen, die zu Therapieumstellung mit Verlängerung der Liegezeit im Krankenhaus, mit

der Notwendigkeit von interventiven Maßnahmen wie operative Eingriffe oder mit bleibendem Schaden einhergingen. Bei 407 Fällen (30,9%) handelte es sich um vital bedrohliche Ereignisse, die intensivmedizinische Maßnahmen wie kardiovaskuläre Überwachung auf der Intensivstation, Reanimation, Beatmung oder Hämofiltration erforderlich machten. Bei 86 Fällen (6,5%) führte die arzneimittelbedingte Erkrankung zu einem tödlichen Verlauf." Dies bedeutet bis zu 110 Todesfälle pro 1 Million Einwohner pro Jahr oder bis zu 8000 in Deutschland.

Von vielen Seiten ist bereits darauf hingewiesen worden, daß unerwünschte Arzneimittelwirkungen systematisch erfaßt und identifiziert werden müssen, um letztlich valide Risiko/Nutzenabschätzungen machen zu können und letztlich die Therapie für Arzt und Patient zu verbessern. Eine Spontanberichterfassung wie in der Bundesrepublik kann zwar Verdachtsmomente im Zusammenhang mit einem Arzneimittel aufdecken, es ist jedoch nicht möglich, die Häufigkeit der UAWs im Bezug auf die Anwendungshäufigkeit zu bestimmen, da Daten über die Einnahmeverbreitung bestimmter Arzneimittel fehlen. Dabei macht es einen großen Unterschied für die Risiko/Nutzen-Bewertung, ob auf 10.000 oder auf 100.000 Anwendungen eine schwere unerwünschte Wirkung beobachtet wird. Um nun diese Nebenwirkungsforschung zu forcieren, wurde gleichzeitig mit der Veröffentlichung der Bremer Studie die "Stiftung Arzneimittelsicherheit" ins Leben gerufen, die derzeit vor allem von den Pharmafirmen Bayer und Hoechst finanziell getragen wird und die auch das Bremer Projekt weiter fördern wird. Die bisherigen Finanziere, zu denen im besonderen das Bundesgesundheitsamt gehörte, haben ihre Förderung beendet. Wie die nun vereinbarte Zusammenarbeit zwischen dem Leiter des Bremer Projektes, Prof. Schönhöfer, und den Pharmafirmen aussehen wird, muß die Zukunft zeigen. Stimmen aus dem Bereich der beteiligten Pharmahersteller deuten zumindest an, daß hiermit auch eine Ebene geschaffen wurde, einen ausgewiesenen Kritiker der Branche in die Entscheidungsverantwortung über die Bewertung von aufgetretenen unerwünschten Arzneimittelwirkungen institutionalisiert mit einzubinden: Überraschungsmeldungen aus Bremen würde es so kaum noch geben können.

Die bundesdeutsche Entwicklung ist im übrigen eingebettet in eine weltweite Strategie, die im Juni 1991 in Genf vorgestellt wurde. Dort

hatten sich 10 große europäische und amerikanische Firmen zusammen mit einem Konsortium von 23 japanischen Herstellern zu einer Internationalen Medizinischen Nutzen/Risiko-Stiftung zusammengeschlossen, der der ehemalige Präsident des BGA, Georges M. Fülgraff, vorsitzt.

Pharmahersteller haben aus Gegebenheiten der Vergangenheit gelernt, daß nichts den Umsatz ihrer Mittel und ihr eigenes Image nachhaltiger trifft als überraschend publizierte Meldungen über Risiken ihrer Arzneimittel oder öffentlich diskutierte Verdachtsmomente über aufgetretene Nebenwirkungen. Die Strategie, an solchen Diskussionen frühzeitiger beteiligt zu sein, indem man Teil der systematisch angelegten Nebenwirkungsforschungen wird, ist daher mehr als begreiflich. Es muß aber auch eine wirksame öffentliche Kontrolle bei diesen Stiftungen geben, die z.B. durch Vertreter aus Konsumentengruppen oder aus dem Bereich von Krankenkassen gewährleistet werden könnte. Letztere sollen durchaus aufgerufen werden, sich an den Kosten solcher Nebenwirkungs-Projekte zu beteiligen - schließlich können die Ergebnisse dieser Arbeit nicht nur in einer erhöhten Arzneimittelsicherheit und damit im Patientenschutz liegen, sondern auch in einer Reduzierung der Folgekosten, die durch die Behandlung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen entstehen. Nebenwirkungsforschung ist daher eine öffentliche Aufgabe, die finanzielle Förderung vor allem den Anbietern von Arzneimitteln zu überlassen, die doch neben vielem anderen nach wie vor am möglichst ungestörten Absatz ihrer Produkte interessiert bleiben, birgt zumindest die Gefahr von Abhängigkeiten bei der Auswahl und der Durchführung von Forschungsprojekten sowie die Gefahr der Beeinflussung in der Darstellung von Ergebnissen.

Gerd Glaeske

Achtung

EG-Seminar
am
21./22. März 1992
in Bremen

Anmeldung
siehe S. 33 in diesem Rundbrief

Public health - Alternative für PharmazeutInnen ?(1)

In der Bundesrepublik existiert ein Gesundheitswesen mit einer sehr hochentwickelten Medizin und einem ausgedehnten Arzneimittelmarkt. Trotz des hohen Aufwands, der getrieben wird, steht es um den Gesundheitszustand der Bevölkerung nicht gerade zum besten. Gerade auf dem Gebiet der sog. Zivilisationskrankheiten konnte seit Jahren kaum eine Verbesserung durch die kurative Medizin erreicht werden.

Wie ist das zu erklären? Alle im Gesundheitswesen Beschäftigten tun doch ihr Bestes, keiner wird sich nachsagen lassen, er kümmere sich nicht ausreichend um das Wohl seiner PatientInnen. Trotzdem ist das Ergebnis eher frustrierend.

Viele Versuche wurden gestartet, um unser Gesundheitswesen zu optimieren, doch weitgehend umsonst. Das letzte unruhliche Beispiel war die sog. "Gesundheitsreform", die das Gesundheitswesen weder verbesserte noch verbilligte. Statt dessen wird mit solchen Instrumenten versucht, die Verantwortung für Krankheit dem einzelnen Patienten in die Schuhe zu schieben.

Es sei einmal unterstellt, ÄrztInnen und auch ApothekerInnen engagierten sich geradezu aufopfernd um die Genesung ihrer PatientInnen, kein Therapieversuch sei ihnen zu aufwendig, kein Beratungsgespräch zu lang und kein Ab-raten von Arzneimitteln zu betriebsschädigend. Was erschwert ihnen ihre Arbeit? Weshalb ist alles so immens teuer? Standespolitiker haben den hohen Bürokratisierungsgrad der täglichen Arbeit, die Anspruchshaltung der PatientInnen sowie den jeweils anderen am Gesundheitswesen Verdienenden als Sündenbock ausgemacht.

Ein wesentlicher Mangel unseres Gesundheitswesens liegt aber in ihrer schlechten, ineffizienten und fehlgeleiteten Organisation. Dies jedenfalls bemängeln viele Fachleute, die sich seit Jahren um eine Verbesserung der Strukturen unseres Gesundheitswesens bemühen. Die bisher mit der Planung und Organisation des Gesundheitswesens beauftragten Juristen, Sozialwissenschaftler, Ökonomen aber auch Angehörige der Gesundheitsberufe verstehen zwar viel von ihren Fachgebieten, jedoch es mangelt ihnen an der Fähigkeit, fachübergreifend zu denken und zu planen. Zu sehr sind sie mit ihren fachinternen Problemen beschäf-

tigt, zu selten gelingt eine verständnisvolle Zusammenarbeit untereinander. Es fehlt ihnen eine ausreichende Ausbildung in Systemanalyse, Planung und Management im Gesundheitswesen, in Biostatistik und Epidemiologie - alles Fächer, die heute unter dem Sammelbegriff der "Gesundheitswissenschaften" fallen.

Was nutzen gute Verwaltungsbeamte in Rathäusern, Ministerien und Krankenkassen, wenn sie statt einer Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen nur zweifelhafte Kostendämpfungsprogramme erstellen können, was nutzt ein tüchtiger Arzt an der Spitze eines Krankenhauses, wenn er von Ökonomie und Management nur wenig versteht, was schließlich nutzen Apothekerkammern, wenn sie sich z.B. auf dem weiten Gebiet des Arzneimittelmißbrauchs nur sehr unzureichend einschalten, weil ihnen zum einen das Interesse daran fehlt, sie zum andern aber keine Arzneimittelfachleute beschäftigen, die auch auf dem Gebiet der Epidemiologie und der Statistik ausgebildet sind.

Folge dieses Mangels an fachübergreifender Kompetenz ist ein rein auf die kurative Medizin bauendes "Krankheits-" statt "Gesundheitswesen". Kranke werden eher als reparaturbedürftige "Dinge" betrachtet, wobei Arzneimittel z.T. die Funktion eines Ersatzteillagers zugesprochen werden. (Besonders beliebte Metapher zur Zeit: psychisch Erkrankte leiden unter einer zusammengebrochenen Software.) Viele irrationale Mechanismen werden immer wieder bestätigt. So geben die Krankenkassen mehr Geld für Schlafmittel aus als für psychiatrische Modellprogramme, mehr als 5 Mrd. DM werden weiterhin für therapeutisch fragwürdige Arzneimittel ausgegeben. Präventive Maßnahmen kommen über das Stadium des zaghaften Versuchs meist nicht hinaus.

Nun soll diesem Manko mit der Einrichtung von Studiengängen mit der Bezeichnung "Gesundheitswissenschaften" oder "Public health" - dazu werden alle Fachgebiete gerechnet, die sich der Stärkung der Gesundheit ganzer Populationen widmen, - entgegengewirkt werden. Bis vor kurzem gab es nur ganz vereinzelt Versuche, auf diesem Gebiet Fachleute weiterzubilden, heute (Januar 1992) sind es bereits mehrere Hochschulen, die ein meist viersemestriges Zusatzstudium anbieten oder vorbereiten.

Public health versucht da anzuknüpfen, wo die kurative Medizin mit ihrem Latein am Ende ist. Hier geht es um die Verhinderung von Krank-

heiten, um die Analyse krankheitsfördernder Faktoren auf der gesamtgesellschaftlichen, auf der regionalen und auf der familiären Ebene. Hier geht es um Erkenntnisgewinn bei der Untersuchung struktureller Defizite bei der Organisation des Gesundheitswesens, um die Bearbeitung historischer, politischer und soziologischer Themen, die sich mit Fragen des Gesundheitswesens beschäftigen. Krankheitsverhütung, Lebensverlängerung und physisches wie psychisches Wohlbefinden ganzer Bevölkerungsteile sind Themen von Public health.

Woher kommen diese Ideen? Zunächst waren die Deutschen im 19. Jahrhundert auf diesem Gebiet führend. Namen wie Rudolf Virchow und Salomon Neumann stehen für eine lange Tradition sozialepidemiologischer und sozialmedizinischer Forschung. In den zwanziger Jahren arbeiteten viele Wissenschaftler - meist Mediziner - an den genannten Fragestellungen, bis führende Köpfe dieser Richtung unter den Nazis aus Deutschland vertrieben wurden und ins Ausland emigrierten. Einige gingen in die USA und führten dort ihre Arbeiten weiter. Sie stärkten in den fünfziger Jahren die "Schools of Public health", von denen es heute etwa 23 gibt(2). Schon im Jahre 1912 wurde im Massachusetts Institute of Technology, der Partneruniversität der Technischen Hochschule Berlin, die erste School of Public health gegründet.

Aber auch andere Länder haben früher als das Nachkriegsdeutschland diese Idee aufgegriffen und vergleichbare Lehre und Forschung an ihren Hochschulen etabliert. Zu nennen sind hier Kanada, Skandinavien, England und Holland. Neben der Bundesrepublik blieben auch die beiden anderen deutschsprachigen Länder, Schweiz und Österreich, auf dem Gebiet Public health für lange Zeit auf der Stufe eines Entwicklungslandes.

Aus der Erkenntnis, daß der dramatische Anstieg der Lebenserwartung in den letzten hundert Jahren weniger der kurativen Medizin - wie meist behauptet wird - sondern vielmehr den verbesserten Lebensbedingungen zu verdanken ist, zog die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Konsequenzen: man hielt nicht mehr am alten Konzept Public health fest, das eher in der Wissenschaftstradition der ehemaligen Sozialhygiene aus der Zeit der großen Seuchen fest verwurzelt war, sondern förderte nun Konzepte als "New Public health", die sich weit über die Grenzen des klassischen Gesundheitsressorts hinaus einer umfassenden

Gesundheitsförderung widmen sollen. Gesundheitsförderung will demnach alle gesellschaftlichen und politischen Bereiche auf ihre Auswirkungen auf die Gesundheit hin untersuchen.

In Bundesrepublik bemühten sich zwar Ende der sechziger Jahre einige engagierte Mediziner um die flächendeckende Einführung der Sozialmedizin in die Studiengänge der Ärzte, und in der Pharmazie entwickelten seit dieser Zeit immer wieder einige Vordenker - meist aus den Fachschaften - sporadisch die Idee, das Fach Sozialpharmazie in den Studiengang aufzunehmen - weitgehend ohne Erfolg, wie wir heute wissen. Nur in vier Städten der ehemaligen Bundesrepublik gibt es Lehrstühle für Sozialmedizin, in der ehemaligen DDR konnte man während des Pharmaziestudiums auch Vorlesungen über Sozialpharmazie hören und auf diesem Gebiet promovieren. Dabei darf man allerdings nicht vergessen, daß Public health nach bisheriger Definition den Anspruch erhebt, die Probleme im Gesundheitswesen sehr viel umfassender anzugehen als Sozialmedizin oder Sozialpharmazie. Gesundheitsökonomie und Management sowie bewußte Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit spielen z.B. in diesen Fächern nur eine untergeordnete Rolle.

Bis Ende der achtziger Jahre ließ man sich in der Bundesrepublik Zeit (über die ehemalige DDR liegen mir keine Informationen vor), bevor man sich dem Thema Public health zuwandte. Anlaß für den Beginn der Diskussion waren zum einen die erkannten Grenzen der kurativen Medizin und die Strukturdefizite im Gesundheitswesen, zum andern die erfolgte Kontaktaufnahme deutscher Stellen mit den amerikanischen Schools of Public health. Hier war es zunächst der Präsident des Bundesgesundheitsamtes Großklaus, der im Jahre 1987 über seinen Kontakt mit einem engagierten amerikanischen Vertreter die Diskussion über eine deutsche School of Public health anstieß. Es folgten zwei Symposien im Jahre 1988.

