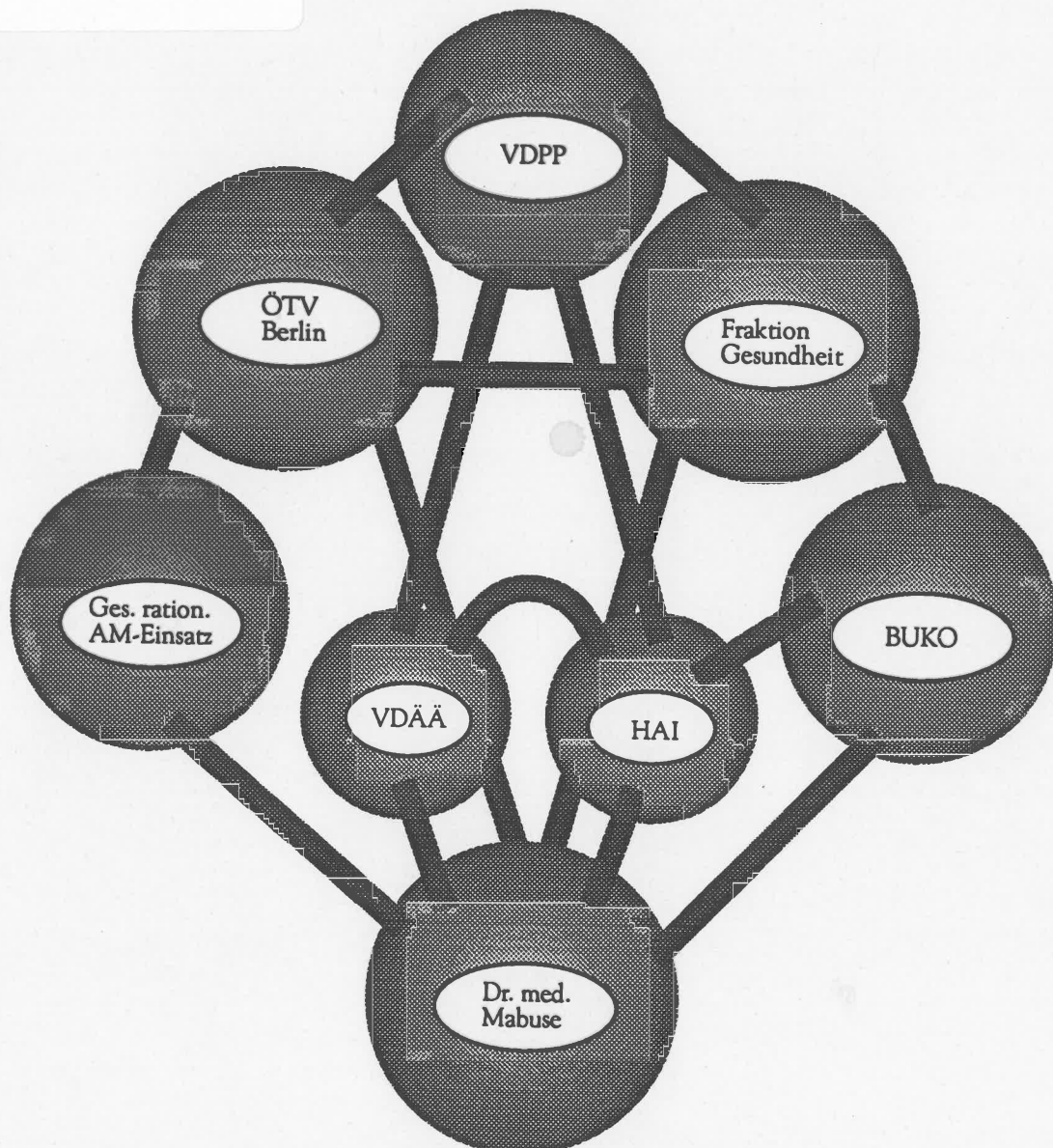

VDPP - Rundbrief

NR. 14 AUGUST 1992

MITTEILUNGEN DES VEREINS DEMOKRATISCHER PHARMAZEUTINNEN UND PHARMAZEUTEN

Einige Bündnispartner



Inhaltsverzeichnis

Bericht des Vorstands	3
Protokoll der Mitgliederversammlung	4
Befreundete Organisationen	
BUKO-Pharmakampagne	11
Health Action International	13
Dr. med. Mabuse	15
ÖTV-Berlin: Kostendämpfung	17
ÖTV-Berlin: Heilmittelwerbegesetz	19
Rationaler Arzneimitteleinsatz	21
Fraktion Gesundheit: DV-Berlin	23
Fraktion Gesundheit: Apotheke der Zukunft	25
Apothekenbetriebsordnung	28
Vom Krankenmord zum Judenmord	31
Ein "erboster Zeitgenosse"	37
Antibiotikanamen	38
Buchtip: Erkrankungen der Blase	39
Sozialpharmazie	40
Termine	41
Adressen	42

Spenden sind auf dem Konto des Vereins
gern gesehen: KtoNr:200 47-105, Postgiro
Berlin, BLZ: 100 100 10.

Editorial

Die Redaktion hat diesmal einen Rundbrief zusammengestellt, der schwerpunktmäßig andere Organisationen vorstellt oder zu Wort kommen läßt. Diese Organisationen setzen sich wie der VDPP kritisch mit der Arzneimittelversorgung in Deutschland und in anderen Ländern auseinander. So untersucht die "BUKO-Pharmakampagne" das Geschäftsgebaren der pharmazeutischen Industrie in den sog. Entwicklungsländern, wobei sie auf internationaler Ebene durch das Netzwerk der "Health Action International" (HAI) unterstützt wird. Die "Gesellschaft zur Förderung des rationalen Arzneimitteleinsatzes", von deren Existenz bereits im letzten Rundbrief berichtet wurde, bemüht sich in Zusammenarbeit mit anderen Organisationen um den verstärkten Einsatz rationaler Elemente in die Arzneimittelversorgung. Der Begriff der "Rationalität" ist dabei sicherlich einer kritischen Würdigung zu unterziehen.

Weitere bereits bekannte Organisationen kommen zu Wort.

Euch viel Spaß beim Lesen des Rundbriefes
Redaktionsschluß für den nächsten Rundbrief:

20. September 1992

Artikel und Beiträge diesmal bitte an
Christa Augustin, Alsterdorfer Str. 18,
2000 Hamburg 60.

Impressum

Der Rundbrief ist eine Veröffentlichung des
Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und
Pharmazeuten eV. Redaktion: Christa Augustin,
Gerd Glaeske, Thomas Hammer, Christiane
Hefendehl, Hanne Lederer, Udo Puteanus und
Thomas Schulz-Schalge.
v.i.S.d.P.: Gudrun Hahn c/o Fleming-Apotheke,
Grindelallee 182, 2000 Hamburg 13, tel: 040 / 45 87
68. Für Beiträge, die mit vollem Namen
gekennzeichnet sind, übernimmt der Autor die
volle Verantwortung.

Berlin, im Juli 1992

Liebe Vereinsmitglieder, liebe am Verein Interessierte,

in der Sommerpause zwischen der Mitgliederversammlung in Hohenroda im Juni und der Vorstandssitzung in Isny im August ist auch meine Aktivität auf ein Minimum gesunken. Aber ich habe ja meinen Referenten für Öffentlichkeitsarbeit, der mich immer wieder durch ein einfaches Ortsgespräch aus meiner Hitze-Lethargie reißt und Fragen zu Vereinsthemen stellt:

- Gibt es eine Vereinsmeinung zu dem vorliegenden Entwurf zur Apothekenbetriebsordnung?
- Wie soll der Absatz über Sozialpharmazie im überarbeiteten Programm aussehen?
- Werden wir ein Seminar zur Sozialpharmazie, zur Arzneimittelsicherheit, zur Drogenproblematik veranstalten?
- Was sagt der Verein zum Konzept der Pflegeversicherung und deren Finanzierung?
- Wer übernimmt die Koordinierung und Fertigstellung der kommenden Rundbriefe?
- Wie soll die weitere Tätigkeit des Öffentlichkeitsreferenten aussehen?
- Welche Anträge gibt es zum Apothekertag?
- Wollen wir einen Kneipentreff während des Apothekertages in München organisieren?
- Was läuft bei der Geschichtsarbeitsgruppe zu Frauen in der Pharmazie?

Ich hoffe, diese und andere Fragen, die sich aus der Mitgliederversammlung ergaben, werden wir beim nächsten Vorstandstreffen besprechen und dann wieder auf Reden (Mitgliederversammlung) Taten (Seminar etc.) folgen lassen.

Einen schönen Sommer wünscht Euch

Eure Regina Schumann

ADRESSENÄNDERUNGEN
und
ÄNDERUNGEN DER BANKVERBINDUNG

bitte immer rechtzeitig
unserer Hamburger Geschäftsstelle mitteilen

Protokoll der Mitgliederversammlung des VDPP am 20./21. Juni 1992 in Hohenroda / Bad Hersfeld

Beginn: 20.06.92 9 Uhr 30
Ende: 21.06.92 13 Uhr

Anwesende: siehe Anwesenheitsliste
29 stimmberechtigte Mitglieder
1 Nichtmitglied

Ort: Tagungshotel Hohenroda bei Bad Hersfeld

Versammlungsleiter: Walter Schmidt
Protokollführerin: Veronika Meßmer

Tagesordnung:

1. Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn
2. Genehmigung des Protokolls der Mitgliederversammlung 1991 in Bad Harzburg
3. Neue Mitglieder
- 4a. Berichte des Vorstandes
- b. Berichte des Referenten für Öffentlichkeitsarbeit
- 5a. Bericht der Rechnungsprüfer
- b. Neuwahl der RechnungsprüferInnen
6. Finanzplan
7. Diskussion und Verabschiedung des neuen Programms
8. Diskussion der zukünftigen Arbeitsschwerpunkte des VDPP
9. Apothekertag 92
10. Aktuelles
11. Verschiedenes

Punkt 1 (Wahl von Versammlungsleiter und Protokollführerin)

Versammlungsleiter (Walter Schmidt) und Protokollführerin (Veronika Meßmer) wurden einstimmig gewählt.

Walter Schmidt stellt die frist- und formgerechte Einladung zur Mitgliederversammlung fest.

Die Tagesordnung, die mit der Einladung verschickt worden war, wird einstimmig genehmigt.

Punkt 2 (Genehmigung des Protokolls der Mitgliederversammlung 1991 in Bad Harzburg)

Das Protokoll der Mitgliederversammlung vom 15. u. 16.6.91 in Bad Harzburg wird mit einer Enthaltung genehmigt.

Punkt 3 (Neue Mitglieder)

Gudrun Hahn liest die Liste mit 22 neuen Mitgliedern vor. Die Aufnahme der neuen Mitglieder erfolgt mit einer Enthaltung (selbst neues Mitglied).