Im Jahre 1989 war es die Universität Bielefeld, die als erste den Lehrbetrieb im Fach "Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung (Public health)" aufnahm. Im Sommer 1991 schlossen die ersten 29 Studierenden dieses Studium mit einer Diplomprüfung ab. Es liegt jetzt die erste Analyse über die Motivation, Zufriedenheit und "berufliche Identitätsbildung" dieser Studenten vor(3), auf die später noch kurz eingegangen werden soll.

Was ist Public health im Einzelnen? Der Begriff selbst (Public health = öffentliche Gesundheit) gibt nicht soviel her. Die Definition eines Sozialwissenschaftlers (Prof. Fr. W. Schwartz): Public health ist der "Versuch, die Gesamtheit der Einflüsse auf die Gesundheit von Bevölkerung und Bevölkerungsgruppen und deren organisatorische Beeinflussung (in der Regel unter präventiver Zielsetzung) zu verstehen und zu verbessern". Die Definition der WHO: "Wissenschaft und Praxis der Krankheitsverhütung, Lebensverlängerung und Förderung psychischer und physischer Gesundheit und Leistungsfähigkeit durch bevölkerungsbezogene Maßnahmen". Heute übersetzt man bei uns diesen Begriff am häufigsten kurz mit "Gesundheitswissenschaften".



Wichtige Kennzeichen von Public health: Interdisziplinarität, Orientierung an präventiven Maßnahmen, enge Verzahnung von Forschung, Lehre und Praxis. Demnach soll auf eine zusätzliche Anhäufung von bereits bestehendem Expertenwissen verzichtet werden. Gleichzeitig soll anhand von ernsthafter Forschung Methoden und Ziele von Public health erlernt werden. Nach der sog. "Ottawa-Charta" der Vereinten Nationen werden als zentrale Ansatzpunkte einer bevölkerungsbezogenen und präventiven Gesundheitspolitik die Umwelt, die Gemeinde und der Arbeitsplatz bezeichnet. Viele Begriffe und Definitionen schwirren hier also im Raum. Und in der Tat: es gibt einige Unterschiede, was an den einzelnen Schools of

Public health gelehrt und geforscht wird.

Es sollen hier einige zentrale Schwerpunkte genannt werden. An der Bielefelder Universität konnte ein Zusatzstudium "Gesundheitswissenschaften und Öffentliche Gesundheitsförderung" etabliert werden, wobei die Universität ohne Medizinische Fakultät auf die Einbindung dieser Fachrichtung verzichten mußte. Trotzdem arbeitet man dort eng mit verschiedenen medizinschen Einrichtungen der Umgebung zusammen. Konsequenz: soziologische Fragestellungen dominieren hier mehr als an den Universitäten, die über eine medizinische Fakultät verfügen. Was letzteres bedeuten kann, sieht man am Beispiel Düsseldorf: hier verstieß man von vornherein gegen ein wichtiges Grundprinzip von Public health: die Interdisziplinarität. Nur Absolventen eines Medizinstudiums werden aufgenommen, entsprechend orientieren sich die Inhalte der Lehre an medizinischen Fragestellungen. In Berlin sind an der Technischen Universität neben den soziologischen, psychologischen und biologischen Fachrichtungen auch die technischen Wissenschaften und die Architektur in das fächerübergreifende Studium involviert. Am Institut für Krankenhausbau wird bereits jetzt umfassend an einer Verbesserung der architektonischen Voraussetzungen von Krankenhäusern geforscht. In Heidelberg wiederum dominiert das Ziel, Fachkräfte für den Einsatz in der Entwicklungshilfe auszubilden. In Tübingen verzichtet man weitgehend auf die Lehre und widmet sich in erster Linie der Forschung. Weitere Universitäten bieten vergleichbare Studiengänge an oder wollen dies in Kürze tun: Bochum, Bremen, Hamburg, Hannover, München, Münster und Ulm. Oftmals handelt es sich hier eher um Pilotprojekte, die nach einem Probelauf nochmals auf ihre Effizienz hin untersucht werden müssen.

Anhand des Bielefelder Studienganges soll einmal der Verlauf eines solchen Zusatzstudiums gezeigt werden (4). Die Studiendauer beträgt in der Regel vier Semester. Wird das Studium neben der Berufsausübung durchgeführt, erhöht sich die Dauer auf max. vier Jahre. Der Studiengang richtet sich an Absolventen der Medizin, der Sozialwissenschaften, der Wirtschaftswissenschaften, der Erziehungswissenschaften, der Psychologie, der Ökonomie, der Ingenieurs- und Naturwissenschaften usw. (unter "usw" fallen wohl die Pharmazeuten, die auch sonst nirgends erwähnt werden).

Im ersten Studienjahr, dem "Kernstudium",

werden folgende Fächer gelehrt:

- medizinische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften
- interdisziplinäre und sozialwissenschaftliche Grundlagen
- Biostatistik, Epidemiologie und sozialwissenschaftliche Methoden
- Genese, Struktur und Steuerungsprobleme des Gesundheitswesens
- Gesundheitsökonomie
- Gesundheits-, Umwelt- und Arbeitsschutzrecht
- ethische Grundlagen der Gesundheitsförderung

Die Veranstaltungen sind Pflichtveranstaltungen. Um den berufsbegleitenden Studierenden die Teilnahme zu ermöglichen, beginnen alle Lehrveranstaltungen erst nach 16.00 Uhr.

Im 2. Studienjahr muß aus folgenden Bereichen ein Hauptschwerpunkt und zwei Nebenschwerpunkte gewählt werden:

Angewandte Epidemiologie - Prävention - Rehabilitation und Gerontologie/Geriatrie - Arbeit, Umwelt und Gesundheit - Soziale Psychiatrie und Psychosoziale Dienste - Management im Gesundheitswesen - Gesundheit in der Dritten Welt. Im Hauptschwerpunktfach muß man seine Abschlußarbeit anfertigen, in den beiden Schwerpunktfächern wird lediglich ein Einführungsprogramm absolviert. Während der Ausbildung soll mit Einführungs- und Vertiefungsphasen, mit Fall- und Projektstudien auf die Tätigkeit im zukünftigen Berufsfeld hingearbeitet werden. Die Abschlußarbeit wird in enger Zusammenarbeit mit einer der am Gesamtprojekt beteiligten Institutionen (z.B. die Kliniken in Bad Oeynhausen, die v. Bodelschwinghsche Anstalt, das Westfälische Krankenhaus Gütersloh oder das Institut für Dokumentation und Information, Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen (IDIS) in Bielefeld) erstellt. Eventuell ergeben sich bereits aus der Zusammenarbeit Kontakte, die zu einer Dauereinstellung führen.

Darüber hinaus besteht für Interessierte, die sich auch in Zukunft in der Forschung engagieren wollen, die Möglichkeit, ihre Abschlußprojekte am "Zentrum für Gesundheitswissenschaften" im "Forschungsschwerpunkt 'Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung'" zu bearbeiten. Sie haben danach die Chance, am genannten Zentrum drittmittelgeförderte wissenschaftliche Projekte zu realisieren, was auch zu einer Promotion ausgebaut werden kann.

Bielefeld bietet auch für im Gesundheitswesen

Beschäftigte ohne Hochschulabschluß eine Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung an.

In den ersten drei Jahrgängen des Graduiertenstudienganges waren ca. 20% der TeilnehmerInnen Mediziner. Die übrigen TeilnehmerInnen kamen aus den Lehramtsberufen, aus der Pädagogik, der Soziologie, der Psychologie der Sozialarbeit, der Sozialpädagogik, der Ökotoxikologie, Betriebswirtschaft, der Politik und der Naturwissenschaften. Ob PharmazeutInnen beteiligt waren, konnte nicht geklärt werden.

Nach den bisherigen Erfahrungen, waren die Studierenden bereits vor Aufnahme des Studiums sehr motiviert. Schwer verständlich zu machen waren allerdings die notwendigen grundlegenden Methodiken der Epidemiologie und der Statistik im ersten Studienjahr, wobei jedoch der Sinn dieser grundlegenden Fächer nach Inangriffnahme der Abschlußarbeiten nicht mehr in Frage gestellt wurde.



Die Abschlußarbeiten konnten entweder mit den angeschlossenen Institutionen abgesprochen werden oder aus einem Pool von zuletzt 112 vorgestellten Themen ausgewählt werden. Dabei behandelten die Studierenden Themen aus der Prävention, der Rehabilitation und Gerontologie/Geriatrie, der Arbeit, Umwelt und Gesundheit sowie aus dem Management im Gesundheitswesen. Bei der Durchsicht der einzelnen sehr interessanten Themen fällt auf, daß die Dozenten keinerlei Probleme hatten, sich mit den unterschiedlichsten Fragestellungen zu beschäftigen. Von daher ist zu vermuten,

daß auch Themen, die auf dem Sektor der Arzneimittelversorgung diskutiert werden, Themen von Abschlußarbeiten sein könnten. Die geplante Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf in einem sog. Forschungsverbund läßt dies jedenfalls möglich erscheinen.

Die Berliner Situation sieht wie folgt aus: Nachdem man hier im Jahre 1987 die Vorreiterrolle in der Einrichtung eines Graduiertenstudiums Gesundheitswissenschaften zu übernehmen schien, passierte anschließend erst mal wenig. Technische Universität, Freie Universität und Bundesgesundheitsamt arbeiteten zunächst wenig effektiv an den Vorbereitungen. Der im Frühjahr 1989 in dieser Stadt veranstaltete Kongreß zum Thema Gesundheitsförderung und die Koalitionsaussagen des damaligen SPD/AL-Senats ließen hoffen, daß es nun schnell vorangehen würde. Doch es dauerte wiederum länger als erwartet, bis jetzt langsam an die Einführung des Studienganges gedacht werden kann. Zum Wintersemester 1992/93 kann - laut Planung - der erste Jahrgang mit dem Studium beginnen.

Der Studiengang ist zunächst als Modellvorhaben an der Technischen Universität Berlin geplant. Auch hier ist wie in Bielefeld der Grundgedanke aller Lehrveranstaltungen der Erhalt und die Förderung der Gesundheit ganzer Populationen sowie die Steigerung von Effektivität und Effizienz vorhandener Gesundheitsdienste und -einrichtungen. Interdisziplinarität, Nutzer- und Praxisorientierung werden auch hier großgeschrieben, fächerübergreifendes Denken soll gefördert werden. Als Abschluß wird im vierten Semester eine Diplomarbeit angefertigt und eine Diplomprüfung abgelegt. Pro Semester müssen 18 Semesterwochenstunden absolviert werden, wobei im ersten Semester die Pflichtfächer, im dritten und vierten Semester die Projektarbeiten dominieren.

Neben dem Studiengang plant man in Berlin unter dem Dach des "Berliner Zentrums für Gesundheitswissenschaften" die Erarbeitung von berufsbegleitenden Weiterbildungsangeboten für Beschäftigte im Gesundheitswesen, die Einrichtung einer Wissenschaftstransfer- und Beratungsstelle im Bereich Gesundheitswissenschaften und die Einrichtung eines Forschungsschwerpunktes "Public health" sowie die Koordination bereits vorhandener Forschungsaktivitäten auf diesem Gebiet.

Letzteres kann im Rahmen eines Forschungsverbundes zu neuen Ergebnissen führen, die u.a. der besonderen Situation der Stadt als Ost-West-Nahtstelle gerecht werden sollen. Bereits bestehende Forschungsgruppen werden neue Projekte - finanziert vom Bundesministerium für Forschung und Technologie - bearbeiten, wobei ein Schwerpunkt das Thema Gesundheitsförderung in Stadt und Umwelt, ein weiterer Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung bei ausgewählten Zielgruppen und ein dritter die Gesundheitssystemanalyse ist. Geplant ist die Herausgabe eines eigenen Informationsorgans als Kommunikationsorgan der beteiligten WissenschaftlerInnen und als Wissenschaftstransfer in Politik und Praxis.

Inwieweit sich PharmazeutInnen in die Forschungsarbeit auf dem Gebiet Public health integrieren können, hat sich bisher offensichtlich noch niemand richtig überlegt. Einerseits haben wir als PharmazeutInnen (und VDPPler) jedoch z.B. mit Gerd Glaeske einen kompetenten Vertreter, der sich mit Themen beschäftigt, die sich wohl recht einfach in das neue Forschungsziel einordnen lassen. Andererseits verfügte man in der ehemaligen DDR über das Fach Sozialpharmazie, mit dem man versuchte, die Arzneimittelversorgung auch mit Methoden, die nicht aus den Naturwissenschaften stammten, zu optimieren. Auch hier zeigten sich Ansatzpunkte, wie sich PharmazeutInnen in das Projekt Public health einschalten könnten. Nach ihrer universitären Abwicklung sollten sich die DozentInnen dieses Faches einmal überlegen, ob es nicht an den bestehenden oder sich im Aufbau befindlichen Studiengängen und Forschungsverbänden Public health Möglichkeiten gibt, dieses zukunftsweisende Fach über die Phase der Angleichung im Einigungsprozeß hinüberzuretten.

Warum könnte nun das Weiterbildungsstudium für PharmazeutInnen von Interesse sein? Ein praktischer Grund: nur Gesundheitsfachleute mit dem anerkannten Ausbildungsabschluß "Master of Public health" können in internationalen Gesundheitsorganisationen an führender Stelle mitarbeiten. Auch die deutschen Fachkräfte des Gesundheitswesens, die in der Entwicklungshilfe tätig sein wollen, müssen oftmals an einer Ausbildung Public health teilgenommen haben, was bisher nur im Ausland möglich war.

Zum zweiten eröffnen sich nach diesem Studium neue Arbeitsmöglichkeiten auf den unterschied-

lichsten Gebieten, sofern die Anbindung der im Studium bearbeiteten Projekte an bestehende Institutionen tatsächlich funktioniert. Aber das Beispiel Bielefeld gibt Anlaß zu Optimismus. Die dort erstellten Abschlußarbeiten eröffneten den StudentInnen häufig die Möglichkeit, an der entsprechenden Institution, die das Projekt in Auftrag gegeben hatte, auch nach Abschluß der Ausbildung weiterzuarbeiten.

Vor dem Hintergrund unseres z.T. wenig effektiven Krankheitsreparaturbetriebes, der bisher gescheiterten Ansätze von Strukturreformen und der zukünftigen demographischen Entwicklung werden die Gedanken der Gesundheitsförderung immer wichtiger werden. Projekte, wie die der WHO oder auch einzelner Kommunen in unserem Land, beweisen, daß Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsförderung Themen sind, die Zukunft haben. Auch PharmazeutInnen sollten diese Entwicklung deswegen als Alternative ernst nehmen.