In dem Zusammenhang macht Gudrun Hahn darauf aufmerksam, daß von 4 Mitgliedern des Vereins trotz mehrmaliger schriftlicher Abmahnung seit ihrem Eintritt keine Mitgliedsbeiträge bezahlt worden sind.

Der Antrag auf Ausschluß dieser Mitglieder wird gestellt, sofern kein Zahlungseingang bis zum 30.6.92 erfolgt ist.

Der Antrag wird mit 2 Enthaltungen angenommen.

Bei den ausgeschlossenen Mitgliedern handelt es sich um:

- Heidemarie Berkholz aus Rostock
- Claudia Busch aus Meerbusch
- Dr. Michael Schönfelder aus Frankfurt/Oder
- Anne-Kathrin Wohlrabe aus Frankfurt/Oder

Punkt 4a (Berichte des Vorstandes)

Gudrun Hahn berichtet aus der Vorstandsarbeit:

1. Mitgliederzahl:

Der Verein besteht momentan aus 158 Mitgliedern, zwei Mitglieder sind ausgetreten.

2. Vorstandssitzungen:

Es fanden drei Vorstandssitzungen statt:

im August 1991 in Berlin, im November/Dezember 1991 in Hameln und im April 1992 in Hamburg.

3. Rundbrief:

Die Herausgabe des Rundbriefes erfolgte regelmäßig zweimonatlich durch die Redaktion um Th. Schulz-Schalge.

Alle anwesenden Mitglieder sind sich einig, daß die Qualität des Rundbriefes sehr gestiegen ist. Der Redaktion wird ein einstimmiges Lob ausgesprochen.

4. Aktivitäten:

R. Schumann berichtet über die Ausstellung und die Veranstaltung zur "Vertreibung und Vernichtung jüdischer Apotheker im Dritten Reich" zum Apothekertag in Berlin im Oktober 1991. Parallel zur Ausstellung im ICC wurde eine Vortragsveranstaltung mit Frank Leimkugel und Prof. W. Benz und eine Busrundfahrt zu Stätten jüdischen Lebens und Vernichtung organisiert, während derer auch zwei Apotheken besichtigt wurden.

In Kaufungen fand das Frauenseminar statt, das Programmseminar in Frankfurt/Main.

5. Referent für Öffentlichkeitsarbeit:

Der Werkvertrag für Udo Puteanus wurde laut Beschluß der Vorstandssitzung um zwei Monate verlängert, da einige Projekte nicht beendet sind. Allgemeiner Konsens ist, daß die Entscheidung für einen Referenten für Öffentlichkeitsarbeit richtig war, was auch aus der Anzahl neuer Mitglieder ersichtlich ist.

Punkt 4b (Bericht des Referenten für Öffentlichkeitsarbeit)

1. Kontaktpflege innerhalb des Vereins, dazu gehören
 - die Ermittlung der Rundbriefakzeptanz unter den Mitgliedern,
 - zwei Veranstaltungen der Regionalgruppe Berlin,
 - das Anschreiben von Mitgliedern in den neuen Bundesländern zu ihrem Standpunkt zum VDPP,
 - die Artikelsuche für den Rundbrief.
 - die Initiierung einer NRW-Regionalgruppe.
2. Werbung nach außen:
 - Erarbeitung eines Werbefaltblattes, welches an Unis ausgelegt wurde,
 - Briefe an eventuelle Interessenten des VDPP,
 - Leserbriefe in der Fachpresse,
 - eine Stellungnahme zur Selbstbeteiligung.
3. Ausstellung zum Apothekertag und im Bildungszentrum der ÖTV.
Die Ausstellung soll an mehrere Unis ausgeliehen werden. Ein Antrag wird gestellt, daß das Original nicht verliehen werden darf, sondern erst eine Kopie angelegt werden muß. Der Antrag wird mit 4 Enthaltungen angenommen.
4. Teilnahme an der Fachverbandstagung.
5. "Professionalisierung der Vereinsarbeit", dazu ist ein Presseverteiler in Arbeit.

Punkt 5a (Bericht der Rechnungsprüfer):

Dem Bericht der Rechnungsprüfer geht der Kassenbericht des Jahres 1991 durch D. Hofferberth voraus (s. Anlage), der Kassenbestand zum 1.6.1992 betrug DM 11988,69. Das Berliner Sparkassenkonto soll gekündigt werden und in Hamburg ein zinsgünstigeres Konto eingerichtet werden. Kritik wird wegen geringer Spenden an andere Organisationen laut. Dieser Punkt wird kontrovers diskutiert.

Die Kontrolle der Rechnungsprüfer ergab für 1991 keine Unregelmäßigkeiten, alle Belege waren korrekt und komplett vorhanden.

Punkt 5b (Neuwahl der Rechnungsprüfer):

Die Rechnungsprüfer B. Rehberg und J. Grosse werden einstimmig bestätigt.
Der Vorstand wird einstimmig entlastet.

Punkt 6 (Finanzplan 1992/1993):

Die Höhe der zu erwartenden Einnahmen ergibt sich aus Hochrechnungen aus dem vergangenen Jahr. Im Finanzplan wird der Posten des Referenten für Öffentlichkeitsarbeit beibehalten. Ein Antrag auf Erhöhung des eingeplanten Betrages für diesen auf 15000,- DM und die Aufnahme der Programmdruckkosten in Höhe von DM 5000,- wird mit einer Enthaltung angenommen. Die übrigen Posten bleiben gleich.

Kontrovers diskutiert wird, ob Spenden fest ausgewiesen werden sollen.

G. Meiburg wird seitens der Mitgliederversammlung Dank für ihre Arbeit ausgesprochen.

Ein Antrag auf Änderung der Tagesordnung wird gestellt:

1. Organisationsfragen zum Rundbrief in die Tagesordnung mit aufzunehmen.
2. Punkt 9 (Apothekertag 1992) der Programmdiskussion voranzustellen. Der Antrag wird mit einer Gegenstimme und einer Enthaltung angenommen.

Zum Rundbrief (Neuer Tagesordnungspunkt):

Th. Schulz-Schalge kann während 6 Monaten nicht an der Organisation des Rundbriefes mitarbeiten. Außer den momentan 7 Redaktionsmitgliedern sind unbedingt weitere Mitarbeiter notwendig, die möglichst auch die notwendigen technischen Hilfsmittel besitzen sollten. Es soll jemand gefunden werden, der für das pünktliche Erscheinen zuständig ist.

Punkt 9 Zum Apothekertag 1992: als Anträge sollen gestellt werden:

- Offenlegung der Zusammensetzung der Delegierten etc.,
- Quotierung von Frauen/Männern,
- Selbstbeteiligung,
- Ausbildung,
- Drogenproblematik.

Ulrike Faber schildert ihre Erfahrungen vom letzten Apothekertag. Sie führt aus, daß der Verein selbst keine Anträge einbringen kann, sondern dies über die Delegierten der Kammern geschieht. 5 Unterschriften sind notwendig, um einen Antrag einbringen zu können; Berlin hat voraussichtlich 3 Delegierte. Die notwendige Anzahl läßt sich nur durch Unterstützung aus anderen Kammern erbringen.

Die Delegierten sind mehrfachen Belastungen ausgesetzt:

- Druck innerhalb der einzelnen Kammern auf die Delegierten,
- sie müssen die Forderungen alleine tragen,
- die Anträge werden auf den Apothekertagen immer abgelehnt.

Deshalb sollten die Forderungen verstärkt in die einzelnen Kammern getragen werden, um hier die notwendige Unterstützung zu finden.

Besonders in Hamburg ist die Situation schwierig, da hier keine Fraktionen bestehen. Es gibt bei den Hamburger Delegierten unterschiedliche Meinungen, ob ein Antrag, der in der Versammlung schon abgelehnt worden war, in der Hauptversammlung wieder unterstützt werden darf.

Zu den einzelnen Anträgen:

- Offenlegung: eventuell kann ein Kollege aus Hannover den Antrag einbringen;
- Quotierung: U. Faber fordert, daß sich diesmal v.a. auch Männer zu dem Antrag zu Wort melden. Im letzten Jahr sprachen sich sehr viele Frauen gegen den Antrag aus; den Antrag zu vertreten, wurde dadurch sehr schwierig.
- Selbstbeteiligung: innerhalb des Vereins muß noch vor dem Apothekertag eine Positionsklärung stattfinden. Gerd Glaeske erklärt sich bereit, einen neuen Antrag zu formulieren.
- Ausbildung: der Antrag von U. Puteanus erscheint vielen zu lang. Es wird eine Gruppe "Ausbildung" gebildet (U. Puteanus, W. Schmidt, K. Kasek, Friedrich Rössner), die Positionen ausarbeiten soll.

Kontrovers diskutiert werden die Auswirkungen einer neuen Apothekenbetriebsordnung, sowie die Einrichtung von Zentrallaboratorien.

Punkt 7

Programmdiskussion

Zum Vorspann:

"...Richtung Gesundheitsmarkt, unübersehbare Wahlerfolge von Rechtsextremisten" ,
"unübersehbar" wird gestrichen.

Zu "Apotheke von heute"

...Hier fordern wir einen dem internationalen Standard gerecht werdenden Wirksamkeitsnachweis, eine Form der Nachzulassung,...

"eine Form der" wurde eingefügt.

S. 22 zweiter Spiegelstrich wird geändert in: " eine Aufhebung der Pflichtversicherungs- und Beitragsbemessungsgrenze, um die Solidargemeinschaft der Krankenkassen zu stärken."

Zu Apotheke der Zukunft:

keine Änderungen

Zu Krankenhauspharmazie:

"Kompressionsstrümpfe und Diätlebensmittel" werden gestrichen.

" Viele Krankenhausapotheker verstehen diese Zusammenhänge nicht." wird gestrichen.

Zur Eigenherstellung wird folgendermaßen geändert: "...und halten die Planung neuer Produktionsanlagen in Krankenhäusern eher für technologisch überholt."

Der letzte Satz des Kapitels wird ersetzt durch: "Dieser Tatsache wird in der ABDA nicht Rechnung getragen."

Zu Ausbildung:

"Veränderungen sind notwendig,.....gerecht werden..." wird geändert in "Veränderungen sind notwendig, damit die ApothekerInnen dem Anspruch der kompetenten Arzneimittelfachleute gerecht werden können."

"Der Bedeutung...entsprochen werden" wird geändert in "Der großen Bedeutung der Pharmakologie und Toxikologie muß mit der Einrichtung eigener Lehrstühle an allen pharmazeutischen Instituten und dem Angebot des Faches Klinische Pharmazie entsprochen werden."

An das Kapitel wird folgender Satz angefügt: "Eine grundsätzliche Reform der Ausbildungsordnung wird angestrebt."

Zum Punkt Ausbildung entsteht eine Grundsatzdiskussion, die aber nicht zu Ende geführt wird.

Zu Sozialpharmazie:

dieses Kapitel wird komplett überarbeitet von Udo Puteanus, außerdem liegt ein Artikel von I. Schubert vor, der zu Rate gezogen werden kann.

Zu Struktur u. Politik der Landesgremien:

an Satz 1 "...für ApothekerInnen besteht" wird angefügt: "in allen anderen in der Pharmazie beschäftigten Berufsgruppen nicht repräsentiert sind."

Auch hierzu Diskussionen wie Nicht-PharmazeutInnen besser in die Vereinsarbeit eingeschlossen werden können.

Zu EG-Problematik:

keine inhaltlichen Änderungen.

Zu Gesundheit und Politik:

"und Ausländer.....reagieren mit häufigen Magenkrankheiten" wird geändert in: "Und ausländische Menschen, die als zusätzliche Belastung ihre Entwurzelung von der Heimat und ihrer Kultur bewältigen müssen, die mit zunehmender Ausländerfeindlichkeit an den Rand unserer Gesellschaft gedrückt werden, reagieren z.B. häufig mit Magenkrankheiten, die sie mit H₂-Antagonisten überstehen."

Die beiden Beispiele "z.B. bei der Szintigraphie" u. "z.B. Erythropoietin" werden gestrichen.

Zu Frauen in der Pharmazie:

Der in der Klammer im 1. Absatz angegebene Frauenanteil muß geändert werden in "54%".

Der 2. Absatz wird geändert in: "Ein Blick in die Standespolitik zeigt: Standespolitik ist Männersache, nur wenige Frauen sind dort tätig."

"In Berlin...wurden Frauenbeauftragte gewählt" wird ersetzt durch "In den Kammern sind Frauenbeauftragte zu wählen, die..."

"Quotenfrau-Debatte" wird geändert in "Quotierungsdebatte"

Nach "...in der Neigung vieler Ärzte, bei gleicher Diagnose Frauen häufiger Arzneimittel zu verordnen als Männern" wird folgender Satz eingefügt: "Unser Engagement gilt in diesem Zusammenhang schwerpunktmäßig der Problematik des Medikamentenmißbrauchs und der Sucht. Wir verurteilen den Versuch großer Arzneimittelkonzerne insbesondere Frauen der Dritten Welt als Versuchsobjekte zu mißbrauchen."

Von U. Faber wird außerdem ein Passus ausformuliert, der die anderen Berufsgruppen in der Pharmazie miteinbezieht.

Zu Gentechnologie:

der 2. Satz des 1. Absatzes wird geändert in: "Gentechnologisch können mittlerweile die Spezieschranken und damit Jahrtausende evolutionärer Entwicklung überwunden werden. Die Aufklärung des menschlichen Genoms wird damit prinzipiell möglich."

Satz 3 wird gestrichen.

"...erwähnenswert sind gentechnologisch hergestellte Erythropoietin- oder Somatotropin-haltige Arzneimittel" wird gestrichen.

Kein Konsens konnte erzielt werden, ob nur der Eingriff in die menschliche Keimbahn, oder auch der in die tierische verboten werden soll.

Zu Ökologie und Umweltschutz:

dieses Kapitel wird überarbeitet von U. Faber und U. Hagemann; sie werden sich auch mit Eugen Eschenlohr in Verbindung setzen, der dem Vorstand in diesem Kapitel undemokratisches Vorgehen vorgeworfen hatte. Zu diesem Kapitel entstehen mehrere Diskussionen, wobei zu der Thematik Tierversuche kein Konsens gefunden werden kann.

Der Antrag von Th. Hammer den Satz "... und mit dem Ziel Tierversuche unnötig zu machen." wird bei 3 Ja-Stimmen und 5 Enthaltungen abgelehnt.

Von G. Glaeske wird vorgeschlagen eine Fortbildungsveranstaltung zu diesen Dissens Themen zu organisieren.

Zu "Für Frieden gegen Krieg":

"ähnliche Auseinandersetzungen" wird geändert in "auch regionale Konflikte...".

Bei der Diskussion, ob der Satz "wie der Krieg der USA..." besser neutraler gehalten werden soll, ergibt die Abstimmung bei 6 Gegenstimmen, daß er so erhalten bleiben soll.

Zu "Zivile Nutzung der Kernenergie":

der erste Spiegelstrich wird geändert in "Einsparung von Energie" (wird zusätzlich aufgenommen)

- Umschichtung der Forschungsmittel auf alternative Energiegewinnung;

"sofortige Stilllegung aller Atomanlagen" wird geändert in "sofortiger Ausstieg aus der Atomenergiewirtschaft".

Zu "Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt": "Primary Health Care-Konzept" wird gestrichen.

Zu Historie:

dieses Kapitel soll überarbeitet werden, da es sich u. a. zu wenig mit der unmittelbaren Geschichte, z.B. der DDR-Geschichte und ihren Auswirkungen auf das jetzige Gesundheitssystem beschäftigt.

Über die Änderungen im Programm, die durch einzelne Arbeitsgruppen erstellt werden sollen, wird durch den Vorstand abgestimmt. Änderungsvorschläge werden direkt an den Vorstand geschickt.

Die Programmänderung wird bei 2 Enthaltungen von der Mitgliederversammlung angenommen.

Die Beschlußfähigkeit der Mitgliederversammlung ist gegeben.

Punkt 8 (zukünftige Arbeitsschwerpunkte des Vereins):

in Planung sind:

- Frauenseminar,
- Sozialpharmazieseminar,

Christel T. fordert im Hinblick auf die Sozialwahlen 1993 ein Seminar von VDPP u. VDÄÄ zu dieser Thematik gemeinsam zu veranstalten.

Weitere Vorschläge sind eine Standpunktbestimmung zur Legalisierung von Cannabis und einer kontrollierten Heroinfreigabe.

Von G. Glaeske wird eine Erarbeitung der Gemeinsamkeiten und Differenzen der einzelnen Fraktionen im VDPP in Form eines Wochenendseminars vorgeschlagen.

U. Hagemann schlägt ein Seminar zur Arzneimittelsicherheit vor.

G. Hahn weist auf die Thematik des letzten Frauenseminars zu Frauen und Sucht hin und schlägt vor, dazu eine öffentliche Veranstaltung zu organisieren.

Im Frauenseminar wurde außerdem diskutiert, eine Art Fragenkatalog für die Apotheke im Rundbrief zu veröffentlichen zu

- Schaufenstergestaltung,
- eigenem Verhalten,
- Chefverhalten,
- Kundenreaktionen,

um so die eigenen Erfahrungen zu protokollieren und eine Handlungsrichtschnur zu haben.

Punkt 11

Zum Abschluß der Mitgliederversammlung wird über den Namen und ein noch zu erstellendes Logo diskutiert und abgestimmt.

U. Faber schlägt "Verein demokratischer Pharmapolitik" als Namen vor. Über eine Namensänderung kann nicht abgestimmt werden, da dies eine Satzungsänderung bedeuten würde, die in der Einladung angekündigt werden müßte. Der Antrag, in der nächsten Mitgliederversammlung eine Namensänderung in "Verein demokratischer Pharmapolitik" zu diskutieren, wird bei 2 Gegenstimmen und 8 Enthaltungen angenommen.

Für ein Logo werden Preise erfragt.

Bei den Landesärztekammerwahlen in Hessen ist der VDÄÄ mit ca. 20% wieder stärkste Fraktion geworden, eine Grußadresse soll übermittelt werden.

Veronika Meßmer

Zur BUKO-Pharmakampagne gegen Merck

1. Mit der Eroberung Amerikas ab 1492 beginnt die neuzeitliche Geschichte als von Europa bestimmte Weltgeschichte. Sie ist geprägt von verschiedenen Gestalten des kapitalistischen Systems, in dem verschiedene Handlungssubjekte dem Grundgesetz der gewinnbringenden Kapitalverwertung folgen. Hauptakteure werden die Bank-, Handels- und Industrieunternehmen, die mit wechselnden politischen und gesellschaftlichen Bündnispartnern innerhalb von Europa (später auch in den USA und Japan) Machtzentren aufbauen, mit Hilfe derer zunehmend die ganze Welt durchkapitalisiert wird. Von Beginn an ist diese kapitalistische Machtausbreitung verknüpft mit der Vernichtung und Ausbeutung der Ureinwohner Amerikas. In den ersten 100 Jahren nach Ankunft Columbus' werden mehr als 3/4 der Bevölkerung durch Kriege, Versklavung, Zwangsarbeit und bis dahin unbekannte Krankheiten, die immunologisch Schutzlose treffen, getötet.

Auch 500 Jahre später, im heutigen "Lateinamerika", ist die Verbindung von Krankheit, Armut und Ausbeutung erschreckend aktuell. Das durch internationale Finanzorganisationen erzwungene Sparprogramm zur Schuldentilgung führt zu weniger Sozialpolitik und zu weniger staatlichen Subventionen. So werden Grundnahrungsmittel und besonders Medikamente unerschwinglich. Je weniger Geld zur Verfügung steht, desto weniger wird für Impfstoffe und medizinische Behandlung ausgegeben. Notwendig neben fairen Finanz- und Wirtschaftsbeziehungen mit den Industrieländern ist also vor allem eine Gesundheitspolitik, die mit den knappen finanziellen Mitteln ein Optimum an medizinischer Versorgung gewährleistet. Im Arzneimittelsektor bedeutet dies die klare Beschränkung auf wirklich notwendige Medikamente, die für die vorherrschenden und weit verbreiteten Krankheiten einen sicheren therapeutischen Nutzen bieten.

2. Auch deutsche Pharmakonzerne exportieren Medikamente nach Lateinamerika. Zu ihnen gehört die Darmstädter Firma.

E. Merck, die 1/4 des Umsatzes mit pharmazeutischen Produkten in Lateinamerika erzielt.

Die BUKO-Pharmakampagne hat anlässlich des 500. Jahres der Conquista das Sortiment der Fa. Merck analysiert und festgestellt, daß nur sehr wenige Arzneimittel als unentbehrlich und therapeutisch sinnvoll einzustufen sind. Im Gegenteil besteht der überwiegende Teil des Sortiments aus überflüssigen und teuren Vitamincocktails - vermarktet in einem Land, wo viele Menschen unter dem Existenzminimum leben müssen. Teilweise sind diese Vitaminpräparate gefährlich, weil durch die 40-fache Überdosierung in der empfohlenen Tagesdosis z.B. von Vitamin A Vergiftungserscheinungen und bei Schwangeren Schädigungen des Ungeborenen auftreten können. Zudem werden weiter Medikamente mit potentiell tödlichen Nebenwirkungen, die in der BRD verboten sind, z.B. Kombinationen mit Metamizol, vermarktet.