(Im nächsten Rundbrief sollen einige Bücher zum Thema vorgestellt werden.)

(1) zur Erstellung dieses Artikels waren mir folgende Artikel sehr hilfreich: Rosemarie Stein: "Berliner Hochschule für Gesundheit". Wie es dazu kam und warum wir uns beeilen müssen. In: Berliner Ärzte. Mitteilungsblatt der Berliner Ärztekammer 26 (1989), 191-199; dies.: Und wo bleibt Berlin? Public-Health-Aufbaustudium in Deutschland. In: ebda. 27 (1990), Nr. 11, 29-30; dies.: Public Health: Was in Berlin im Werden ist. In: ebda. 28 (1991), Nr. 1, 24-26; dies.: It's a long way to Public Health. Wird Berlin gesundheitswissenschaftliches Forschungszentrum? In: ebda. 28 (1991), Nr. 7, 34-36.

(2) über die Erfahrungen von einem Kongreß der American Public Health Association vgl. Gunhild Kühn: Public Health in den USA. Ein Erfahrungsbericht. In: Berliner Ärzte, Mitteilungsblatt der Berliner Ärztekammer 26 (1989), 199-200.

(3) P.E. Schnabel: Drei Jahre Zusatzstudien-gang "Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung (Public health)" in Bielefeld. In: Forum Gesundheitswissenschaften 2 (1991), 95-120.

(4) vgl. ebda.

Udo Puteanus

LAUS - das Projekt heute

Im Dezember 1990 berichteten wir im Rundbrief über das Projekt LAUS (Libertäre Arbeitsgemeinschaft Umwelt- und Schadstoffberatung), an dem eines unserer Mitglieder (Jutta Paulus) beteiligt ist (siehe Rundbrief Nr. 5, S. 17). Dieses Projekt hatte sich zum Ziel gesetzt, in ökologischen, toxikologischen und analytischen Fragen zu beraten, Analytik im Bereich des Umweltschutzes, von Lebensmitteln und Arzneimitteln zu vermitteln, sowie datenbankgestützte Informationen zu diesen Themen zu beschaffen. Das Projekt befand sich damals im Anfangsstadium. Jutta Paulus berichtet jetzt im Rahmen unserer Reihe, wo arbeiten PharmazeutInnen, wenn sie nicht in der Apotheke stehen, über den Fortgang ihres Projektes.

Die Redaktion

Die Lage ist lausig - oder was?

Umweltanalytik und Schadstoffberatung, ein Tätigkeitsfeld auch für PharmazeutInnen.

Als ich mich vor mittlerweile gut zwei Jahren dazu entschloß, meine Ausbildung nicht beim Schubladenziehen zu verschwenden, schwebte mir ein Labor für Umweltanalytik vor. Diese Perspektive ist durchaus noch aktuell; dies sogar mehr denn je, unser Kollektiv ist jetzt eine GmbH in Gründung, die Labormöbel sind bestellt, das Büro bereits fertig. Dennoch haben auch die vergangenen Monate, in denen wir alle mehr oder minder nebenberuflich für unser Projekt arbeiteten, unsere Brötchen aber noch woanders verdienten, in mir einiges in Bewegung gesetzt.

Öfter als ich gedacht hatte, führte eine ausführliche Beratung in der Apotheke dazu, daß

wir zur Probennahme führen - und nicht etwa, weil ich den Leuten etwas eingeredet hätte!! Überaus viele der sogenannten Zivilisationskrankheiten lassen sich z.B. durch vollwertige Rotations-Ernährung (nach Randolph) und Ausschaltung von Wohngiften derart in den Griff bekommen, daß die medikamentöse Therapie eingeschränkt, wenn nicht gar abgebrochen werden kann. Das freut die Krämerseele des "typischen" Apothekers zwar nicht, doch der Gesundheitsfachmensch ist begeistert.

Viele der Anfragen, die uns erreichen, betreffen Formaldehyd, den nächsten Platz teilen sich Pestizide und Holzschutzmittel. Seltener geht es um Ozon, Nitrat im Trinkwasser oder auch um die Auswirkungen elektromagnetischer Strahlung aus Computern und Mikrowellenherden. Leider sind die Forschungsergebnisse über die die toxikologischen Auswirkungen durchaus nicht einheitlich, so daß wir meist keine absolut klaren Aussagen treffen können, sondern unter Hinweis auf die widersprüchlichen Studien Meinungen zum Ausdruck bringen.

Unsere hauptsächliche Arbeit liegt im Bereich Ökotoxikologie und chemische Analytik, d.h. wir suchen nach Stoffen, die im Ökosystem Schädigungen hervorrufen und identifizieren sie und ihre Emissionsquelle.

Wer sich für mehr interessiert, ist herzlich eingeladen, uns zu kontaktieren. Besonders an einer/m Biologin wären wir noch sehr interessiert, die Lust hat auf ein Kollektiv und die sich auf dem Gebiet Ökotoxikologie etwas zutraut.

Adresse: Jutta Paulus (geb. Wege), LAUS, Mandelring 47, 6730 Neustadt/Weinstraße, tel: 06321 / 35315

Jutta Paulus

UNSER VERBAND LEBT NICHT NUR VOM GELD ALLEIN,
ABER GELD IST WICHTIG, UM DEN LADEN AM LAUFEN
UND EUCH AUF DEM LAUFENDEN ZU HALTEN.

DARUM:

ZAHLT EURE BEITRÄGE REGELMÄSSIG UND RECHTZEITIG !!!

AUßERDEM:
SPENDEN WERDEN SEHR GERN GEGEHEN

VDPP-KONTO-NR. 20047-105, POSTGIROAMT BERLIN, BLZ 10010010

Pharmazeutin als Journalistin

Der Friseur, zu dem ich früher ging, hatte ein Schild auf dem Thresen stehen: "Bis vor kurzem wußte ich nicht mal, wie man Deutsche Meisda schreibt, und nun bin ich einen." Daran muß ich denken, wenn ich heute nach meinem Beruf gefragt werde. Journalistin und Buchautorin muß ich dann sagen, wo ich doch Kochen im Labor und das DAB 7 gelernt habe. Auswendig, versteht sich. Als Apothekerin konnte ich mich nur schwer deklarieren. Die Berufsbezeichnung mit dem Geruch nach stinkkonservativ und jede Menge Geld verdienen hatte nur wenig mit mir zu tun.

Als Sozialstation betrachteten meine Mitarbeiterinnen meine kleine Stadtrandapotheke. Die eine geübt in Small talk, Klatsch und Tratsch mit jederfrau und jedermann, die andere gesprächstherapeutisch versiert, Klage-mauer und Beraterin für jede Lebenslage. Wir waren ein gutes, fröhliches Team, die Kunden mit uns zufrieden. Und so hätten sie glücklich und zufrieden bis an ihr seliges Ende leben können.

Doch der Weg auf starren Gleisen bis in die Unendlichkeit war mir zu eng. Mein Wunsch, Neues zu lernen, kam in diesem Leben nicht vor. Ausgleich für den Frust waren "Neben"-tätigkeiten, die das Leben so herzynfarkt-verdächtig stressig machten.

Eines Tages sprang ich aus den Schienen und ging von Norddeutschland nach Wien. Daß ich keinen weißen Kittel mehr anziehen wollte, war klar. Worte hatten mich schon immer fasziniert. Christa Wolfs Satz "Daß ich nur schreibend über die Dinge komme", ist auch meiner.

Bei der PTA-Fortbildung und in ersten Schreibversuchen bei der DAZ hatte ich bewiesen, daß ich komplizierte Sachverhalte verständlich wiedergeben konnte. Was also lag näher, als den Kontakt zur Österreichischen Apotheker Zeitung zu suchen? Das ließ sich zunächst positiv an, erwies sich jedoch schnell als Flop: Festanstellung aus finanziellen Gründen nicht möglich. Heute, nach fünf Jahren Wien, vermute ich zusätzlich noch: Bis in Österreichs Apotheker Zeitung ein Reinhild Berger-Äquivalent einziehen kann, muß noch sehr viel Wasser die Donau hinunterfließen.

Damit war klar: Freiberuflich wird meine Schreiberei ablaufen. Ohne Netz und Boden.

Dafür aber auch ohne Chef (männlich, autoritär, hierarchisch) und ohne feste Dienstzeiten, die mich den Krallen des Wiener Verkehrsmolochs überantwortet hätten.

Noch von Deutschland aus schickte ich, voll guten Muts und mit norddeutsch-frisch-fröhlicher Schreibe, einen Brief an die Autoren der "Bitteren Pillen". Tenor: gelernt habe ich Pharmazie, machen will ich was anderes, was, weiß ich nicht, aber vielleicht kann ich das bei Euch probieren. Heute weiß ich, daß sie sich über meinen Brief scheckig gelacht haben. Und nach meiner Tour durch pharmazeutische Chefetagen mit beschlippten Herren Magister, Doktor oder gar Dozent atmete ich Frischluft im verqualmten BiPi-Büro (BiPi = Bittere Pillen, die Red.), wo mir Menschen in Jeans und T-Shirt entgegenkamen.

Meine Eintrittskarte waren Kontaktlinsen. Krista Federspiel plante gerade ein Buch über Augen. Ich hatte mich für eine PTA-Fortbildung mit Kontaktlinsen näher beschäftigt. Kurz und klein: Die Leute sagten, dann mach mal den Teil über Sehhilfen. Und ich ging ans Recherchieren, ohne zu wissen, wie man das macht (siehe oben).

Ich begann nach der Methode, die ich auch heute noch anwende: Ich versuche zu begreifen, wie das funktioniert; achte auf jede Frage, die mir zum Thema kommt, suche nach Antworten; lasse Zweifel zu und konfrontiere Menschen damit, von denen ich annehmen kann, daß sie dazu etwas zu sagen haben.

Anfangs war es ein reiner Blindflug: Wer gibt mir kompetente Antwort auf welche Frage? Mittlerweile kenne ich mich in Namen und Institutionen so weit aus, daß ich weiß, von wem ich welche Einstellung erwarten kann bzw. wer mich weiterleiten kann.

Mittlerweile habe ich auch gelernt, mit wissenschaftlicher Literatur umzugehen, weiß, daß das irgendwo referierte Ergebnis einer Studie wenig sagt, solange ich nicht weiß, wer hat sie in Auftrag gegeben bzw. bezahlt, wie ist sie angelegt. Und weil ich gerade bei der Methodik die vielen gefinkelten Finessen nicht immer kenne, bin ich auf BeraterInnen angewiesen. Menschen, die wissenschaftlich arbeiten, und deren Einstellung ich so weit kenne, daß ich mich auf ihr Urteil verlasse. Sind sie gut und kooperativ, sind sie ein unbezahlbarer Schatz. Denn auf Auskünfte und Hilfe von Leuten, die von wenig viel

wissen, sind JournalistInnen, die wenig von vielem wissen, nun einmal angewiesen.

Unser "Kursbuch Gesundheit" entstand zum Beispiel in Zusammenarbeit mit einem Arzt, der dringend daran interessiert war, Informationen unter die Leute zu bringen, damit sie seinen Weißkittel-KollegInnen nicht so schäufchenhaft ausgeliefert sind. Anders jener Schweizer Arzt, hinter dem ich tagelang her-telefonierte und -schrieb, der mir Mitarbeit zusagte und dann in Schweigen versank.

Erfrischend sind die Erlebnisse mit ungemein wichtigen Menschen. Einen Arzt aus dem Berliner Laserzentrum konnte ich z.B. nicht telefonisch sprechen, weil er so viel arbeitend unterwegs war. Ich nahm an, daß das Briefeschreiben dem Herrn mehr Arbeit machen würde, als ein Telefonat. Doch weit gefehlt - seine Sekretärin klärte mich auf: Briefe beantwortet der Herr Doktor mit dem Diktaphon unterwegs, wenn er im Aufzug steht, durch die langen Klinikgänge zum OP wandelt usw. Nun denn...

Eines meiner einschneidendsten Aha-Erlebnisse des ersten Jahres war die Relativität "der Wissenschaft". Im Studium hatte ich Wahrheiten gelernt. Merke: Das ist so. Mindestens für die Ewigkeit. Jetzt mußte ich mit dem arbeiten, was mein Kopf schon lange ahnte, aber irgendwie nicht zu fassen bekam: Auch "die Wissenschaft" ist eine Frage von individuellem und politischem Standort. Und dieses Hinter-den-Vorhang-Gucken wurde spannend. Da erklären sich mit einem Mal Hintergründe. Ein Beispiel: Die neue Klinik für Traditionelle Chinesische Medizin im Bayerischen Kötzing, die so gern herangezogen wird als Zeichen für die alternativen Behandlungsmethoden, die die Krankenkassen nun auch bezahlen, liegt im Wahlkreis der Gesundheitsministerin.

Ich mag nichts tun, ohne zu wissen warum und ohne die Folgen für mich zu kennen. Wütend werde ich, wenn man versucht, mich für dumm zu verkaufen. Und mein Motiv, mich schreibend zu verbreiten, ist, daß ich denke, anderen geht es ebenso. Was ich im Bereich Medizin - Pharmazie mittlerweile gelernt habe, in Gesprächen mit anderen erfahren habe, das versuche ich den LeserInnen zu vermitteln.

Wie erfolgreich ich damit bin, ist schwer abzuschätzen. Positive Resonanzen sind selten. Ablehnung, Widerspruch, Kritik äußern sich hingegen meist ziemlich schnell und laut. Als ich im Konsumenten-Magazin der hiesigen

Verbraucherberatung die Differenzen aufzeigte, welche Arzneimittel in Deutschland oder anderen Ländern aus Gründen der Arzneimittelsicherheit schon längst außer Handels sind, in Österreich aber immer noch munter verkauft werden, bestellte die Firma Roche den Redakteur und mich zum Rapport. Zum Glück kann sich der Verein für Konsumenteninformation Widerspruch gegen die Pharmaindustrie leisten. Der "Standard", eine hiesige Tageszeitung, kann das nicht. Als die Leiterin des Medizinressorts Vera Herbst in die Reihe der regelmäßig schreibenden freien Mitarbeiterinnen aufnehmen wollte, legte die Anzeigenabteilung ihr Veto ein. Ein Vorabdruck aus dem "Kursbuch Gesundheit" über das Risiko von Röntgenuntersuchungen kam nicht zustande. Ein Strahlenmediziner hatte schärfsten widersprochen. Vor kurzem kündigte ein Pädiater seine Namensnennung im Herausgeberbeirat einer populärwissenschaftlichen Gesundheitszeitung auf, weil ich in einem Artikel die Möglichkeiten "sanfter" Behandlungsverfahren bei allerlei Krankheiten im Kindesalter dargestellt hatte, ohne bei jedem Wehwehchen den Gang zur Ärztin oder zum Arzt anzumahnen.