Man sieht, in guter Tradition wird die Ausbeutung Lateinamerikas durch europäische Pharmakonzerne fortgesetzt; immer noch stehen Profitinteressen vor dem Schutz und der Achtung von Menschenleben. Eine Verschärfung dieser Situation bringt der EG-Binnenmarkt '93 mit sich, der eine effektivere Ausbeutung der geschundenen Länder erreichen will. Der EG-Binnenmarkt ist der Versuch der europäischen Kapitalbesitzer und -verwalter, mit Hilfe der Herstellung des größten Marktes der Welt (ca. 320 Mio. Menschen) in der Konkurrenzsituation mit den USA und Japan aufzuholen, um die eigenen Chancen der Akkumulation und Machtkonzentration zu erhöhen. Dies wird zu einer Beschleunigung und zu einer weiteren Vermachtung des Marktes führen, wodurch sich die Schlinge um den Hals der Verdammten dieser Erde noch enger schließen wird.

3. Ein Punkt des "Entwurfes eines überarbeiteten und erweiterten Programms des VDPP" (Rundbrief 12, April 1992) sieht vor, "alle Strategien zu unterstützen, die

eine möglichst hohe Arzneimittelsicherheit und Qualität auf unserem Markt versprechen". Ein solcher Standard muß auch für die ausgebeuteten Länder gefordert werden. Ich schlage vor, daß sich der VDPP mit seiner Forderung, "was hier nicht zugelassen ist, darf nicht exportiert werden", ebenso wie mit der Forderung, überflüssige Medikamente vom Markt zu nehmen, an die Fa. Merck in Darmstadt wendet mit dem Appell, endlich ihre Verantwortung für die Gesundheit der Menschen in der sog. "Dritten Welt" ernstzunehmen.

Meine Frage an Euch lautet: Existiert zum Thema eine Arbeitsgruppe oder besteht das Interesse, eine solche einzurichten?!

Meldet Euch bitte bei: Katrin Altenbernd, Wolbecker Str. 100, 4400 Münster, tel: 0251 / 63 271.

Katrin Altenbernd
(Mitarbeiterin bei der BUKO.Ph. und VDPP-Mitglied)

Empfehlenswerte Bücher zu diesem Thema:

Duchrow, Ulrich: Europa im Weltsystem 1492-1992. Gibt es einen Weg der Gerechtigkeit nach 500 Jahren, Raub, Unterdrückung und Geldver(m)ehrung? Beilage zu Heft 9/91 der "Jungen Kirche", Bremen 1991. Duchrow zeigt die Kontinuität der Eroberung Amerikas bis zum EG-Binnenmarkt auf und führt gleichzeitig in deren ökonomische Grundlage ein. Er beurteilt den Vorgang mit theologischen Kriterien. Das Heft ist für DM 3.- zu beziehen bei: Verlag Junge Kirche GmbH, Mathildenstr. 86, 2800 Bremen 1.

Galeano, Eduardo: Die offenen Adern Lateinamerikas. Die Geschichte eines Kontinents von der Entdeckung bis zur Gegenwart. Wuppertal 1991. (Peter-Hammer-Taschenbuch 1, DM 16.80). Galeano schreibt aus der Perspektive der Unterdrückten und gibt dadurch einen Schlüssel zur Erklärung der Phänomene der Armut, des Hungers und der Abhängigkeit.

Schaaf, Helmut / Küpper, Klaus / Elskamp, Hanna: Bücher zu Lateinamerika. 500 Jahre europäische Invasion in Amerika, Köln 1992. Eine kommentierte Bibliographie, die parteiisch einen Leitfaden an die Hand geben will, der es ermöglicht, zwischen engagierten, scheinbar wertneutralen und offen verherrlichenden Werken auszuwählen. Das Heft ist für DM 3.- zu beziehen bei: Christliche Initiative Romero, Kardinal-von-Galen-Ring 45, 4400 Münster.

Todorov, Tzvetan: Die Eroberung Amerikas. Das Problem des Anderen. Frankfurt/Main 1985 (Edition Suhrkamp 1213; DM 18.-. Todorov begreift die Conquista als Anbruch der Moderne, die durch die instrumentelle Rationalität sich gewaltsam Durchbruch verschafft hat. Im Zentrum der Analyse steht die Wahrnehmung der "Indianer" durch die spanischen Conquistadoren und deren Folgen. Fazit: Keines der Massaker des 20. Jahrhunderts kann mit jenem Blutbad verglichen werden.

Zur Merck-Aktion der BUKO-Pharmakampagne:

Herrmann schulte-Sasse: Mer(c)kwürdige Geschichten aus Lateinamerika. Die Geschäfte des Pharmamultis E. Merck, Bielefeld 1992. Für DM 10.- zu beziehen bei: BUKO-Pharmakampagne, Dritte Welt Haus, August-Bebel-Str. 62, 4800 Bielefeld 1.

Spenden für die BUKO-Pharmakampagne werden erbeten auf das Konto. 105 601, BLZ 480 501 61.

Im folgenden veröffentlichen wir die Übersetzung einer Selbstdarstellung von Health Action International (HAI), in der auch die BUKO-Pharmakampagne Mitglied ist.

Was ist HAI?

Health Action International (HAI) ist ein locker miteinander verbundenes Netzwerk von ungefähr 100 verbraucher-, gesundheits- und entwicklungspolitisch tätigen Gruppen sowie anderen interessierten Gruppen, die sich mit Problemen der Gesundheitswesen und der Arzneimittelmärkte in 60 Ländern beschäftigen. HAI hat aktive Partner in Afrika, Asien, Europa, Lateinamerika, Nord-Amerika und in der pazifischen Region. HAI wurde im Mai 1981 auf einem internationalen Seminar, das von der Internationalen Organisation der Verbraucherverbände (IOCU) und von der BUKO-Pharmakampagne organisiert worden war, gegründet.

HAI bemüht sich darum, einen internationalen Konsens zu finden:

- für mehr rationalen, ökonomischen und sicheren Gebrauch von pharmazeutischen Produkten,
- für die strikte Durchsetzung des WHO-Programms: Liste der essentiellen Arzneimittel und Impfstoffe und
- für das Auffinden von nicht-pharmazeutischen Lösungen für die Probleme des größten Teils der Welt, die sich aus verseuchtem Wasser, schlechten sanitären Einrichtungen und mangelnder Ernährung ergeben.

HAI geht davon aus, daß alle im Handel befindlichen Arzneimittel

- den medizinischen Notwendigkeiten entsprechen müssen,
- einen tatsächlichen therapeutischen Gewinn darstellen müssen,
- ausreichend sicher sein müssen,
- einen zufriedenstellenden Wert für das eingesetzte Geld bieten müssen.

Durch Untersuchungen, Bildungsmaßnahmen, Aktionskampagnen und Gespräche ist es den Mitgliedern von HAI gelungen, großen Einfluß auf die Arzneimittelmärkte in aller Welt auszuüben.

Solide und nach neuesten Erkenntnissen betriebene Untersuchungen haben zu einer Reihe von Veröffentlichungen geführt: "The Problem Drugs Pack; Drugs and World Health; Cleared for Export; Antibiotics: The Wrong Drugs for Diarrhoea; Women and Pharmaceuticals". Alle diese Veröffentlichungen werden von Beschäftigten im Gesundheitswesen, staatlichen Aufsichtsbehörden und Verbrauchern in aller Welt benutzt.

Die sorgfältigen Untersuchungen von HAI-Mitgliedsorganisationen trugen zur besseren Aufklärung über Arzneimittel bei. Sie waren die Grundlage für Kampagnen, die sich für strengere gesetzliche Auflagen bei der Herstellung, Verteilung, Werbung und beim Gebrauch von Arzneimitteln einsetzten. HAI-Mitgliedsorganisationen waren an der Organisation von Fortbildungs- und Schulungsseminaren in verschiedenen Teilen der Welt beteiligt, die dazu dienten, einen verbesserten Zugang zu guten und unabhängigen Informationen über medizinische Probleme zu bekommen. Besondere Aufmerksamkeit wird den Problemen gewidmet, die sich aus den frauenspezifischen Fragen in der Medizin ergeben und die sich mit der Weiterentwicklung und Verbesserung der Gebrauchsinformationen für Verbraucher beschäftigen. HAI-Mitgliedsorganisationen waren aktiv an der Überwachung der Werbepaxis für Arzneimittel beteiligt; sie unterstützten Anstrengungen, nationale Arzneimittel- und Gesundheitsbehörden aufzubauen und die essentiellen Arzneimittel zu beschaffen.

HAI führt außerdem Gespräche mit Beschäftigten im Gesundheitswesen auf verschiedenen Ebenen, mit internationalen Agenturen, die sich mit Gesundheitsfragen und Arzneimittelproblemen beschäftigen, und mit der pharmazeutischen Industrie

. HAI-Mitgliedsorganisationen haben an vielen Diskussionen und Tagungen teilgenommen, die von der WHO im Rahmen ihrer "Revised Drug Strategy" vor kurzem organisiert wurden. Sie haben mit der "Christian Medical Commission" zusammengearbeitet, die Arzneimittel-Spenden kritisch untersucht und die dabei Hilfe leistet, entsprechende Richtlinien aufzustellen und weiterzugeben.

HAI arbeitet auf verschiedenen Ebenen: auf lokaler Ebene mit Beschäftigten im Gesundheitswesen in verschiedenen Ländern, mit Wissenschaftlern und Lehrern, mit nationalen Regierungen, mit offiziellen und nationalen Gesundheitsorganisationen, mit regionalen Entscheidungsträgern, wie der EG, und auf internationaler Ebene. Diese Auffächerung von Aktionen auf verschiedene Ebenen trägt dazu bei, daß Politik und Praxis tief in der Realität verwurzelt bleiben; es festigt den Gedanken, daß Veränderungen von Grund auf möglich sind, daß die Menschen im Mittelpunkt stehen und ein Recht darauf haben, in Entscheidungen mit einbezogen zu werden, die ihr Leben betreffen.

HAI-Europe

Das schnelle Wachstum von Umfang und Ausmaß der HAI-Aktivitäten haben zur Entstehung eines engen regionalen Netzwerkes geführt. HAI-Mitgliedsorganisationen in Europa arbeiten auf drei sich überlappenden Gebieten:

- bei der Förderung rationalen Gebrauchs von Arzneimitteln in Europa, durch Forschung, Politik, öffentliche Bildung und Diskussionen mit der Industrie,
- bei der Bewußtseinsbildung für Arzneimittelprobleme in den Entwicklungsländern,
- bei der Zusammenarbeit mit HAI-Gruppen in Entwicklungsländern durch Informationsbeschaffung, Spenden und Mobilisierung von Unterstützung.