Daraus läßt sich natürlich leicht ableiten, daß der Rahmen, in dem ich mich schreibend bewegen kann, nicht allzu groß ist. Mein Standbein ist das BiPi-AutorInnen-Team geblieben. Als Spielbein sind die österreichischen und deutschen KonsumentenschützerInnen hinzugekommen. Vereinzelt Ausflüge in die journalistische Wochenpresse wie z.B. Beiträge in "Profil", dem hiesigen Spiegel-Äquivalent, sind eher die Ausnahme. Was frau dort an Frustrationstoleranz aufbringen muß, übersteigt das Maß, das meinem Immunsystem noch nicht schadet. Ein "hochinteressanter, spannender, ganz toll geschriebener" Artikel findet vier Monate lang keinen Platz im Blatt. Eine Titelgeschichte, intensiv und kostenaufwendig recherchiert, wird mit umgerechnet DM 1700.- honoriert. Anforderungen, die hausangestellte Schreiberlinge lächelnd beiseite lassen, türmen sich für Externe wie mich zu quälenden Hürden.

Auch hinsichtlich der Themen unterscheiden sich Etablierte von Neulingen. Dort, wo ich schon öfter geschrieben habe und man mit mir einverstanden ist, kommen Themenvorschläge; ich kann aber auch das anbieten, was mir am Herzen liegt. Als ich im Sommer z.B. mitbekam, welchen Rummel die Spurenelement-BefürworterInnen hier in Österreich veranstalten, war das Thema für mich gebucht. Es unterzu-

bringen, war kein Problem. Wenn ich mir aber ein neues Blatt erobern möchte, muß ich denen klarmachen, daß sie genau auf mich schon lange gewartet haben. Und solche Themen, die nicht schon von allen Seiten ausgelutscht sind, sind rar.

Letztlich bleibt noch das Problem des schnöden Mammons. Das Zeilenhonorar der österreichischen Apotheker Zeitung beträgt umgerechnet DM 0.37, Recherchekosten selbstverständlich inklusive. Kranken- und Sozialversicherung ohne Arbeitgeberanteil. Urlaub = Verdienstausschlag. Krankheit ist nicht vorgesehen. Andere Zeitungen oder Verlage zahlen zwar mehr, aber im Prinzip bleibt gültig: Freiberuflich arbeitende Schreiberlinge sind entweder sich selbst ausbeutende IdealistInnen oder haben eine besser verdienende andere Hälfte.

Meine besser verdienende Hälfte war die Zeit im weißen Kittel. Dieses Polster im Rücken, ignoriere ich Gehaltstarife von deutschen ApothekerInnen in dem Bewußtsein, jetzt eine Tätigkeit zu haben, die mir ungeheuer viel Spaß macht. Endlich kann ich das lernen, was ich immer schon wissen wollte, und bekomme diesen Luxus auch noch bezahlt.

Oft habe ich beim Arbeiten in den letzten Jahren gedacht: Und das hast Du alles nicht gewußt, während Du ach so kompetent deine Kunden in der Apotheke beraten hast. Und dabei war ich sicherlich keine schlechtere Apothekerin als so viele andere, die hinter dem HV-Tisch stehen. Doch wann, bitteschön, hätte ich die Zeit gehabt, mich mit alternativen Heilmethoden so auseinanderzusetzen, wie ich es anläßlich unseres Buches "Die andere Medizin" (siehe Buchbesprechung im nächsten Rundbrief, die Red.) getan habe? Nun weiß ich endlich, welches Wundermittel ich in der Hand hielt, als ich mein Arcanum verkauft habe.

Ein Ernährungsfachmann meinte einmal schmunzelnd, daß ich im Grunde wohl doch Apothekerin geblieben sei, weil ich immer wieder versuche, mit meinen Informationen Apothekern zu erreichen. Und er hat in dem Sinne recht, daß ich weiß, welches großes Potential in dem Gespräch hinter dem HV-Tisch steckt. Die Leute fragen nach so vielem, lassen sich bei so vielem vertrauensvoll beraten. Richtige Gesundheitserziehung könnte da stattfinden.

Aber vielleicht können wir uns die Arbeit

ja teilen: Ich in meiner Buchstabierstube die Theorie, ihr in der Apotheke die Praxis.

Vera Herbst, Wien

Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) - wichtige Bremse

Überlegungen zur Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts v. 05.09.1991 - zur Diskussion gestellt.

Am 05.09.1991 entschied das Bundesverwaltungsgericht, daß die von der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg erlassenen Werbebeschränkungen rechtmäßig sind. Dazu einige bunt zusammengewürfelte Überlegungen.

- Durch die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts ist zunächst die Linie der ABDA bzw. der Kammern bestätigt worden, die Werbung mit den Werbebeschränkungen der Kammern zu begrenzen.

- Da die Entscheidung durch den Europäischen Gerichtshof oder durch das Bundesverfassungsgericht nochmals umgeworfen werden kann, ist durch die Entscheidung des BVerwG keine endgültige Entscheidung getroffen worden.

- Eine gegenteilige Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts ist aufgrund früher gefällter Urteile nicht zu erwarten.

- Unsicher wäre eine Entscheidung des Europäischen Gerichtshof, allerdings sieht es im Augenblick so aus, daß auch dieses Gericht nicht gegen die Kammerauffassungen entscheiden würde.

- Andere wirtschaftliche Zwänge, wie z.B. die Gewerbemieten, vor allem in Ballungsräumen, bedrohen sehr viel eher die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung als eine Werbung für apothekenübliche Ware.

- Bemerkenswert ist die Begründung des BVerwG, daß die Beschränkung der Werbemöglichkeiten der Apotheker durch das Allgemeinwohl gerechtfertigt ist.

- Dies bedeutet eine Gewichtung des Apothekerberufs in Richtung Heilberuf bei deutlicher Abgrenzung von den Entscheidungen der Kartellbehörden.

- Dies zeigt sich auch darin, daß die Tätigkeit der Apotheker deutlich von den Tätigkeiten der Drogisten unterschieden wird.

- Den Apothekerkammern werden die größten Sachkompetenzen zur Festlegung von Werbebeschränkungen zugetraut.

- Das bedeutet auch eine Aufwertung der Standesautonomie, also eine Stärkung der Kammern.

- Die Entwicklung der Apotheke zum "drugstore" oder zum "Supermarkt Gesundheit" liegt nicht im gesundheitspolitischen Interesse der Regierungen und Parlamente, laut BVerwG, eine Feststellung, die nicht für alle Zeiten zu gelten braucht. Es gibt genügend Stimmen, die sich eine liberalere wirtschaftliche Position der Apotheken vorstellen können.

- Auch das Randsortiment in einer Apotheke dürfe ein Maß nicht überschreiten, das es den ordnungsgemäßen Betrieb einer Apotheke behindere, so das BVerwG.

- Wenn die Außenwerbung für das Randsortiment unterbunden werde, so werde es eher gelingen, das Randsortiment zu beschränken. Diese Auffassung des BVerwG ist wohl so nicht richtig, da ein Verbot der Außenwerbung nicht unbedingt das Randsortiment einschränkt. Dies gelänge eher durch eine rechtlich bessere Festlegung, was der Apotheke denn nun als Randsortiment bleiben soll. Der Gedankengang des BVerwG ist deshalb nicht zwingend und bietet den Wirtschaftsliberalen unter den Apothekern einen Angriffspunkt in der Begründung.

- Das BVerwG geht davon aus, daß eine Außenwerbung das Gesicht der Apotheke verändern könnte, was aber nicht gewollt sei. Die Bevölkerung nehme an, in der Apotheke vom Apotheker unter Zurückstellung seines Gewinnstrebens fachkundig beraten zu werden. Dieses Vertrauen würde durch die Außenwerbung beeinträchtigt. Dies ist eine blauäugige Einschätzung der Verhältnisse. Ein gesundes Mißtrauen der Bevölkerung gegen die Apotheker wäre demgegenüber eher wünschenswert. Die Außenwerbung würde den tatsächlichen Sachverhalt für aufgeklärte BürgerInnen eigentlich ehrlicher darstellen. Die Unzuverlässigkeit der ApothekerInnen in der Einhaltung der Rezeptpflicht, der Verstoß gegen den ordnungsgemäßen Einsatz des Personals und der oftmals hemmungslose Verkauf unsinniger Arzneimittel zugunsten des eigenen Profits sind jedoch weit gravierenderen Verstöße gegen die heile Vorstellungswelt der Politiker und Gerichte, als es die Auswirkungen einer verstärkten Außenwerbung für das Randsortiment sein könnten.

- Meine Einschätzung: Das BVerwG hat den Apothekerberuf in der klassischen Art der Kammervertreter definiert. Die Wirtschaftsliberalen in der Apothekerschaft haben eine deutliche Niederlage hinnehmen müssen. Die Kammern wurden gestärkt.

- Das in meinen Augen viel drängendere Problem, die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Arzneimittelversorgung so zu ändern, daß eine von wirtschaftlichen Zwängen weitgehend

unabhängige Berufstätigkeit möglich würde, wird von Gerichtsentscheidungen dieser Art völlig ignoriert und statt dessen eine Schimäre eines wohl geordneten Apothekenwesens produziert.

- Deshalb sind Entscheidungen dieser Art für uns als VDPP weitgehend irrelevant, da sie keine Verbesserung bringen. Trotzdem ist das Urteil eine wichtige Bremse auf dem Weg zur weiteren Kommerzialisierung der Apotheke. Von daher ist es positiv zu beurteilen.

- Die Stärkung der Kammerautonomie stößt bei mir auf Skepsis. Durch solche Entscheidungen wird gleichzeitig die Ideologie und Scheinheiligkeit der Freiberuflichkeit des Apothekers gestärkt: danach arbeitet der Apotheker - hier gleichzusetzen mit dem Leiter einer Apotheke - hauptsächlich unter der Zielsetzung einer Allgemeinwohlorientierung; erst in zweiter Linie verfolge er mit seiner Tätigkeit eine Gewinnmaximierung. Dies rechtfertige auch seine Privilegierung gegenüber den reinen Kaufleuten. Diese optimistische Einschätzung der Apothekerschaft in Bezug auf ihre quasi altruistische Einstellung kann ich nicht teilen, da allzu oft ethische Prinzipien einer wirtschaftlichen Kalkulation geopfert werden. Deshalb bleibt die Apothekerkammer bei der Abfassung von Berufsordnungen und Werbebeschränkungen unglaubwürdig.

- Der Jubel der ABDA und v.a. der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg über dieses Urteil ist grotesk, da es gerade die Baden-Württembergischen KollegInnen waren, die sich durch ihre Hinwendung zu neuen Marketingstrategien (s. DAZ 46/1991) einen besonders schlechten Ruf erworben haben.

- Um tatsächlich im Sinne eines verbesserten Verbraucherschutzes die Tätigkeit des Apothekenleiters unter den gegebenen Bedingungen dem gewünschten Ziel - der Allgemeinwohlorientierung - anzunähern, müßten die Berufsordnungen und damit die Werbebeschränkungen in ihrer Bedeutung aufgewertet und besser kontrolliert werden. Dies würde durch die Verlagerung der Normsetzung aus der Kammerautonomie auf die Stufe der Rechtsverordnung oder - noch eindeutiger - auf die Stufe der Gesetzgebung erreicht, wobei die Kammern am Entstehungsprozeß dieser Normen beratend hinzugezogen werden müßten.

- Diese Vorgehensweise wäre auch unter dem Gesichtspunkt der Demokratieentwicklung wünschenswert, um neben den Apothekern auch andere gesellschaftliche Gruppierungen - hier die Verbraucherverbände - an der Normsetzung zu beteiligen.

Udo Puteanus

ÖTV-Haustarifverträge

Eine Exklusivinformation für alle UnternehmerInnen im VDPP!

Die ÖTV-Berlin hat mit einigen UnternehmerInnen Westberlins Haustarifverträge abgeschlossen (oder ist noch dabei), die den Bedürfnissen und Erwartungen der MitarbeiterInnen weit mehr entgegenkommen als der Bundesrahmentarifvertrag des BVA.

Da er in intensiver Zusammenarbeit zwischen der zuständigen Gewerkschaftssekretärin und einer Westberliner Unternehmerin erarbeitet wurde, hat er von vornherein eine hohe Akzeptanz bei den angesprochenen LeiterInnen.

einer hohen Motivation bei der Bewältigung der entstehenden Aufgaben bei.

Interessierte können einen "Muster-Haustarifvertrag" bei der ÖTV-Berlin, Abteilung Gesundheitswesen, Engeldamm 70, 0-1020 Berlin anfordern.

Ingeborg Simon

Anmerkungen zur neuen Verpackungsverordnung

Alles paletti - oder was ?

Vor kurzem wurde die Verpackungsverordnung vom Gesetzgeber verabschiedet - als Antwort



Unter Zugrundelegung einer 5-Tage-Woche sind hier ein 6-wöchiger Urlaub und ein 2-wöchiger Bildungsurlaub für alle - unabhängig von ihrer beruflichen Qualifikation - ebenso festgeschrieben wie die Mitbestimmung der Beschäftigten bei der Festlegung der Arbeits-, Urlaubs- und Nachtdienstzeiten.

Haustarifverträge haben den Vorteil, betriebliche Besonderheiten (Frauenbetrieb z.B.) zu berücksichtigen, um maßgeschneiderte Abkommen zu treffen.

Die mit der ÖTV abgeschlossenen Verträge bringen den Beschäftigten erhebliche Fortschritte und tragen somit natürlich auch zu einer guten betrieblichen Zusammenarbeit und

auf die immer mehr um sich greifende Wegwerfmentalität in der Konsumgesellschaft und angesichts unbezwingbarer Gebirgsketten von Müllbergen.

Abfallwirtschaftliches Ziel dieses Regelwerkes sollte es sein, zum einen Verpackungen aus umweltverträglichen und die stoffliche Verwertung nicht belastenden Materialien herzustellen, zum anderen auf verschiedenen Wegen Abfälle aus Verpackungen zu vermeiden, wie durch Optimierung der Größe / des Umfangs der Verpackung, Nutzung der Möglichkeit der Wiederbefüllung oder durch Recyclen.