Im Jahre 1988 entschieden sich die HAI-Organisationen in Europa für einen formelleren Rahmen, um die mehr werdende Arbeit und die engere Verknüpfung in regionalen Netzwerken bewältigen zu können.

Die "HAI Europe Foundation" ist eine unabhängige Stiftung, deren grundsätzliche Aufgabe es ist, "Kapital aufzubringen und zu verteilen...weltweit Initiativen zu unterstützen, die die HAI-Ideale und Aufgaben bejahen - und alles zu versuchen, das HAI-Netzwerk zu vergrößern und zu festigen". Die Stiftung hat ein oberstes "Sachverwalter-Gremium" und ein Beratungsgremium, das aus Pharmakologen, Beschäftigten im Gesundheitswesen und Wissenschaftlern besteht, die den Koordinationsteams Ratschläge und Hilfe geben und die konsequent den hohen Standard der Projekt-Arbeit garantieren.

Für weitere Informationen:

- HAI Europe: Brederodestraat 5-3, 1054 MP Amsterdam, The Netherlands
- Asia: c/o IOCU, PO Box 1045, 10830 Penang, Malaysia
- Latin America: c/o IOCU, Casilla, 10993, Sucursal 2, Montevideo, Uruguay.

Wir stellen vor

Dr. med Mabuse. Das kritische Magazin im Gesundheitswesen

Schon mal den "Mabuse" gelesen?

Wenn Dich der VDPP-Rundbrief mal nicht antörnen sollte (zwar kaum zu glauben, aber dennoch eventuell denkbar), wenn Dir die PZ und DAZ zum Hals raushängen, na, wenn du gar nicht mehr weißt, was du tun kannst, um wenigstens etwas im Gesundheitswesen auf dem laufenden zu bleiben, dann schau doch mal in den "Mabuse" rein. Du wirst Augen machen, was da alles drinsteht!

"Das kritische Magazin für alle Gesundheitsberufe", so der eigene Anspruch, soll hier einmal vorgestellt werden. Beim "Dr. med. Mabuse" handelt es sich nicht um eine Fachzeitschrift im eigentlichen Sinne. Trotzdem und vielleicht gerade deshalb ist er etwas ganz besonderes. Entstanden ist die Zeitung Ende der 70er Jahre als Fachschaftszeitung an der Medizinischen Fakultät Frankfurt/Main. Sie hat sich im Laufe der Zeit immer weiter entwickelt und ist zu einem gut gemachten Magazin geworden.

Am treffendsten charakterisiert sich der "Dr. med. Mabuse" selbst: Für Leute, die ein humaneres Gesundheitswesen, eine bessere Medizin und einen anderen Umgang mit Patientinnen und Patienten wollen. Die Berichte befassen sich u.a. mit Gesundheitspolitik und Alternativmedizin, Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen, Krankenpflege, Frauen und Gesundheit, Medizin in der "Dritten Welt", Ökologie, Psychiatrie und Pharmapolitik. Dazu liefert jedes Heft umfangreiche Analysen sowie Informatives über Tagungen, Bücher und Initiativen im Gesundheitswesen.

Die neueste Ausgabe des Mabuse (Nr. 78, Juni/Juli 1992) beschäftigt sich hauptsächlich mit der Ökonomie im Gesundheitswesen. In diesem Zusammenhang analysiert ein Artikel die Pläne im Bundesgesundheitsministerium, den Pflegedienst neu zu organisieren. Geplant ist eine Rechtsverordnung zur Personalbemessung im Pflegedienst der Krankenhäuser; es soll demnach berechnet werden, was im Pflegebereich der Krankenhäuser notwendig ist, um die Kranken ausreichend zu versorgen. Daß hier große Interpretationsspielräume existieren, liegt auf der Hand. Bereits seit mehreren Jahren wird an einer neuen Regelung gearbeitet, doch scheint sich das zuständige Bundesministerium noch auf keine genauen Zahlen festlegen zu wollen. Der Autor stellt den Entwurf des Ministeriums vor und kritisiert seine Praxisferne sowie den darin erkennbaren Versuch, den Personaleinsatz allein an Kostenüberlegungen zu messen.

Ein anderer Artikel beschäftigt sich mit dem Gerangel um die neue Pflegeversicherung. Der Autor stellt die im Juni noch in der Diskussion befindlichen Modelle einer zukünftigen Pflegeversicherung vor und kommt zu dem Schluß, daß wahrscheinlich alle Modelle letztlich dazu dienen werden, das Solidarsystem in der Sozialversicherung weiter auszuhöhlen.

Dr. med. **Mabuse**
Zeitschrift im Gesundheitswesen



Das kritische Magazin für alle Gesundheitsberufe.

Berichte und Hintergrundartikel zu: Gesundheitspolitik & Alternativmedizin & Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen & Krankenpflege & Frauen und Gesundheit & Medizin in der 3. Welt & Ökologie & Psychiatrie & Pharmapolitik & vieles andere mehr.

Persönliches und Informatives über Tagungen, Bücher und Initiativen.

Umfangreicher Kleinanzeigenteil und Stellenmarkt.

Dr. med. Mabuse

Postfach 110642

6000 Frankfurt 1

☎ 069/7381724

Ein Bericht aus der Heidelberger Universitätsklinik schildert die Erfahrungen mit dem ÖTV-Streik. Der Autor kommt zu dem Schluß, daß die Gewerkschaft aus diesem Streik gestärkt hervorgegangen sei und die zukünftige Arbeit für die Vertrauensleute leichter von der Hand gehen und mehr beachtet werde. Künftig könne die Arbeitgeberseite das Anliegen der gewerkschaftlich Organisierten nicht mehr so leicht ignorieren.

Mit dem Primärarztmodell des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen beschäftigt sich der nächste Artikel. In Zukunft soll streng zwischen Primärärzten (Allgemeinärzten, allgemeinärztlich tätigen Internisten, Kinderärzten und Gynäkologen) und Fachärzten unterschieden werden. Der Patient soll zunächst einen Primärarzt aufsuchen, bevor er eventuell an einen Facharzt überwiesen wird. Mit diesem Modell sollen in Zukunft Kosten gespart werden. Ob dieses Ziel tatsächlich erreicht wird und gleichzeitig das Niveau der ambulanten ärztlichen Versorgung erhalten werden kann, stellt der Autor am Ende seiner Überlegungen in Frage.

Die Folgen der Einführung von Festbeträgen bei Arzneimitteln analysiert der folgende Artikel. Während anfangs bei der Einführung der Festbeträge Einsparungen erzielt werden konnten, blieb dieser erwünschte Prozeß schon bald auf der Strecke. Der pharmazeutischen Industrie gelang es durch Kompensationsgeschäfte im festbetragsfreien Sortiment oder durch frühzeitige Preiserhöhungen, ihre Verluste aufzufangen. Außerdem kann gezeigt werden, daß das Festbetragskonzept eine "verdeckte Innovationsförderung" bewirkt: danach können Verluste bei den Festbetragsarzneimitteln durch die Einführung "neuer Arzneimittel" (auch wenn es sich nur um Pseudoinnovationen handelt) aufgefangen werden. "So haben beispielsweise die ACE-Hemmer zur Behandlung des hohen Blutdrucks, die CSE-Hemmer wie Lovastatin, Pravastatin oder Simvastatin zur Senkung zu hoher Cholesterinspiegel oder auch die Magenmittel wie Omeprazol kräftig zu Buche geschlagen...Es soll dabei überhaupt nicht in Abrede gestellt sein, daß diese neueren Arzneimittel wirksame Alternativen zu bislang gängigen Standardarzneimitteln darstellen, aber eines ist sicherlich nicht notwendig: gut eingestellte Patientinnen und Patienten auf diese neuen Therapieangebote umzustellen" (Gerd Glaeske).

Das Festbetragskonzept hat außerdem den Nebeneffekt, daß pflanzliche Arzneimittel immer weiter zurückgedrängt werden. Denn bei pflanzlichen Mitteln haben es die Hersteller sehr viel schwerer, durch Innovationen neue Arzneimittel im festbetragsfreien Raum anzubieten und durch entsprechende Werbung im Markt zu plazieren. Dies aber gelingt den Konstrukteuren der chemisch synthetisierten Arzneimittel durch Molekülvariationen sehr viel leichter. Letztlich führt dies zu einer Verdrängung pflanzlicher Arzneimittel. "Ein Blick auf den Gesamtmarkt und die sicherlich durch die Festbetragsregelung beschleunigten Kostensteigerungen innerhalb der kassenärztlichen Arzneimittelversorgung zeigt hingegen, daß die ehemals als geniale Teufelei apostrophierte Festbetragsregelung einen himmlischen Umsatzregen für viele pharmazeutische Hersteller gebracht hat." (Gerd Glaeske).

Weitere Themen in diesem Heft: Die Babymilch-Kampagne: der Skandal um die künstliche Babynahrung; Harte Linie oder Schmusekurs: 13 Jahre BUKO-Pharmakampagne; Ist Multiple Choice heilbar? Neue Prüfungsverfahren für das Medizinstudium; Handlungsbedarf: Krebsgefahr auf Kinderspielplätzen; Historische Hypothesen: ein Tagungsbericht: "Sozialhygiene und Public Health. Historische Kontinuitäten, Brüche, Dilemmata."

Und noch etwas ist beachtenswert: Der "Mabuse" finanziert sich ohne Gelder aus der Pharmaindustrie, was leider auf andere Zeitschriften im Gesundheitswesen zutrifft, die voll sind von Werbeanzeigen oder verdeckten Werbeberichten der Pharmaindustrie.

Wer sich näher für den "Mabuse" interessiert, der sei auf das beiliegende Faltblatt in diesem Rundbrief hingewiesen.

(Dieser Werbeartikel für das Magazin "Dr. med. Mabuse" wurde durch die Mitgliederversammlung des VDPP in Hohenroda im Juni 1992) veranlaßt.)

Wohin gingen die Gewinne?

Die von Gesundheitsminister Seehofer (CSU) geplanten neuen Sparmaßnahmen zu Lasten der Krankenversicherten weisen wir mit aller Entschiedenheit zurück. Es ist ein Skandal, daß zur selben Zeit, wo die Pharmazeutische Industrie ausnahmslos von "Traumgewinnen" berichtet (für das Geschäftsjahr 1991), die Apotheken einen Umsatzplus von 10,9% mit den gesetzlichen Krankenkassen verbuchen und der Pharmagroßhandel besser denn je im Geschäft liegt, von der Bundesregierung einschneidende Verschlechterungen für diejenigen angekündigt werden, die diesen Reichtum über ihre Kassenbeiträge ermöglichen.