Erreicht werden sollte das Ganze durch die Verpflichtung der Beteiligten (Hersteller

und Vertreiber), verschiedene Formen von Verpackungen (Transport-, Um- und Verkaufsverpackungen) zurückzunehmen und wiederzuverwerten (erneute Verwertung oder stoffliche Verwertung) oder diesen Auftrag im Bereich der Verkaufsverpackungen zu delegieren, z.B. im Rahmen des dualen Systems (Grüner Punkt). Dabei kauft sich der "Müllverursacher" bei Recyclingorganisationen von seinem Entsorgungsauftrag frei und erhält für die entsprechenden Produkte den "Grünen Punkt" (auch als zusätzliche Werbemaßnahme).

Die Verpackungsverordnung ist zum heutigen Zeitpunkt noch in den Startlöchern (am 1.12.1991 begann gerade mal die Rücknahmepflicht für Transportverpackungen) und bei weitem noch nicht umgesetzt. Mögen auch die Intentionen ökologisch positiv gewesen sein, so drängen sich für mich aus umweltschützerischer Sicht unter anderem folgende Gedanken, Fragen und Probleme auf, die den Erfolg des ganzen Unterfangens in Frage stellen:

1. Längst ist (der deutschen Wirtschaft zumindest) nicht bis ins Letzte klar, welche Kriterien letztendlich gelten bei der Zuordnung anfallenden Packmaterials zu Transport-, Um- und Verkaufsverpackungen. Hier wird der schwarze (Kosten-)Peter noch zu sehr hin- und hergeschoben. Eine so komplexe Thematik, wie die des Verpackungsmülls, ist nicht mit zwei Seiten Gesetzestext in den Griff zu kriegen.

2. Obwohl die Verordnung vom Text her Mehrzwecksysteme ("erneute Verwendung") den Einwegverpackungen ("stofflichen Verwertung") von der Bewertung her zumindest gleichstellt, habe ich den Eindruck, daß Einmalgebilde durch Einrichtungen, wie das duale System, oder den Grünen Punkt, die ja aus dem Gesetzeswerk heraus resultieren, ihr ökologisches Mäntelchen erst so richtig maßgeschneidert bekommen, auch wenn es bereits wesentlich sinnvollere und ökologisch verträglichere Alternativen (z.B. Mehrweg) gäbe.

Kann es denn im Sinne des Umweltschutzes oder auch im Sinne dieser Verordnung sein, wenn Kartonverbundverpackungen (z.B. Tetrapak) den Grünen Punkt erhalten, nachdem die dahinter stehende Verpackungs(müll)lobby Unsummen an Geld investiert hat, um sich irgendwelchen schwachsinnigen Recyclingmöglichkeiten (Preßplatten) aus den Fingern zu saugen? Ich denke, Otto Normalverbraucher fällt allzu gerne auf den Grünen Punkt herein und läßt die punktlose

Mehrwegsaft- oder Milchflasche links liegen.

3. Die Verpackungsverordnung setzt voraus, daß alle beteiligten Kreise (Produzenten, Handel, Konsumenten) gleich gut mitmachen. (Was nützt der Grüne Punkt und die dadurch entrichtete Gebühr, wenn der Verbraucher die Verpackung doch in den Müll wirft?) Im Bereich des Endverbrauchers werden meines Erachtens die kooperationswilligen Partner schon heute erreicht. Volle Glas- und Papiercontainer (wenn davon der Bedarf vielerorts auch nicht gedeckt wird) zeugen davon (auch ohne materiellen Anreiz für den "Entsorger" - dieser macht dies heute schon aus Idealismus). Der Rest der "müllunkritischen" Bevölkerung und die "Ökonomen" aus der Industrie dagegen lassen sich auch durch eine Verpackungsverordnung in dieser Form nicht überzeugen.

Viel wichtiger wäre eine stärkere Betonung der Dringlichkeit von Mehrwegsystemen und ihre klare Bevorteilung seitens der gesetzlichen Grundlagen. Ebenso wie in Außenseiterkreisen und auch bei bestimmten jugendlichen Strömungen gibt es gottlob heute schon bemerkenswerte Ansätze einer Umpolung unseres Konsumentenbewußtseins: vom Verschenden zum Bewahren, vom Kurzzeit- zum Langzeitgebrauch, vom Einweg- zum Mehrweggefäß, vom langen "Bringweg" zum kurzen "Holweg" (z.B. beim Produzenten um die Ecke), von der Fremdbestimmung zur Selbsterzeugung und Autarkie. Dies alles ist natürlich schwer mit der Forderung nach Wirtschaftswachstum vereinbar. Wir sollten uns jedoch langsam darüber klar werden, daß wir unsere derzeitigen Wohlstandsberge mit nicht kleineren Abfall- und Problebergen erkaufen und die Luft dort oben sicher immer dünner wird.

Erst wenn wir uns meiner Meinung nach wieder eine Stück weg von der Wegwerfgesellschaft in Richtung ökologischer Romantik bewegen, werden wir das erreichen, was die Verpackungsverordnung nicht schaffen wird: Die Müllberge so abzubauen, daß der Blick nach vorne wieder frei wird. Dazu bedarf es jedoch eines Bewußtseinswandels bei uns allen.

Soweit einige Gedanken zur Verpackungsverordnung

Literatur zur Thematik in der Fachpresse:

DAZ 26/1991, 1389,

PZ 16/1991, 1008

u. 1026,

DAZ 47/1990, 2589,

PZ 50/1991, 3692,

Eugen Eschenlohr

Wir sollten uns beizeiten Gedanken darüber machen, wie im Bereich des Arzneimittelwesens - und hier speziell in den Apotheken - die Verpackungs- und Müllflut eingedämmt werden könnte. Sind Glasverpackungen nicht zum großen Teil akzeptabler als Blisterpackungen, die durch Aluminium-Plastik-Verbundmaterial kaum recyclefähig sind? Sind Beipackzettel nicht auch auf Umweltpapier zu drucken? Ist eine zentralisierte Rohstoffanalyse unter Umweltsichtspunkten nicht sinnvoller als die dezentral in der einzelnen Apotheke durchgeführte Untersuchung (sofern sie überhaupt gemacht wird)? Vielleicht gibt es in unserem Verein Leute, die sich dazu schon einige Gedanken gemacht haben (s. dazu auch den Leserbrief von Stefan Berg in: DAZ 1/1992, S.25f.).

Die Redaktion

Arbeitsgruppe Gentechnologie

Nach unseren um die Jahreswende 89/90 vielfachen Tätigkeiten in der Projektgruppe der deutschen Umweltverbände zur Erarbeitung eines Memorandums zum Gentechnikgesetz wurde es in der Thematik etwas ruhiger, nachdem das Gesetz vom Bundestag durchgepeitscht wurde.

Vor kurzem nun erhielt ich vom DNR (Deutscher Naturschutzring) ein erneutes Angebot zur Mitarbeit in einer neuen Projektgruppe, die die Arbeit der beiden Umweltschutzexperten begleiten soll, die seit kurzem in der ZKBS sitzen (Zentrale Kommission für biologische Sicherheit). Zu sagen ist, daß diese Expertenkommission zum Großteil mit Fachleuten aus Industrie und Wissenschaft besetzt ist, die hauptsächlich über Anträge zu gentechnologischen Arbeiten in diesen Einrichtungen entscheiden. Die Objektivität dieser Aktivität möchte ich von meinem Standpunkt aus nicht bewerten.

Nun wäre es interessant für mich, ob es von einzelnen Mitgliedern her noch Anregungen zum Komplex der gentechnologie bzw. zur Tätigkeit der Ökologen in der ZKBS gibt.

Antworten bitte an: Eugen Eschenlohr, Ringstr. 7a, W - 8051 Haag / Amper.

Eugen Eschenlohr

ÖTV-Fachgruppe Apotheken: Die Angestelltenbewegung im Apothekenwesen in der Weimarer Republik. ÖTV-Berlin 1991, Broschüre, 64 Seiten, (kostenlos zu beziehen bei der ÖTV-Berlin, Abteilung Gesundheitswesen, Engeldamm 70, D-1020 Berlin).

Im November 1989 veranstaltete die FG Apotheken in der ÖTV-Berlin ein Seminar zum Thema "Die Angestelltenbewegung im Apothekenwesen in der Weimarer Republik". Im Mittelpunkt standen Fragen, die uns als Angestellte und Gewerkschaftsmitglieder besonders interessierten: Tarifpolitik, gewerkschaftliche Organisation, Situation der Beschäftigten, unterschiedliche Eigentumsformen von Apotheken etc.

Nach einer mehrmonatigen intensiven Vorbereitungszeit hatte die vierköpfige Arbeitsgruppe ausreichend Material zusammengetragen, um eine recht genaue und anschauliche Darstellung zur Apothekengeschichte zwischen 1918 und 1933 vorzulegen.

Wir glauben erreicht zu haben, daß die von uns dokumentierten Arbeitsergebnisse dazu beitragen, einige Lücken in der pharmaziehistorischen Berichterstattung - aus gewerkschaftlicher Sicht - zu schließen, auch wenn wir nicht als Profis (mit einer Ausnahme) zu Werke gingen.

Wer Interesse an der Broschüre hat, kann sie gerne kostenlos bei der ÖTV-Berlin (Adresse s.o.) beziehen.

Ingeborg Simon

Frank Leimkugel: Wege jüdischer Apotheker. Die Geschichte deutscher und österreichisch-ungarischer Apotheker. Govi-Verlag. Frankfurt/Main 1991. 212 Seiten, DM 38.-.

Am 20. Januar 1942 fand in Berlin die "Wannsee-Konferenz" statt, auf der unter der Leitung des SS-Gruppenführers Heydrich die "Endlösung der Judenfrage" beschlossen wurde, die für Millionen Juden in ganz Europa die Vernichtung bedeuten sollte.

Knapp fünfzig Jahre später ist nun im Govi-Verlag das Buch "Wege jüdischer Apotheker" veröffentlicht worden, dessen Verfasser der Apotheker Frank Leimkugel ist, den viele VDDP-Mitglieder als "Mentor" der VDDP-Ausstellung "Vertreibung und Vernichtung jüdischer

Apotheker im Dritten Reich" kennengelernt haben. Frank Leimkugel arbeitete seit 1986 an diesem Thema und hat im Laufe der Zeit fast 450 Lebensläufe jüdischer Apotheker gesammelt, indem er den Verfolgten oder den noch lebenden Angehörigen biographische Fragebögen vorlegte. Er erhielt so die Lebensläufe von etwa 70% der 1933 im Deutschen Reich tätigen Pharmazeuten mit jüdischem Glauben. Die Fragebögen und die zusammengetragenen Informationen mehrerer Forschungsreisen nach England, Israel und in die USA bildeten sozusagen das Fundament für das jetzt erschienene Buch.

Beginnend mit den ersten Zeugnissen über die Existenz deutscher jüdischer Apotheker im 16. und 17. Jahrhundert bis zur vollständigen Gleichstellung mit den nicht-jüdischen Apothekern durch die Ministerialverordnung Bethmann-Hollwegs vom 5. Februar 1861 in Preußen, durch die ihnen endlich eine eigenverantwortliche Ausübung des Apothekerberufs ermöglicht wurde, bildet die Zeit vor und nach der "Machtergreifung" der Nazi-Regierung den Schwerpunkt dieses Buches. Anhand verschiedener Beispiele wird der Aufstieg einiger jüdischer Apotheker zu angesehenen Vertretern ihres Standes aufgezeigt. Dieses Ansehen erwarben sie sich sowohl in der Standespolitik als auch in der Wissenschaft und als pharmazeutische Unternehmer. Doch schon während des Kaiserreichs und der Weimarer Republik gab es in der Standespresse antisemitische Ausfälle der nichtjüdischen Kollegenschaft, so daß es nicht verwundert, daß es damals einige Juden für besser erachteten, ihren Glauben oder ihren Namen aufzugeben. Andere wiederum sahen ihre Zukunft im Ausland, davon viele - fasziniert vom Zionismus - in Palästina.

Der mehr oder weniger verbreitete Antisemitismus machte es später der Nazi-Regierung leicht, nach und nach ein absolutes Berufsverbot für alle jüdischen Apotheker durchzusetzen. Es ist widerlich zu lesen, wie eilfertig sich "arische" Kollegen auf die Apotheken, die jüdischen Apothekern gehört hatten, stürzten und diese häufig - die Not der ehemaligen Besitzer ausnutzend - für ein Taschengeld an sich rissen. Diejenigen jüdischen Kollegen, denen noch die Flucht aus dem Deutschen Reich möglich war, hatten im Ausland oft erhebliche Mühe, in ihrem Beruf eine Arbeitserlaubnis zu bekommen; sie mußten ihn häufig ganz aufgeben. Doch dies erscheint natürlich im Vergleich zu dem, was denen angetan wurde, denen eine Flucht versagt blieb, als gnädiges Schicksal.

Es ist Frank Leimkugel gelungen, all dieses und noch vieles mehr mit Akribie und Sachverstand darzustellen. In gut lesbarer Form bietet das Buch viele wissenswerte Fakten, zu denen auch der dokumentarische und der statistische Anhang gehören. Während der ganzen Lektüre merkt man dem Autor sein Engagement und seine Anteilnahme am Geschriebenen an. Durch das Einflechten der Lebensläufe verschiedener Apotheker und ihrer Familien gelingt es ihm, auch beim nicht informierten Leser diese Anteilnahme zu erwecken. Das Buch wird so Anreiz dazu, noch mehr über die Ursachen der damaligen barbarischen Inhumanität zu erfahren und wachsam gegenüber Resten des damaligen Denkens in der heutigen Zeit zu sein. Schon aus diesem Grunde muß man Frank Leimkugel für seine Arbeit Dank aussprechen. Hoffentlich wird das Buch eine große Leserschaft finden

Thomas Hammer

Friedensinitiative Berliner Apotheken: Allzeit bereit. Apotheken und Zivilschutz - gestern und heute. 48 Seiten, DIN A 4-Broschüre, DM 5.-. (zu beziehen bei Udo Puteanus, Seelingstr. 56, 1000 Berlin 19).

Diese im Jahre 1986 entstandene Broschüre der Berliner Friedensinitiative ist zwar nicht mehr die aktuellste, da sie die damals üblichen Themen der Friedensbewegung im Apothekenwesen behandelt, allerdings ist der historische Teil immer noch sehr lesenswert. Es wird zunächst aufgezeigt, wie sehr sich die Apotheker bereits im 1. und im 2. Weltkrieg im Luftschutz engagierten und damit letztlich auch die Kriegsvorbereitungen unterstützten. Nicht einmal vor der Universität machten die Kriegsvorbereitungen halt. Den Studenten wurde bereits das Erkennen und der Nachweis chemischer Kampfstoffe nahegebracht, die Apotheken beauftragte man, Schaufenster zur Kriegsvorbereitung zu gestalten und Luftschutz-Hausapotheken zu verkaufen. Sehr interessant auch das Kapitel über einzelne Persönlichkeiten, die sich auf diesem Gebiet besonders engagierten, durch Hetz-Artikel die Stimmung anheizten und auch nach 1945 weiterhin in Ehren blieben.

Da die Restbestände der Broschüre in den Besitz des VDPP übergingen, gehen beim Kauf die 5.- DM an die Vereinskasse.

Udo Puteanus

Berlin

Das erste Leukoplast produziert

Ausstellung über die Vertreibung und Vernichtung jüdischer Apotheker im Dritten Reich

Von Zilla Cohen-Sauerbaum

„Ich wage zu bezweifeln, ob jemand wirklich jemals verstanden hat, wie es möglich wurde, daß mitten im 20. Jahrhundert in einem Land mit großer kultureller Tradition, Mitglieder eines gebildeten Berufsstandes zunächst der Ausgrenzung und Ächtung ihrer Kollegen nach mittelalterlichen Maßstäben zugestimmt haben, dann sogar Nutznießer am Raub des Eigentums der Geächteten wurden und schließlich tatenlos zusahen, wie die gestrigen Kommilitonen und Berufsgenossen in den Tod deportiert wurden.“ Dies sagte Heinz Galinski, Direktoriumsvorsitzender des Zentralrats der Juden in Deutschland und Vorsitzender der Jüdischen Gemeinde zu Berlin, zur Eröffnung der Ausstellung „Vertreibung und Vernichtung jüdischer Apotheker im Dritten Reich.“

Eine Lektion über diesen Teil deutscher Geschichte auf dem Deutschen Apothekertag in Berlin zu erleben, war nicht das naheliegendste, das der Besucher erwarten konnte.

Während sich im großen Saal des Internationalen Congress-Centrums die Standespolitiker mit den aktuellen Problemen des deutschen Apothekerdaseins beschäftigten, hatte der Apothekernachwuchs, der sich im „Verein demokratischer Pharmazeuten und Pharmazeutinnen“ zusammengeschlossen hat, im Foyer des ICC eine kleine, aber sehr engagierte Ausstellung zusammengetragen. Die Ausstellung zeigt, welche Bedeutung jüdische Apotheker in Deutschland schon zu Anfang des Jahrhunderts besaßen.

Als nach einer Ministerialverordnung vom 5. Februar 1861 den preußischen Juden erstmals juristisch die selbständige Ausübung des Apothekerberufes ermöglicht wurde, erwarben zahlreiche jüdische Pharmazeuten, zunächst in Schlesien, später auch im Raum Berlin, Apothekerprivilegien. Der forschenden pharmazeutischen Industrie gaben jüdi-

sche Apotheker wichtige Impulse, so wie sich viele von ihnen als Besitzer von Apotheken hohes Ansehen verschafften.

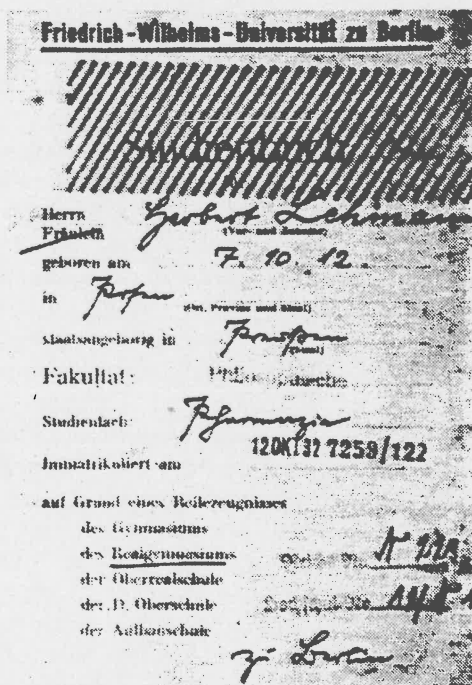
Wer kennt heute noch den Namen Oskar Tropowitz, der 1890 die Fabrik Beiersdorf in Altona kaufte und dort das erste Zinkoxid-Kautschuk-Heftpflaster der Welt entwickelte, das auch heute noch unter dem Namen Leukoplast bekannt ist. Gleicher Tropowitz erforschte das „Eucerin“, jene Salbengrundlage, die 1911 unter dem Namen „Nivea“ ihren Weltruf begründete.

Daneben aber auch schon damals die Schattenseite der deutschen Pharmaziegeschichte: den sogenannten „Pharmaceutischen Antisemitismus“, der hier makaber durch Leserbriefe aus dem Jahr 1900 in der „Pharmaceutischen Zeitung“ dokumentiert wird. Hier ereifern sich die Herren Apotheker über die Frage, ob es legitim sei, daß ein Stellenbewerber anfragt, ob in der Apotheke ein Jude beschäftigt ist.

Nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten 1933 und der nach dem 1. April 1933 einsetzenden „Gleichschaltungsphase“ in den Standesorganisationen wurden erste Verordnungen gegen jüdische Apotheker erlassen. Dem Studienverbot 1933 folgte 1936 der Verpachtungszwang für Apotheken in jüdischem Besitz, 1939 die Aufhebung der Betriebsrechte für jüdische Apotheker und in deren Folge Zwangsverkäufe. Im Jahre 1939 konnte die Standespresse triumphierend verkünden, daß das deutsche Apothekerwesen nun „judenfrei“ sei.

Wer bis zu Beginn des Zweiten Weltkrieges nicht durch Flucht aus Deutschland sein Leben retten konnte, den ereilte das schreckliche Schicksal der Deportation in die Vernichtungslager, aus denen nur wenige zurückkehrten.

Gerade im Jahr des offiziellen 750jährigen Geburtstages des Apothekerberufes war es den Initiatoren ein großes Anliegen, ihre Berufs-



Die Studienbücher jüdischer Studenten wurden durch gelbe Schraffierung gekennzeichnet.

kollegen mit ihrer eigenen Geschichte zu konfrontieren und dafür zu sorgen, daß die Opfer des Naziterrors nicht vergessen werden. Wichtig zu erwähnen ist noch, daß dieser Ausstellung eine Doktorarbeit zu diesem Thema von Frank Leimkugel zugrunde liegt („Wege jüdischer Apotheker“, Govi-Verlag). Der Autor betreute die Ausstellung auch wissenschaftlich. Daß der Apothekerverband (ABDA) sie mitträgt und finanziell ermöglichte, ist als positive Geste zu werten.

„Es ehrt die Hauptversammlung der deutschen Apotheker, daß sie den Mut aufbrachte, ihrer eigenen Geschichte in die Augen zu sehen“, würdigte Galinski die Ausstellung. Man darf gespannt sein, ob andere Standesorganisationen sich ihrer Geschichte so offen stellen werden.

Aus Zeitschriften

Otto Köhler: "Ausschwitz mal andersrum".
In: Konkret 1/1992, S.22-23.

Dieser Beitrag beschreibt die Vorgänge auf der Ende November 1991 stattgefundenen Hauptversammlung der IG-Farben in Abwicklung. In satirischem, bisweilen sarkastischem Ton vermittelt der Autor das Bild einer Veranstaltung, die den Leser zwischen Betroffenheit und Wut hin und her pendeln läßt. Da wird von Aktionären berichtet, die nach dem Untergang der DDR neue Profite auf altem, ehemaligem IG-Farben-Gelände erhoffen, ja, die nicht einmal die Besitztümer im heutigen Polen als verloren hinnehmen wollen. Dann wird der Auftritt eines ehemaligen Häftlings des KZ-Ausschwitz' - von der IG-Farben zur erbarmungslosen Ausbeutung der Häftlinge als Arbeitskräfte-reservoir benutzt - geschildert. Er verlor in Auschwitz seine ganze Familie, sah 30000 Menschen sterben und erntete auf der jetzigen Versammlung ein "Sie lügen" und ein "Juden raus". Immer wieder wird versucht - auch mit den üblichen formalen Argumenten - den ehemaligen Häftling zum Schweigen zu bringen. Er wird auf die zukünftige Stiftung für die Opfer dieser "Vernichtung durch Arbeit" vertröstet, eine Stiftung, die jedoch erst nach Wiedererlangung des Ostvermögens in Aussicht gestellt wird. Und das liegt vor allem in der ehemaligen DDR - 155 Millionen Quadratmeter, soviel wie ein kleines Bundesland, werden verlangt. Um die Wiederinbesitznahme zu erreichen, benannte man das Unternehmen in "IG Beteiligungs- und Grundbesitz Aktiengesellschaft" um. Dieser Schritt ermöglicht eigene Investitionen auf dem Gelände und schützt vor blosser, weitgehend unattraktiver Entschädigung.

Nur gut, daß sich einige Demonstranten vor dem Tagungsgebäude sammelten und den Aktionären die gute Laune gründlich verdarben. (Der Artikel kann bei mir als Kopie angefordert werden: Seelingstr. 56, 1000 Berlin 19.)

Udo Puteanus

Achtung: IPPNW-Kongreß in
Berlin
vom 28.2. bis 1.3.
s. Rundbrief Seite 32

Aus den Regionen

Hamburg

Im November 1991 bot sich der Hamburger Regionalgruppe des VDPP die Möglichkeit, sich einmal in einem nicht-pharmazeutischen Rahmen vorzustellen und eine Veranstaltung zum Thema Medikamentenmißbrauch zu gestalten. Eingeladen hatte uns der "Verein zur Förderung ganzheitlicher Gesundheit" in Hamburg, der neben Kursen wie Yoga etc. auch Vortragsveranstaltungen zu Themen aus dem Gesundheitsbereich durchführt.

Vorbereitet hatten wir einen in unseren Augen allgemeinverständlichen Vortrag, z.B. über die Definition und Abgrenzung der Begriffe Sucht und Abhängigkeit, über das Abhängigkeitspotential verschiedener Arzneimittelgruppen und natürlich darüber, wie wir in der Apotheke mit dem alltäglichen Mißbrauch umgehen. Sechs Veranstalter (5 vom VDPP) saßen sechs ausschließlich weibliche Besucherinnen gegenüber, die, wie sich schnell herausstellte, so ganz und gar nicht zu unseren Erwartungen paßten. Allein vier Frauen waren von einer Initiative für Eltern von Kindern mit hyperkinetischem Syndrom. Sie interessierte vorrangig die Frage, wie wir die mögliche Behandlung ihrer Kinder mit Ritalin hinsichtlich der Abhängigkeitsentwicklung beurteilen. Eine Frage, die uns in ihrer Spezifität ein wenig überforderte und die wir nach meinem Empfinden auch nicht hinreichend beantworten konnten. Die beiden anderen Besucherinnen arbeiteten in der Suchtberatung und wollten in erster Linie die verschiedenen BTMs nacheinander besprochen haben.

An die Stelle des vorbereiteten Vortrags trat eine recht lebhafte und streckenweise auch kontroverse Diskussion, die im Laufe des Abends jedoch mehr und mehr zu Fragen wie "Was halten Sie von Tramal, was von Musaril?" bis hin zu "Wie können Sie bloß die Rezepte lesen?" und schließlich zum unvermeidlichen "Mal ganz im Vertrauen, als ApothekerIn ist man/frau doch wirklich nur VerkäuferIn, oder?" abdriftete. An dieser Stelle fand Gudrun Hahn dann auch die passenden Abschlußworte - immerhin war es bereits 22.45 Uhr - und wir gingen mit gemischten Gefühlen, Tendenz jedoch eher positiv, auseinander.

Fazit: Es gibt durchaus Möglichkeiten, sich in der "alternativen Gesundheitsszene" einen Namen zu machen.

Christa Augustin

Aus den Regionen

Berlin:

Am 25. Januar 1992 trafen sich ca. siebzehn KollegInnen der "Fraktion Gesundheit in der Apothekerkammer Berlin" zu einem Klausur-seminar. Hier standen folgende Themen zur Diskussion:

1. Wahl und Aufgaben einer Frauenbeauftragten der Apothekerkammer Berlin: Ilona Yousif wird sich am 6.2.92 auf der Delegiertenversammlung als Kandidatin der Fraktion Gesundheit zur Wahl stellen. Sie wird zunächst eine regelmäßige Sprechstunde anbieten und nach einer gewissen Anlaufphase den Überblick darüber bekommen, welche frauenspezifischen Themen in der Apothekerkammer mehr als bisher berücksichtigt werden müssen.

Achtung
**Mitgliederversammlung
des VOPP**

in landschaftlich schöner Lage
mitten in Deutschland
am

19.-21. Juni 1992
in Hohenroda
bei Bad Hersfeld

Anmeldung bitte sofort!
siehe S. 37 in diesem Rundbrief

2. BFA kontra Apothekerversorgung: Der bisherige Zustand, daß die Fraktion Gesundheit bei der Behandlung des Themas Apothekerversorgung in den Delegiertenversammlungen uneinheitlich agierte, wurde als unbefriedigend empfunden. Auf der Klausurtagung sollte deswegen Klarheit über dieses Thema geschaffen werden. Ergebnis: Grundsätzlich ist festzustellen, daß die Einrichtung von Versorgungswerken der Freien Berufe den Trend zur Privatisierung ehemals staatlicher (sozialer) Aufgaben stützt und beschleunigt. Dieser Trend fördert Entsolidarisierungstendenzen in der Gesellschaft. Die Versorgungswerke der ApothekerInnen sind aber Realität, an der man nicht vorbeidiskutieren kann. Vor allem die jüngeren KollegInnen sind inzwischen Zwangsmitglieder in diesen Organisationen. Daraus ergibt sich für die Fraktion Gesundheit die Aufgabe, mit dieser Realität umzugehen und auf Ungerech-

tigkeiten und politische Fehlentwicklungen im Versorgungswerk hinzuweisen. Das bedeutet für die Zukunft:

- Mitarbeit im Aufsichtsausschuß zur Kontrolle der Finanzen, um einen - in unseren Augen - nicht gewollten Einsatz der Gelder zu verhindern;
- Einsatz für die Belange der Kinder erziehenden Frauen (und evtl. Männer, falls es die gibt), die bisher gegenüber denen, die auf Erziehungsjahre verzichteten, benachteiligt waren und sind;
- Aufspüren weiterer Ungerechtigkeiten.