Den Milliardengewinnen auf der Anbieterseite - und hier vor allem bei den Arzneimittelherstellern und Produzenten medizinischer Geräte - stehen die Milliardendefizite auf Seiten der Krankenkassen gegenüber. Seit dem Inkrafttreten des sog. Gesundheitsreformgesetzes im Januar 1989 mußten die Versicherten mehr als 6,5 Mrd. DM zusätzlich zu ihren steigenden Krankenkassenbeiträgen aufbringen, um die Zahlungsfähigkeit der GKV gegenüber den Anbietern gesundheitlicher Leistungen zu sichern.

Trotz dieses Riesenopfers entstand 1991 ein Defizit von über 5 Mrd. DM im Haushalt der Krankenkassen, das sich bis Ende 1992 verdoppeln wird.

Dieses Defizit zwingt die Krankenkassen, 1993 ihre Beiträge weiter zu erhöhen - unabhängig davon, ob und was von den Sparvorschlägen Seehofers tatsächlich umgesetzt wird.

Für die Versicherten heißt das ab 1993 dann: weiterer Leistungsabbau, höhere Zahlungen und steigende Beiträge. Das nennt Seehofer ein "ausgewogenes Konzept", weil zur gleichen Zeit auch die Großverdiener am Geschäft mit der Krankheit zur Kasse gebeten werden sollten.

Während allerdings den Anbietern gesundheitlicher Leistungen wie Chefarzten, Zahnärzten und Industrie lediglich eine Verlangsamung bei Umsatz- und Gewinnzuwachs bevorsteht, wird bei den Versicherten schamlos abkassiert - sobald sie gesundheitliche Leistungen beanspruchen (müssen). Besonders betroffen sind hier wieder - wie bei der Blümschen "Reform" - die chronisch Kranken, Rentner und Kleinverdiener.

Die schon mit der Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes eingeleitete wirtschaftliche und ideologische Unterminierung der GKV als Solidargemeinschaft zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten, besser und schlechter Verdienenden schreitet mit Seehofer munter voran.

Natürlich sind auch wir für den sparsamen und sinnvollen Umgang mit den Beiträgen der Versicherten. So bieten sich z.B. im Arzneimittelbereich umfassende Einsparmöglichkeiten an: Jahr um Jahr müssen die gesetzlichen Krankenkassen Milliardenbeträge für ärztlich verordnete Medikamente mit umstrittener oder medizinisch bedenklicher Wirksamkeit bezahlen. 1990 waren das 6 Mrd. DM von insgesamt 22 Mrd. DM für Arzneimittel ausgaben.

Hier liegen enorme Einsparmöglichkeiten!

Während die Regierenden diese Verschwendung hinnehmen, werfen sie denen, die sie bezahlen müssen, Anspruchsdenken und kleinliche Hamstermentalität vor.

So werden die Opfer auch noch verhöhnt und zu Tätern gemacht!

Solange allerdings die Krankenkassen und ihre Versicherten keinen entscheidenden Druck auf die Anbieterseite ausüben können, solange Ärzte und Industrie selbst auf Leistungsumfang und Einkünfte großen Einfluß haben, funktionieren sie weiter als Selbstbedienungsladen für die Anbieterseite. Darum bedarf es endlich der längst überfälligen Reform der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Ziel, Rechte und Mitbestimmungsmöglichkeiten der Versicherten erheblich zu stärken.

Ingeborg Simon



Karikatur: Klaus Stuttmann

Das Ende des §4 Heilmittelwerbe-gesetz oder die heimliche Exekution eines verbraucherfreundlichen Paragraphen

Exekution des §4 Heilmittelwerbe-gesetz

Mit dem Inkrafttreten des 2. Arzneimittelgesetzes im Januar 1978 änderte sich auch das Heilmittelwerbe-gesetz. Es sah erstmals neben werbenden Texten und Bildern in der Werbung auch sog. Basisinformationen für den Verbraucher vor. Sie sollten - so der Wortlaut der amtlichen Begründung zum Gesetz - als "sachlich-informativer Teil" dem Verbraucher ein Mindestmaß an Information vermitteln. Zu den Basisinformationen zählen u.a. Nebenwirkungen, Gegenanzeigen und - eventuell - Warnhinweise. Diese Auflage gehörte zu den wenigen Punkten, die wir (die ÖTV, d.Red) damals bei der Verabschiedung des Arzneimittelgesetzes als positiv erkannten. Der Pharmaindustrie hat diese von ihr als Einschränkung empfundene Auflage von Anfang an nicht geschmeckt.



Darum ließ sie nichts unversucht - zahlreiche Auseinandersetzungen, die teilweise vor Gericht ausgetragen wurden, dokumentieren es deutlich - die ungeliebten Basisinformationen innerhalb der Werbung so darzustellen, daß sie weitgehend unlesbar blieben. Daraufhin sah sich der

Gesetzgeber veranlaßt, im Rahmen der 2. Novellierung des Arzneimittelgesetzes die ursprünglich vorhandene Formulierung, die Basisinformationen müßten "erkennbar" sein, durch die Formulierung "gut lesbar" zu ersetzen (ab Februar 1987).

Wer nun glaubt, der Streit wäre ausgestanden, sah sich schnell eines Besseren belehrt. Jetzt begann nämlich der Streit um die juristische Auslegung des Begriffes "gut lesbar". Auch hier wurden wieder die Gerichte bemüht bis hinauf zum Bundesgerichtshof, der eine sog. 6-Punkt-Schrift (Gesamtbuchstabenhöhe von der Spitze des großen A bis zum Bogen des kleinen g = 2,256 mm) als untere Grenze der "guten Lesbarkeit" ansah. Dennoch fand auch nach der höchstrichterlichen Entscheidung die öffentliche Kritik an den fortgesetzten offenkundigen Versuchen der Industrie, dem Laien wichtige Informationen durch Unleserlichkeit der Basisinformationen vorzuenthalten, kein Ende. Ein zentraler Kritikpunkt war die Qualität der Fernsehwerbung.

Dies war im September 1989 für den nordrhein-westfälischen Arbeitsminister (SPD) Anlaß, auf der Basis eines von Dr. Gerd Glaeske (AOK Mettmann) erstellten Gutachtens zur Fernsehwerbung, im Bundesrat einen Antrag auf ein vollständiges Arzneimittel-Werbeverbot im Fernsehen einzubringen.

Der Bundesrat stimmte zwar nicht mehrheitlich zu, forderte aber Überlegungen zur Abhilfe der Mißstände. Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) setzte zum Gegenschlag an. Ein von ihm beauftragter Gutachter - der Kommunikationswissenschaftler Prof. Keppinger - bestätigte die Auffassung der Industrie (wer hätte das vermutet?), daß eine "umfassende Aufklärung des Verbrauchers über die Risikosituation des Arzneimittels" im Fernsehen nicht zu leisten sei. Bei der 4. Novellierung des Arzneimittelgesetzes fand das Gutachten

starke Beachtung - wie der Pharma-Jahresbericht 1989/90 zufrieden feststellt - mit dem Ergebnis, daß mit Wirkung vom April 1990 die Basisinformationen für das Fernsehen ersatzlos wegfielen zugunsten des eingeblendeten und gesprochenen Satzes: "Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker."

Gegen diesen Satz wäre solange nichts einzuwenden, wie er als zusätzliche Empfehlung in die Laienwerbung Eingang gefunden hätte. Da er aber gleichzeitig den verbraucherrelevanten "Pflichtkatalog" verdrängte, kann man nur kritisch feststellen, daß hier konkrete Informationen durch eine Aufforderung ersetzt wurden und damit verschwanden. Dabei hätte es natürlich auch für das Medium Fernsehen zahlreiche Möglichkeiten gegeben, die geforderte Mindestinformationen gut hörbar und gut lesbar rüberzubringen. Aber das Anliegen der Pharmaindustrie war ja, tagtäglich zu demonstrieren, daß der §4 HWG nicht fernsehgerecht umsetzbar war - und es gelang ihr: der Gesetzgeber gab nach und ließ sich auf einen industriefreundlichen Kompromiß ein.

Und nun zum letzten Kapitel des Themas §4 HWG:

Kaum war der Kompromiß in Kraft getreten, begann die Industrie, darüber nachzudenken, wie sie ihn auch für die Printmedien hoffähig machen könnte. Dabei halfen ihr Beschlüsse zur EG-Richtlinie für Werbung (auf die sie natürlich kräftig Einfluß genommen hatte) einerseits und ein in Auftrag gegebenes Gutachten andererseits. Statt des BPI übernahm diesmal der Bundesverband der Arzneimittelhersteller (der BAH) die Federführung. Die EG-Richtlinie für die Werbung, Ende März 1992 verabschiedet und bis Januar 1993 in nationales Recht zu übertragen, schreibt für alle Medien gleiche Werbebedingungen vor. Das ist der Aufhänger für den BAH, die Fernsehwerbebedingungen zur Grundlage der Angleichung aller

Werbung zu fordern (daß der EG-Richtlinie auch durch die Angleichung nach den Bedingungen der Printmedien entsprochen würde, läßt der BAH außen vor). Der Gutachter und Medienrechtler Prof. Rickert hält die Verbraucheraufklärung per Pflichtkatalog zum Schutz der Gesundheitsinteressen für ungeeignet und - überdies - für verfassungsrechtlich bedenklich. Auch er plädiert für die "Fernsehlösung".

Auf einer Pressekonferenz forderte der BAH für die bevorstehende 5. Novellierung des AMG die Streichung des §4 mit seinen Basisinformationen.

Sollte die Pharmaindustrie sich mit dieser Forderung durchsetzen, hätte sie ihr Ziel erreicht. Auf der Strecke geblieben wäre wieder einmal der Verbraucherschutz, in dessen Interesse der Ausschuß des EG-Parlamentes für Umweltfragen, Volksgesundheit und Verbraucherschutz erhebliche Verschärfungen des EG-Werberechts in mehr als 200 Änderungsanträgen gefordert hatte, die aber - nicht zuletzt auf Intervention der Pharmaindustrie - keine Gnade vor dem EG-Ministerrat fanden. Hier waren Forderungen nach strenger Kontrolle der Werbung ebenso enthalten wie die Forderung nach dem Freihalten von mind. 20% der Werbefläche für Basisinformationen sowie strenge Sanktionen bei Verstößen. Das alles ist nun vom Tisch!

Auch die alten Forderungen der ötv und des DGB nach einem Laien-Werbeverbot - übrigens auch unterstützt vom 94. Deutschen Ärztetag (und mit Einschränkungen von den Hauptversammlungen dreier Deutscher Apothekertage) - ließen den Gesetzgeber unbeeindruckt.

Wie es so aussieht, ist die Industrie gerade dabei, einen neuen Sieg über die Verbraucher und ihre berechtigten Anliegen nach einer Verbesserung der Arzneimittelsicherheit davonzutragen. Es lebe die freie Marktwirtschaft!