3. Reflexion über Sinn und Unsinn unserer Mitarbeit in der Apothekerkammer. Folgende Fragen ergaben sich, nachdem wir uns über den historischen Werdegang der Heilberufskammern einen kurzen Überblick verschafft hatten:

- Dient die Kammerarbeit unserer Zielsetzung, unser Gesundheitswesen, speziell die Arzneimittelversorgung, in unserem Sinne zu verändern?
- Stützen wir mit unserer Kammerarbeit nicht eher die Strukturen, die wir eigentlich abbauen wollen?
- gibt es sinnvollere Einsatzmöglichkeiten unserer Kräfte als in der Fraktion Gesundheit?

Mehrheitlich vertraten wir folgende Meinung:

- Die Apothekerkammer ist, realistisch betrachtet, z. Zt. tatsächlich die Organisation, in der wir am wirkungsvollsten unsere Meinung öffentlich machen und Einfluß auf Entscheidungen nehmen können. Dazu dient auch die Teilnahme an den Apothekertagen.
- Der Versuch, die Bedeutung der Heilberufskammern zugunsten neuer Strukturen zu verändern, wird z. Zt. als unrealistisch betrachtet.
- Unsere Ziele - interdisziplinäre Kollegialität, Stärkung der Verbraucher- und Betroffenenmacht (Krankenkassen, Selbsthilfegruppen) - müssen weiterentwickelt und öffentlich gemacht werden, um bei einer günstigeren politischen Ausgangslage in unserem Sinne Einfluß nehmen zu können.
- Die Forderung nach mehr Pluralismus in der Standespolitik sollten wir als Ziel weiterverfolgen, um damit den Kammern und der ABDA das Auftreten als das einzige Sprachrohr der Apothekerschaft zu erschweren. Das bedeutet, wir sollten durch eine Stärkung unseres Verbandes, des VOPP, auf diese Pluralisierung hinwirken.

Udo Puteanus

Protokoll der Vorstandssitzung am 30. 11. 91 in Copenbrügge

Anwesend: Thomas Hammer, Dorothea Hofferberth, Hanne Lederer,
Anita Maas, Udo Puteanus, Regina Schumann

Gudrun Hahn war krank, Gerd Glaeske konnte wegen eines anderen Termins nicht kommen.

1. Tagungsleitung übernahm Regina Schumann
Protokoll Hanne Lederer
2. Protokoll der Vorstandssitzung in Berlin: einstimmig angenommen.
3. Berichte des Vorstands:

Gudrun Hahn hatte per Telefon einige Zahlen übermittelt:
Es gibt 3 neue Mitglieder, 2 aus Berlin, 1 aus Hamburg. Die neuen Vereinsmitglieder sollen in Zukunft nicht wie bisher als erstes eine Zahlungsaufforderung bekommen, sondern ein freundliches Anschreiben und das Programm des Vereins. Dorothea Hofferberth übernimmt die laufende Aktualisierung der Kartei per Computer, außerdem werden die neuen Adressen jeden Monat an Udo Puteanus weitergegeben. Zwei Mitglieder zahlen nach wie vor ihre Beiträge nicht. Udo Puteanus soll sich telefonisch mit ihnen in Verbindung setzen, der nächste Schritt wäre eine nochmalige Zahlungsaufforderung mit konkreter Frist und evtl. Ausschluß aus dem Verein.

Der Kontostand zum 28. 10. betrug:
13.926,46 auf dem Postscheckkonto
3.986,03 auf dem Bankkonto

Die Ausstellung zum Apothekertag in Berlin hat dank vieler Spenden keine großen Kosten für den Verein verursacht:

Ausgaben: 3.771,18
Spenden : 2.731,50
Differenz ca. 1200.- DM aus der Vereinskasse.

Uli Breckheimer hat vom Verein noch DM 2.294.-- zu bekommen für Flugblätter zum Apothekertag in Düsseldorf. Der Betrag wird ihm demnächst überwiesen.

Vereinsmitglieder, die sich bei Kammerwahlen engagieren, sollen auf Antrag finanzielle Unterstützung erhalten. Voraussetzung ist natürlich, daß sie als VDPP- Mitglieder auftreten und die Anliegen des Vereins (mit) vertreten. Genaueres kann erst im Laufe der Zeit geregelt werden.

Bei Anita Maas waren bis zu diesem Zeitpunkt 14 Anmeldungen zum Programmseminar in Frankfurt eingegangen.

3a. Berichte aus den Regionalgruppen:

In Berlin gab es seit der letzten Vorstandssitzung 3 Treffen mit je 6 bis 12 Teilnehmer/innen. Fester Treffpunkt ist einmal im Monat das Café Blisse. Im September und Oktober ging es um Vorbereitungen für die Ausstellung und den Apothekertag, im November machte man sich Gedanken, wie neue Mitglieder in die Vereinsarbeit eingebunden werden könnten. Udo Puteanus will sich mit den "Neuen" treffen, um Veröffentlichungen von Vereinsmitgliedern zu sichten und daraus eine Infobroschüre zu erarbeiten. Diese soll die Arbeitsschwerpunkte des Vereins aufzeigen. Eine andere Idee war, Artikel aus der Fachpresse zu diskutieren und evtl. Statements bzw. Leserbriefe abzufassen.

Auch in Niedersachsen gab es ein regionales Treffen mit 6 Teilnehmer/innen. Weitere Treffen sind alle 3 Monate geplant. Es ging natürlich zunächst um das gegenseitige Kennenlernen, die inhaltliche Gestaltung ist noch nicht festgelegt. Es tauchte die Frage auf, ob aktuelle Themen gleichzeitig in den verschiedenen Regionalgruppen diskutiert werden sollten.

In Hessen soll ebenfalls alle 3 Monate ein regionales Treffen stattfinden. Zum letzten Treffen in Riedstadt waren 23 Einladungen verschickt worden, 10 Personen waren dann anwesend. Hier liegt das Problem gleichfalls noch in der Kontinuität und in der inhaltlichen Gestaltung.

In Hamburg gibt es immer noch 14-tägige Treffen bei Bernd Rehberg, allerdings meist mit wenigen Teilnehmern. Auf Einladung einer Stadtteil- Gesundheitsinitiative nahmen 5 VDPP- Mitglieder an einer Veranstaltung zu Suchtproblemen teil. Die "Werkstatt Gesundheit" hat bei Gudrun Hahn angefragt, ob und wie eine Zusammenarbeit mit dem VDPP möglich wäre. Konkret geht es um 2 Projekte:

- Initiativen zur "Gesundheitserziehung" u. a. der Kammer Niedersachsen
- Projekt "Healthy Cities" der WHO, ausgerichtet auf Hamburg.

4. Vertrag mit Udo Puteanus

Regina Schumann hatte zusammen mit Udo Puteanus einen Werkvertrag nach dem Muster des öffentlichen Dienstes ausgearbeitet. Er wurde ohne Veränderungen angenommen und wird nach Ausfertigung vom geschäftsführenden Vorstand unterzeichnet. Der Vertrag läuft vom 1. 11. 91 bis zum 30. 4. 92 und lautet auf ein Entgelt vom DM 7500.--.

5. EG- Seminar

Das EG- Seminar in Bremen wurde wegen mangelnder Beteiligung abgesagt. Es soll voraussichtlich im März nachgeholt werden, evtl. etwas weniger aufwendig, damit es auch für einen kleineren Teilnehmerkreis stattfinden kann.

6. Sozialpharmazie- Seminar

Das schon länger geplante Seminar "Sozialpharmazie" soll im Herbst 92 in Zusammenarbeit von Ingrid Schubert und Udo Puteanus stattfinden. Tagungsort wird voraussichtlich Münster sein - ein Angebot also für die Mitglieder in Nordrhein- Westfalen.

7. Apothekertag

Zitat Ingeborg Simon (sinngemäß): "Jedesmal denke ich, schlimmer kann' s nicht mehr kommen, und jedesmal ist es noch schlimmer als beim letzten Mal".

8. Ausstellung zum Apothekertag

Die Ausstellung wurde einhellig positiv bewertet, die Zusammenarbeit mit der ABDA grundsätzlich auch, wobei das Verhalten der ABDA dem Verein gegenüber Wünsche offenließ. So wurde z. B. die Ausstellungseröffnung durch Herrn Stürzbecher dem VDPP überhaupt nicht mitgeteilt.

9. Termine

- | | |
|---------------|------------------------------|
| 18./19. 1. 92 | Programmseminar in Frankfurt |
| März 92 | EG- Seminar in Bremen?? |
| 25./26. 4. 92 | Vorstandssitzung in Hamburg |

9./10. 5. 92 Frauenseminar in Kaufungen
20./21. 6. 92 Mitgliederversammlung in Rothenburg
Okt./Nov. 92 Sozialpharmazie- Seminar (in Münster?)

10. Rundbrief

Im Rundbrief sollen auch weiterhin die Protokolle der Vorstandssitzungen vollständig erscheinen. Ebenso Berichte von den Kammerversammlungen und Regionaltreffen, auch wenn' s nicht immer alle interessiert. Die Termine sollten möglichst zusammengefaßt und nicht im ganzen Rundbrief verstreut erscheinen.

11. Programmdiskussion

Die Aufträge zur Überarbeitung der einzelnen Punkte sind verteilt, zum Teil liegen die Entwürfe bereits vor und erscheinen im Rundbrief. Die restlichen Entwürfe werden rechtzeitig an die zum Programmseminar Angemeldeten verschickt. Am Anfang des Seminars soll ein einleitendes Referat und eine Grundsatzdiskussion über die Aussage und die Politik des Vereins stehen (Referent/in steht noch nicht fest). Am Nachmittag sollen Arbeitsgruppen zu einzelnen Punkten tagen, am Abend und am nächsten Tag ist Diskussion im Plenum vorgesehen.

12. Verschiedenes

- a. Die Diskussion über die Abtreibungspille RU 486 gestaltete sich schwierig (wohl auch wegen allgemeiner Müdigkeit). Es kam keine einheitliche Meinung und somit auch keine Stellungnahme zustande.
- b. Für den Apothekertag 1992 in München wurden noch keine konkrete Planung getroffen. Es wird sicher keinen Ausstellungsstand geben, evtl. abends ein Treffen in einem Lokal für die anwesenden VDPP-Mitglieder und interessierte Münchner.
- c. Udo Puteanus will die Kontakte zum VDÄÄ etwas pflegen und sich zu Informationszwecken dessen Rundbriefe zuschicken lassen.
- d. Die Kosten für eine Weitergabe der Berliner Ausstellung werden vom Verein getragen, wenn die Ausstellung innerhalb einer Veranstaltung des VDPP gezeigt wird. Sie kann jedoch auch von anderen Interessierten ganz oder teilweise gegen Erstattung der Unkosten ausgeliehen werden.
- e. Suchtprobleme sollen weiterhin ein Thema innerhalb des Vereins bleiben. Eine Stellungnahme für die komplette Unterstellung der Benzodiazepine unter die BTM- Verordnung ist zu erwägen.

Termine Termine Termine Termine Termine

Regionaltreffen:

in Hamburg: Mittwoch, 12.02., 26.02., 11.03., 25.03., 08.04., 22.04.,
jeweils um 20.00 Uhr bei Bernd Rehberg, Brahmsallee 18, HH 13.

in Niedersachsen: Bitte nachfragen bei Dorothea Hofferberth, Ruschenbrink 23,
3250 Hameln 1, tel: 05151 / 64096

in Berlin: Mittwoch, 12.02., 18.03., 15.04. jeweils um 20.15 Uhr im Cafe
Blisse, Blissestr. 14, 1000 Berlin 31, U-Bahn 7,
U-Bhf. Blissestraße

in Hessen: bitte nachfragen bei Anita Maas, Heidelberg, Tel: 06221 / 20349

in Nordrhein-Westfalen: Erstmals treffen sich die nordrhein-westfälischen
VDPP-Mitglieder
am Montag, 16.03.1992, 19.30 Uhr
in Düsseldorf, Restaurant Unikom (in der Mensa)
Universitätsstr. Straßenbahnlinie 704.
(gesonderte Einladung folgt)

IPFNW-Kongreß - 28.02.-01.03.1992 in Berlin

Abschalten! Abrüsten!

Internationales Congreß-Centrum (ICC) Berlin

Internationale Ärzte zur Verhütung des Atomkrieges, Ärzte in sozialer Verant-
wortung (IPFNW).

Aus Anlaß dieses Kongresses werden eventuell auch Nichtberliner VDPP-Mitglie-
der in Berlin weilen, die sich gern mit anderen KollegInnen treffen wollen.
Aus diesem Grunde können wir für ein gemütliches Treffen einen Tisch bestellen
am

Freitag, 28.02.1992, um 20.00 Uhr

**im Restaurant Braendel, Horstweg 5
W-1000 Berlin 19**

(U-Bahnhof Linie 1, U-Bhf. Sophie-Charlotte-Platz)

(Der Samstagabend kam nicht in Betracht, da an diesem Abend ein Benefizkonzert
von der IPFNW stattfindet.)

Gebt mit bitte **Bescheid**, ob Ihr am Treffen teilnehmen wollt, damit ich weiß,

ob ich einen Tisch bestellen soll: Udo Puteanus, Seelingstr. 56,
1000 Berlin 19,
tel: 030 / 322 1968.

Anmeldung zum 2. EG-Seminar in Bremen 21./22. März 1992

Die Seminarberatungen finden hauptsächlich am Samstag, 21.03., statt.

Ort: Seminarraum des Bremer Instituts f. Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), Grünenstr. 120, 2800 Bremen.

Die Anmeldung bitte schicken an

Gerd Glaeske
Oststr. 53
W-4000 Düsseldorf 1

Hiermit möchte ich mich verbindlich für das Bremer EG-Seminar anmelden:

Eine Hotelreservierung ist erwünscht
..... vom 20. auf den 21. März
..... vom 21. auf den 22. April
..... ist nicht notwendig

wenn erwünscht: Einzelzimmer
..... Doppelzimmer

Ich werde Samstagabend an dem gemeinsamen Abendessen teilnehmen ja
..... nein

Name :

Adresse:

Datum : Unterschrift:

Die Tagungsunterlagen werden rechtzeitig vor dem Tagungsbeginn zugeschickt.