Ingeborg Simon

"Gesellschaft zur Förderung des rationalen Einsatzes von Arzneimitteln" gegründet

Am 9. Mai 1992 fanden sich in Berlin die notwendigen Gründungsmitglieder zusammen, um die "Gesellschaft zur Förderung des rationalen Einsatzes von Arzneimitteln" zu gründen. Anlaß war der erfolgreiche Abschluß des Symposiums "Chancen für mehr Rationalität in der Arzneimitteltherapie? Anforderungen - Rahmenbedingungen - Durchsetzung", das eine Initiativgruppe vorbereitet und an jenem 9. Mai durchgeführt hatte (Bericht darüber im letzten Rundbrief).

Die Initiativgruppe und nun auch die Gesellschaft geht auf die Idee zurück, die in der BRD verstreut lebenden und in den unterschiedlichsten Bereichen arbeitenden kritischen Pharmazeuten, Mediziner und Medizinsoziologen in einer Fachgesellschaft zusammenzuführen. Diese Idee wurde vor allem von Prof. W. Beilicke, bis dato noch Hochschullehrer für Gesundheitsökonomie an der Humboldt-Universität, unter dem Eindruck der Auflösung des DDR-Gesundheitswesens und der Etablierung herkömmlicher westdeutscher Gesundheitsversorgungsstrukturen verfolgt. Die ursprünglichen Vorstellungen orientierten sich am damals aktuellen Zeitpunkt - jetzt sind sie bereits längst überholt:

- Gab es in der DDR ein rationales Verordnungsverhalten der Ärzte bei - abgesehen von Versorgungsmängeln - eng begrenztem Arzneimittelangebot?
- Verordnen Ärzte in Neufünfland (weiterhin) rational?
- Wie kann generell (in Ost und West) eine rationale Verordnungsweise und ein rationaler Arzneimittelgebrauch durchgesetzt werden?

In dieser ersten Initiativ-Phase entwick

elte sich eine intensive Diskussion über eine mögliche Definition von "rationaler Arzneimitteltherapie". Je nach Standpunkt ergeben sich unterschiedliche und z.T. völlig gegensätzliche Begriffsbestimmungen, die vom jeweiligen Interessensstandpunkt geprägt sind. Das Symposium sollte alle, die an der Arzneimittelversorgung beteiligt sind und die jeweils ihre Definition einer rationalen Arzneimitteltherapie haben, zusammenführen. Dabei sollte dieser Begriff grundsätzlich diskutiert werden und vielleicht eine einvernehmliche Antwort gefunden werden auf die Frage: was ist denn nun rationale Arzneimitteltherapie? Im Ergebnis konnte auch auf dem Symposium keine einfache allgemein akzeptierte Definition entwickelt werden. Das Symposium war auch so etwas wie ein Test dafür, ob das Thema, die gesamte Problematik und die Idee einer Gesellschaftsgründung "im Trend liegt" und überhaupt eine inhaltliche und personelle Basis haben kann. Die auf dem Symposium gehaltenen Beiträge sollen in einem Buch veröffentlicht werden.

Lange haben die Gründungsmitglieder der Gesellschaft darüber beraten, welchen Charakter die Gesellschaft haben soll. Eine vorwiegend politisch agierende Gesellschaft, in der neben einzelnen Fachleuten aus Medizin, Pharmazie, Soziologie und anderen Bereichen des Gesundheitswesens auch die Kassen und Gewerkschaften vertreten sind, wurde abgelehnt. Es ist jetzt eine wissenschaftliche Gesellschaft, die aber mit ihren Ergebnissen und Stellungnahmen in die gesundheitspolitische Diskussion eingreifen will. Und so ist in der Satzung der Zweck der Gesellschaft formuliert:

"Zweck der Gesellschaft ist die Förderung des rationalen Einsatzes von Arzneimitteln. Dieses Anliegen verfolgt die Gesellschaft insbesondere

1. durch die Organisation von Kongressen, Symposien und anderen wissenschaftlichen Veranstaltungen,
2. über die Durchführung von Studien und die Erstellung von Gutachten,
3. durch die Sammlung, Aufbereitung und Verbreitung von wissenschaftlichen Informationen,
4. durch die Einflußnahme auf die Inhalte der Aus- und Weiterbildung in den Heilberufen.

Stuttman's STRICHELKASTEN



Dabei sucht die Gesellschaft die Kooperation mit Gruppen und Organisationen gleichartiger Zielstellungen."

Die Gesellschaft ist industrieunabhängig, allerdings können Mitarbeiter aus der pharmazeutischen Industrie Einzelmitglieder werden. Die Gesellschaft beantragt jetzt die Gemeinnützigkeit.

Für die Beantwortung der Fragen zum Verordnungsverhalten ausgewählter Ärzteguppen und um daraus Konsequenzen ziehen zu können, scheinen vergleichende Studien, räumlich begrenzt auf Berlin und den weiteren Umkreis der Stadt in Brandenburg eine geeignete Methode zu sein. Das nächste Betätigungsfeld der Gesellschaft wird deshalb eine Studie über das Verordnungsverhalten Ost- und Westberliner Ärzte (Allgemeinmediziner und Internisten) sein. Eine solche Studie ist dringlich, da bestehende Unterschiede im Verordnungsverhalten sich vermutlich ständig verwischen und sie in absehbarer Zeit verschwunden sein werden. Es ist beabsichtigt, diese Studie unter Beteiligung von Ärztekammer, Apothekerkammer, Kassenärztlicher Vereinigung und der AOK (alle aus Berlin) durchzuführen. Sie wird sich methodisch an der Dortmunder Studie ausrichten.

In der Gesellschaft kann jede natürliche und juristische Person Mitglied werden. Informationen über die Gesellschaft könnt Ihr bei mir (Ulrich Hagemann, Eosanderstr. 14, 1000 Berlin 10) bekommen. Ich werde Euch hin und wieder über die weitere Arbeit der Gesellschaft berichten.

Ulrich Hagemann

Delegiertenversammlung der Apothekerkammer Berlin

Die Delegiertenversammlung der Apothekerkammer Berlin fand diesmal in den Räumen der Firma Schering statt. Grund: die erwartete größere Zahl an Teilnehmern durch die Anwesenheit der Brandenburger KollegInnen. Die Brandenburger wurden eingeladen, da es in dieser Sitzung um das gemeinsame Versorgungswerk ging. Doch die Brandenburger KollegInnen genossen bis auf einige Mitglieder des Vorstands lieber das schöne Wetter und blieben der Sitzung fern. Auch die Berliner Delegierten fanden nur sehr zögernd den Weg zur Sitzung, so daß der Raum der Berliner Apothekerkammer genügend Platz geboten hätte.

Ein kurzer Blick in die Geschichte

Wenn man einen Blick in die Geschichte der Berlin-Brandenburger Apothekerkammer riskiert - bis 1933 gab es eine gemeinsame Kammer - dann werden keine guten Erinnerungen wach. Die letzte Wahl im Jahre 1931 erbrachte einen spektakulären Wahlerfolg der NSDAP orientierten Apotheker. Sie erreichten nach einem aufwendig geführten Wahlkampf 17,5% der Stimmen. Die damalige Standesführung - Deutscher Apothekerverein (Apothekenbesitzer) und Verband deutscher Apotheker (angestellte Apotheker) - reagierte auf diesen Wahlerfolg mit abwiegelnden Kommentaren. Eine scharfe Auseinandersetzung mit den politischen Zielen dieser Gruppierung fand nicht statt. Zu sehr waren die etablierten Standesorganisationen inzwischen selbst politisch nach rechts gerückt, als daß sie es gewagt hätten, die politischen Ziele der NSDAP anzugreifen. Ihre Kritik richtete sich vielmehr gegen die Personen dieser NS-Gruppierung und ihre standespolitischen Ziele.

Im Frühjahr 1933 übernahmen die Nationalsozialisten mit Rückendeckung von Partei und Staat in allen Kammern die Führung. Auf Befehl von oben stellten die Kammern aber noch im gleichen Jahr die Arbeit ein. Erst mit der Errichtung der

Reichsapothekerkammer im Jahre 1937 entstand ein zentralisiertes und auf dem Führerprinzip beruhendes Kammersystem, das der Partei und dem Staat als Kontrollorgan über die Apothekerschaft diente.

Aktuelles - Apothekerversorgung

Doch zurück zu aktuellen Kammerereignissen. Die von unserem engagierten Kollegen Walter Schmidt (VDPP) in unendlicher Kleinarbeit entdeckte Ungerechtigkeit gegenüber kinderziehenden KollegInnen bei der Berechnung der Rente wurde von der Mehrheit der Delegierten nicht ernst genommen. So werden auch in Zukunft Kindererziehende, bei denen die Geburt ihres Kindes vor dem 1.1.1992 lag, mit einer geringeren Rente zufrieden sein müssen, als die KollegInnen, die ohne Kindererziehungszeit insgesamt die gleichen Beiträge eingezahlt haben (siehe dazu Rundbrief Nr. 13, S. 25).



Es ist eigentlich sehr unverstündlich, daß die Delegierten ihre Zustimmung verweigerten, da ein überzeugendes Argument nicht vorgebracht werden konnte. Es

drängt sich der Eindruck auf, daß es der Standesführung mit ihrem Eintreten für die offensichtliche Ungerechtigkeit nur darum ging, sich einen Weg zur Aufsichtsbehörde zu ersparen. Die Satzung war nämlich bereits vorher geändert worden und liegt seitdem bei der Behörde zur Genehmigung vor. Scheute die Standesführung etwa den erneuten Gang zur Behörde, weil dies deutlich gemacht hätte, wie kritisch das ständische Versorgungswerk betrachtet werden muß?

Kostendämpfung bei Arzneimitteln

Bei der Diskussion über den Bericht des Präsidenten standen die Auswirkungen der geplanten Änderung des SGB V im Vordergrund. Leider beschäftigten sich die Redner hauptsächlich mit dem Lieblingsthema der Apotheker: den erwarteten Einsparungen bei Arzneimitteln. Die von Ulrich Hagemann (VDPP) angesprochenen und in der Koalitionsvereinbarung fehlenden Strukturreformansätze in der Krankenversicherung und im Arzneimittelbereich fanden kein Interesse bei den Delegierten.

Freiberuflichkeit des Apothekers

Der Präsidentenbericht beschäftigte sich außerdem mit der augenblicklich von europäischer Seite in Frage gestellten Freiberuflichkeit des Apothekers. Es scheint Tendenzen zu geben, den Apothekerberuf mehr in die Kategorie des Gewerbetreibenden einzuordnen und ihm deshalb seine Sonderstellung als anerkannter Heilberuf zu nehmen. Die Appelle des Präsidenten an die Apothekerschaft, die Freiberuflich

keit nicht durch übermäßige Werbemaßnahmen der ApothekerInnen aufs Spiel zu setzen, klangen jedoch hohl; denn gerade die in der ABDA vertretenen Apothekerverbände sind es ja, die sich durch ihre Kongresse der Modebewegung Marketing angeschlossen haben.