Artikel, Anregungen, Berichte, Kritik für den nächsten Rundbrief

diesmal bitte an

Thomas Schulz-Schalge
Rothenburgstr. 3
W - 1000 Berlin 41

Redaktionsschluß für Rundbrief Nr. 12

20. März 1992

Artikel, Anregungen, Berichte, Kritik für den nächsten Rundbrief

diesmal bitte an

Thomas Schulz-Schalge
Rothenburgstr. 3
W - 1000 Berlin 41

Redaktionsschluß für Rundbrief Nr. 12

20. März 1992

Pharmazie - Praktikantenstelle

Die Leibniz-Apotheke, Berlin-Charlottenburg,
sucht ab Mai 1992 eine/n Pharmazie-Praktikanti/en

InteressentInnen melden sich bitte in der

Leibniz-Apotheke
Kantstr. 130b
1000 Berlin 12
tel: 030 / 313 8000

Artikel, Anregungen, Berichte, Kritik für den nächsten Rundbrief

diesmal bitte an

Thomas Schulz-Schalge
Rothenburgstr. 3
W - 1000 Berlin 41

Redaktionsschluß für den nächsten Rundbrief

20.03.1992

VDPP-Frauenseminar
8.-10.5.1992, Kaufungen

Frauen und Medikamente

Viele Frauen kommen im Alltag nur mit Hilfe von Medikamenten über die Runden. Sie bezahlen dies Durchhalten mit gesundheitlichen Schäden und großem Leid.

Programm:

Freitag, 8.5.92

ab 17.00 Uhr Anreise
 gemeinsames Abendessen und Kennenlernen

Samstag, 9.5.92

8.00 Uhr Frühstück
9.30 Uhr SEMINAR "Frauen im Teufelskreis der Sucht"
 Eine Ärztin, eine Sozialarbeiterin, eine Psychologin,
 eine Mitarbeiterin in einer Selbsthilfegruppe berichten aus
 ihrem jeweiligen Arbeitsbereich. Gemeinsam untersuchen wir
 den Ist-Zustand und suchen nach Auswegen aus der Sucht
12.30 Uhr Mittagessen und Pause
14.30 Uhr ARBEITSGRUPPEN
 Vorschlag 1 :
 Medikalisierung von Frauenproblemen und Erfahrungsaustausch
 aus dem Berufsalltag
 Vorschlag 2:
 unsere Rolle als Apothekerin:
 Konflikte mit Patientinnen in der Selbstmedikation-
 Konflikte mit ÄrztInnen in der Verschreibung, Suche nach
 Veränderungsmöglichkeiten
20.00 Uhr Abendessen im Gasthof

Sonntag, 10.5.92

9.00 Uhr Frühstück
10.00 Uhr SEMINARAUSWERTUNG
11.30 Uhr Themen für 1993
 Projektvorschlag : Frauen in der Pharmazie, eine historische
 Betrachtung : Magdalene Neff, die erste deutsche Frau mit
 einem Pharmazie-Hochschulstudium, wird 1996 einhundert
 Jahre alt.
13.00 Uhr Mittagessen und Abreise

Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

Kontaktadresse :
Fleming Apotheke
Grindelallee 182
2000 Hamburg 13
Tel.:040-45 87 68

Liebe Freundinnen,
hier noch einige Informationen für unser Treffen in Kaufungen.

Unser Quartier ist das **Naturfreundehaus " Lossetal-Haus "**
Freiheimer Straße 47-49
3504 Kaufungen
Tel.: 05605 / 4183

Die *Bahn-Reisenden* möchten bitte schon mit der Anmeldung die Ankunftszeit angeben, damit der Abholdienst organisiert werden kann.

Wegbeschreibungen für *Autofahrerinnen*:
von Norden und Süden:

A 7 (BAB Hamburg-Hannover-Würzburg) bis Ausfahrt Kassel-Ost, dann in Richtung Niestetal, Witzenhausen, nach ca. 5 km rechts ab nach Kaufungen.

von Westen:

A 44 (BAB Dortmund-Kassel) bis zum Kasseler Kreuz, dort auf die A 7 Richtung Göttingen-Hannover, bis zur Ausfahrt Kassel Ost, dann weiter wie oben..

Die Kosten betragen pro Person für Übernachtungen und Verpflegung ca. 60 DM. Bettwäsche muß mitgebracht werden oder kann für 4,50 DM geliehen werden

.....
Name : _____
Adresse: _____

Hiermit melde ich mich zum Frauenseminar des VDPP an.

Ich komme am _____ um _____ Uhr an.

Ich komme mit der Bahn und möchte abgeholt werden.

Ich komme mit dem Auto und biete ab _____
Mitfahrgelegenheiten an.

Unterschrift : _____

**Jahresmitgliederversammlung des VDPP
19. Juni bis 21. Juni 1992**

Bitte um Anmeldung!

Liebe Freunde und Freundinnen,

hiermit möchte ich Euch die diesjährige Mitgliederversammlung des VDPP ankündigen. Wie bereits im Herbst durch den Vorstand beschlossen findet die Mitgliederversammlung

vom Freitag, den 19. Juni bis Sonntag, den 21. Juni 1992

statt. Tagungsort ist Hohenroda, ein Ort auf dem Lande mitten in der Bundesrepublik Deutschland! Hohenroda liegt im Norden Hessens in der Nähe von Bad Hersfeld zwischen Rhön und Thüringer Wald. Um dort hinzugelangen bestehen vielfältige Möglichkeiten einschließlich ICE-Anbindung (Fulda , Göttingen, Kassel-Wilh.), IC-Anschlüsse, Interregio-Verbindungen (Bad Hersfeld, Transfer vom Bahnhof möglich), Autobahnen aus allen Richtungen (Hamburg, Ruhrgebiet, München, Frankfurt, Dresden und Berlin). Über Details der Anreise erhaltet ihr später genaue Informationen.

Folgender Ablauf ist vorgesehen:

Anreise Freitag abend oder Samstag früh, Tagungszeitraum: Samstag und Sonntag bis mittags, Abreise nach dem Essen am Sonntag.

Kosten pro Person für das komplette Programm: DM 150.-, Studenten DM 100.-

Im Arrangement sind enthalten: zwei Übernachtungen, Abendessen am Freitag, Vollpension am Samstag, Frühstück und Mittagessen am Sonntag, Kaffeepausen am Samstag und Sonntag, Tagungsraum und Tagungstechnik.

Das Tagungshotel verfügt über viele Freizeitbeschäftigungsmöglichkeiten wie Schwimmbad, Sauna, Tennis, Reiten, Bowling etc. Bitte also Badehose und Sattel mitbringen. Hohenroda liegt in einer weitläufigen Mittelgebirgslandschaft mit guten Wandermöglichkeiten und lohnenden Ausflugszielen. In Bad Hersfeld haben dann bereits die berühmten Theaterfestspiele begonnen (Programm und Preisliste siehe Rückseite, Reservierungen telefonisch ab sofort möglich). Es stehen Doppelzimmer mit Bad zur Verfügung, Einzelzimmer können evtl. reserviert werden (keine Zusage möglich). Am Donnerstag, den 18. Juni ist in einigen Bundesländern, u.a. in Hessen, Feiertag: Fronleichnam. Wer etwas verlängerten Wochenendurlaub machen will, kann das arrangieren - ich bin mit Tips behilflich.

Zur Planung der Mitgliederversammlung ist es leider dringend nötig, sich sehr frühzeitig anzumelden. Ich darf Euch also bitten, mir mit dem unten abgedruckten Abschnitt Eure Anmeldung bis zum 15. Februar 1992 mitzuteilen.

Adresse : Ulrich Hagemann, Eosanderstr. 14, 1000 Berlin 10, Tel.: 030-342 61 57

Die Tagesordnung der Mitgliederversammlung wird gesondert zugesandt bzw. im Rundbrief bekannt gemacht.

**Verbindliche Anmeldung zur Jahresmitgliederversammlung
am 19., 20. und 21. Juni 1992 im Hessen Hotelpark Hohenroda,
6431 Hohenroda**

Ich nehme an der VDPP-Mitgliederversammlung teil ja / /
nein / /

Ich reise an am Freitag, den 19.06.1992 / /
am Samstag, den 20.06.1992 / /
voraussichtlich mit dem PKW / / Bahn / / zu Fuß / /

Ich übernachtete von Freitag auf Samstag / /
von Samstag auf Sonntag / /
zwei Nächte von Freitag bis Sonntag / /

Ich nehme am Abendessen des Freitag teil / / nicht teil / /

Ich brauche dringend ein Einzelzimmer
(keine Zusage möglich!) / /

Adresse (lesbar):

Datum

Unterschrift

Bitte zurück bis zum 15. Februar 1992!

Bad Hersfelder Festspiele

Spielplan 1992

Mi.	17. Juni	20.45 Uhr	Ein Sommernachtstraum
Do.	18. Juni	20.45 Uhr	Der Trojanische Krieg
Fr.	19. Juni	20.45 Uhr	Ein Sommernachtstraum
Sa.	20. Juni	20.45 Uhr	Der Trojanische Krieg
So.	21. Juni	20.45 Uhr	Ein Sommernachtstraum

Preise

Reihe	Schauspiel	Dreigroschenoper
1. bis 20. Reihe	55,- DM	61,- DM
21. bis 27. Reihe	50,- DM	55,- DM
28. bis 30. Reihe	45,- DM	50,- DM
31. bis 33. Reihe	35,- DM	39,- DM
34. bis 36. Reihe	25,- DM	28,- DM
37. bis 39. Reihe	15,- DM	17,- DM

Buchung

schriftlich

Bad Hersfelder
Festspiele
Postfach 1753
6430 Bad Hersfeld
(0 66 21) 7 20 66
20 13 37
20 13 43

Telefon
Telefax

VEREIN DEMOKRATISCHER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

6000 Frankfurt/Main 90, Kurfürstenstr. 18, Tel.:069/779366, FAX: 069/7073967

22.1.92

PRESSEERKLÄRUNG

Allein eine Positivliste, nicht die Fortschreibung von Negativlisten, wird die Qualität der ärztlichen Versorgung verbessern können!

Im bundesdeutschen Arzneimittelmarkt konkurriert eine in anderen Ländern nicht annähernd erreichte Vielzahl von Arzneimitteln um die Aufmerksamkeit von Ärztinnen und Ärzten. Von den ca. 70.000 industriell gefertigten Arzneimitteln sind etwa 47.000 Arzneimittel aus biologischen und/oder synthetischen Arzneistoffen zusammengesetzt; die restlichen 23.000 zählen zum homöopathischen Arzneischatz. Für viele Arzneimittel bestehen aus guten Gründen erhebliche Zweifel an einer therapeutisch relevanten Wirksamkeit, und für andere liegen keinerlei Belege für die angegebenen Indikationsansprüche vor. Im Jahr 1990 wurden von den gesetzlichen Krankenkassen für Arzneimittel mit umstrittener Wirksamkeit immerhin ca. 6 Milliarden DM ausgegeben. Eine große Studie zum Ordnungsverhalten Dortmunder Kassenärzte hat vor wenigen Jahren gezeigt, daß diese Situation erhebliche negative Konsequenzen für die Qualität der Patientenversorgung hat.

Um den Ärztinnen und Ärzten zu helfen, sich in diesem Irrgarten von Arzneimitteln zurechtzufinden, bedarf es dringend einer Orientierungshilfe. Eine Positivliste von Arzneimitteln mit unumstrittener Wirksamkeit und therapeutischer Relevanz für die einzelnen Indikationsgebiete wäre ein erster und wichtiger Schritt, den Ärztinnen und Ärzten eine begründete Therapieentscheidung zu erleichtern. Teil einer solchen Liste sollten auch Placebo-Präparate sein, deren Einsatz im Einzelfall einen wichtigen Beitrag zum Behandlungserfolg leisten kann. Unter den aktuellen Bedingungen des bundesdeutschen Arzneimittelmarktes wäre eine Positivliste überschaubarer und handhabbarer als die Fortschreibung der bestehenden Negativlisten.

Neben der Beschränkung der Arzneimittelauswahl auf wirksame und therapeutisch relevante Medikamente (Positivliste) sollten Therapieleitlinien erarbeitet werden, die das therapeutische Vorgehen bei den einzelnen Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen nach dem jeweiligen Erkenntnisstand sinnvoll strukturieren. Dabei muß unbedingt darauf geachtet werden, neben den medikamentösen die nicht medikamentösen Behandlungsformen und Beratungsinhalte angemessen zu betonen. Die weitverbreitete und überflüssige Überverordnung von Medikamenten stellt nicht nur eine unnötige Gefährdung der Gesundheit von Patienten (mögliche Nebenwirkungen) dar, sondern vermehrt in jedem Fall die finanziellen Belastungen der Krankenkassen ohne jeden gesundheitlichen Gewinn.

Diese Therapieleitlinien sollten Empfehlungscharakter haben und der Ärztin/dem Arzt die Freiheit belassen, im Einzelfall von dem standardisierten Vorgehen der Leitlinien begründet abzuweichen. Eine so verstandene Therapiefreiheit kommt der Qualität der ärztlichen Versorgung direkt zugute und hat nichts gemein mit der von manchen Standespolitikern heftig verteidigten therapeutischen Narrenfreiheit, die jeden tragfähigen Qualitätsanspruch der ärztlichen Praxis untergräbt.

Bundesvorstand des VDÄÄ

Dr. Hermann Schulte-Sasse
Bremen

Dr. Winfried Beck
Frankfurt am Main

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

Berlin

Ulrich Breckheimer
Apotheke am Funkturm
Neue Kantstraße 18
1000 Berlin 19
Tel.: 030 - 321 67 61
030 - 332 63 89 (privat)

Brandenburg

siehe Berlin

Bremen

Jutta Frommeyer
Igel Apotheke
Schwaneweder Straße 21
2820 Bremen 71
Tel.: 0421 - 60 50 54

Hamburg

Susanne Meyer
Fleming-Apotheke
Grindelallee 182
2000 Hamburg 13
Tel.: 040 - 45 87 68

Hessen

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

Mecklenburg-Vorpommern

siehe Berlin / Hamburg

Niedersachsen

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

Nordrhein-Westfalen

Volker Kluy
Wilhelm-Tell-Straße 13
4000 Düsseldorf 1
Tel.: 0211 - 311 41 72
0211 - 39 42 56 (privat)

Rheinland-Pfalz

siehe Hessen

Saarland

Edith Arweiler
Bernhardstraße 19
6638 Dillingen/Saar
Tel.: 06831 - 734 63

Sachsen-Anhalt

siehe Niedersachsen

Sachsen

siehe Berlin

Schleswig-Holstein

siehe Hamburg

Thüringen

siehe Hessen