Weitere Themen

Ein weiteres, nicht unwichtiges Thema: die Satzung der ABDA. Die Tatsache, daß an einer neuen ABDA-Satzung gearbeitet wird und daß sich bisher nur die Delegiertenversammlung der Apothekerkammer Berlin mit diesem Thema beschäftigt hat, läßt vermuten, daß es innerhalb der ABDA erhebliche Meinungsverschiedenheiten über den zukünftigen Kurs der ABDA gibt. Leider wurde einer Diskussion über die neue Satzung nicht genügend Zeit eingeräumt, so daß die notwendige Auseinandersetzung mit der zukünftigen Struktur der Organisation nicht stattfand. Hier hätte die Fraktion Gesundheit einiges zu sagen gehabt.

Bleibt noch zu erwähnen, daß die Fraktion Gesundheit in diesem Jahr mit zwei Delegierten auf dem Apothekertag in München vertreten sein wird. Die Delegierten aus den Reihen des VDPP, die von anderen Kammern nach München geschickt werden, seien von dieser Stelle aus nochmals aufgefordert, sich bei unserer Geschäftsstelle in Hamburg zu melden, damit wir unsere Anträge einbringen können.

Udo Puteanus

DELEGIERTE

aus dem Kreis des VDPP

für den Apothekertag in München

bitte meldet Euch bei der Geschäftsstelle

Dokumentation:

Apotheke der Zukunft

Eine Stellungnahme der Fraktion Gesundheit in der Apothekerkammer Berlin

In der Legislaturperiode 1987-1991 arbeitete ein Ausschuß der Delegiertenversammlung der Apothekerkammer Berlin an einer Stellungnahme der Kammer zum Thema "Apotheke der Zukunft". Dieses Papier sollte in der Kammer eine grundsätzliche Diskussion über das zukünftige Erscheinungsbild der Apotheke und den Apothekerberuf entfachen. Der Ausschuß legte im Frühjahr 1991 das erarbeitete Papier vor, das jedoch aufgrund seiner zu allgemein gehaltenen Aussagen nicht zur Auseinandersetzung geeignet war. Um den Prozeß nicht vollends im Sande verlaufen zu lassen, beschloß die Delegiertenversammlung im Februar 1992, die einzelnen Listen der Kammer bis zum 30.06.1992 zur Abgabe einer eigenen Stellungnahme zu diesem Thema aufzufordern (siehe auch Rundbrief Nr. 12, S. 9). Die Fraktion Gesundheit erarbeitete nach anfänglichen Startschwierigkeiten folgendes im Wortlaut wiedergegebene Papier, das am 01.07.1992 von ihr verabschiedet wurde:

STELLUNGNAHME DER FRAKTION GESUNDHEIT IN DER APOTHEKERKAMMER BERLIN ZUR APOTHEKE DER ZUKUNFT

Die Arzneimittelversorgung ist ein wichtiger Bestandteil des öffentlichen Gesundheitssystems. In diesem Gesundheitssystem sollen die einzelnen Heilberufe gemäß ihrer spezifischen Ausbildung und Kenntnisse zum Nutzen der Erkrankten und zur Verhinderung von Erkrankungen partnerschaftlich zusammenarbeiten. Die öffentliche Apotheke ist der Ort der ambulanten Arzneimittelversorgung.

Die Fraktion Gesundheit in der Apothekerkammer Berlin geht davon aus, daß es dem Beruf des Apothekers / der Apothekerin vorbehalten ist und vorbehalten bleiben soll, für die "ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung" zu sorgen.

Unter dem Begriff "ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung" versteht die Fraktion Gesundheit in erster Linie:

- die Information und Beratung über Arzneimittel,
 - die Erfassung von Arzneimittelrisiken,
 - die Abgabe von Arzneimitteln,
 - die Prüfung von Arzneimitteln,
 - die Herstellung von Arzneimitteln
- im Sinne einer patientenorientierten Berufsausübung, während
- die Entwicklung von Arzneimitteln
- von Ausnahmefällen abgesehen in den Hintergrund tritt.

Die bisherige Apotheke als Gewerbebetrieb eignet sich nur sehr bedingt als Ort einer oben skizzierten optimalen Arzneimittelversorgung.

Wirtschaftliche Zwänge (z.B. Niederlassungsfreiheit, Umsatz- und Gewinnabhängigkeit, Mieten)

und gesellschaftliche Rahmenbedingungen (z.B. hohe Ansprüche an eine konsumorientierte Leistungsgesellschaft, durch Werbung geförderte Arzneimittelgläubigkeit, Vorherrschaft der Pharmakotherapie, Profitinteressen der pharmazeutischen Industrie, Mängel in der Arzneimittelgesetzgebung)

verhindern eine patientenorientierte Arzneimittelversorgung.

Dies ist folgenden Einflußfaktoren zuzuschreiben:

auf der Ebene der pharmazeutischen Industrie:

- industriefreundliche Arzneimittelgesetzgebung,
- gewinnorientierte Arzneimittelforschung,
- Unübersichtlichkeit des Arzneimittel-Marktes,
- Arzneimittelwerbung gegenüber Ärzten und Laien;

auf der Ebene der Apotheken:

- schlechte, nicht an aktuellen Erfordernissen ausgerichtete Ausbildung und unzureichende Fortbildungsangebote,
- arzneimittelumsatzabhängiger Verdienst,
- ökonomische Bedingungen eines Kleinbetriebs (z.B. Mieten),
- Konkurrenzdenken zwischen den Heilberufen zur Absicherung des eigenen Einkommens;

auf staatlicher Ebene:

- Förderung der Selbstmedikation zur Kostenersparnis bei den gesetzlichen Krankenkassen und damit bei den Lohnnebenkosten,
- Gesetzgebung;

auf gesellschaftlicher Ebene:

- Glaube der Leistungs- und Freizeitgesellschaft an die Notwendigkeit eines stets gesunden Menschen,
- hoher Stellenwert des Arzneimittels als rationelles und akzeptiertes Instrument der Therapie,
- unkritischer Glaube an Arzneimittel, der durch die Gewinner am Arzneimittel-Verbrauch gefördert wird.

Ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung im Sinne einer patientenorientierten Berufsausübung durch die Apotheken setzt weitestgehende Unabhängigkeit gegenüber

- der pharmazeutischen Industrie,
- dem durch Arzneimittelumsatz erzielten Verdienst voraus.

Diese Berufsausübung hat beim approbierten Personal in der Apotheke

- eine fundierte pharmakologische Ausbildung,
- eine obligatorische Fortbildung,
- eine uneingeschränkte Konzentrierung auf die Arzneimittel zur Voraussetzung.

Für diese Berufsausübung ist eine Apotheke notwendig,

- in der für das Gespräch mit dem Patienten die notwendigen räumlichen Bedingungen geschaffen werden,
- in der für das Gespräch mit dem Patienten und den Ärzten die notwendige aktuelle wissenschaftliche und industrieunabhängige Literatur und Informationstechnik zur Verfügung gestellt wird,
- in der sich die Untersuchung von Rohstoffen wegen der zentralisierten Qualitätskontrolle erübrigt,

- in der Arzneimittel nach den anerkannten pharmazeutischen Regeln hergestellt werden können (bessere Ausstattung der Rezeptur als heute),
- in der die ordnungsgemäße Lagerung der Arzneimittel gewährleistet ist,
- in der es keine Anreize zum Verkauf von Arzneimitteln geben darf (Verbot der Werbung für Arzneimittel).

Eine patientenorientierte Arzneimittelversorgung ist auch ohne umsatzabhängige Anreize möglich, wie die Tätigkeit der KrankenhausapothekerInnen zeigt.

Es sind Modellprojekte zu fördern, die eine umsatzunabhängige Arzneimittelversorgung ermöglichen - natürlich unter Sicherstellung eines angemessenen Einkommens (z.B. auf BAT-Basis).

Denkbar ist

- eine Apotheke im Gesundheitszentrum (z.B. in kommunaler, genossenschaftlicher oder gemeinnütziger Trägerschaft; hier kann partnerschaftlich mit anderen Sozial- und Gesundheitsberufen zusammengearbeitet werden,
- eine Arzneimittelversorgung der Bevölkerung nach dem Modell der Niederlande, wo die begrenzte Zahl der Apotheken und die Registrierung der Patienten in Apotheken zur Überwachung der Einnahme von Arzneimitteln möglich ist,
- die Einführung eines Beratungshonorars als Entlohnung für das pharmazeutische Personal bei der Selbstmedikation, sofern die mißbräuchliche Inanspruchnahme dieses Honorars verhindert werden kann.

APOTHEKEN- BETRIEBSORDNUNG

Treffen der Interessierten
am thema Apothekenbetriebsordnung

am 20. September 1992 in Kassel

Kontakt: Udo Puteanus
Seelingstraße 56
1000 Berlin 19

☎ 030 / 322 19 68

Apothekenbetriebsordnung

Hygiene- und Körperpflegemittel: apothekenübliche Ware, ja oder nein? Diese Frage ist innerhalb der Apothekenbetriebsordnung klar zugunsten der genannten Waren entschieden. Wie aber ist die Meinung der VDPP-Mitglieder?

Apothekenlabor: Notwendig in der bisherigen Form, oder nicht? Die Apothekenbetriebsordnung gibt auch hier eine klare Antwort. Wie aber ist die Meinung der VDPP-Mitglieder?

Dies sind nur zwei der wichtigsten Fragen, die es im Zusammenhang mit der Änderung der Apothekenbetriebsordnung zu klären gibt. Seit Februar 1992 liegt der entsprechende Entwurf zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung bei den Verbänden vor. Nach der Sommerpause ist wahrscheinlich mit einem weitgehend überarbeiteten Entwurf zu rechnen, der dann auch Thema auf dem Deutschen Apothekertag sein wird.

Die DAZ-Redaktion war an Ingeborg Simon (VDPP) herangetreten, um von ihr, wie auch von anderen exponierten Vertretern der Apothekerschaft, ein Statement zu den Plänen des Bundesgesundheitsministeriums zu bekommen. Ingeborg konnte dem Wunsch aus zeitlichen Gründen nicht nachkommen und übertrug mir diese Aufgabe.

Mein Wunsch war es, ein Statement zu verfassen, das vom Großteil unserer Mitgliederschaft getragen werden konnte. Aus diesem Grunde erarbeitete ich ein Papier, das an den Vorstand des VDPP und an die Leiter von öffentlichen Apotheken zur Begutachtung und zur kritischen Kommentierung verschickt wurde. Dieser Aufforderung kamen viele Adressaten nach, so daß ich bereits nach kurzer Zeit ein breites Spektrum von Meinungen zur Verfügung hatte.

Es überraschte mich zutiefst, wie sehr die Meinungen zu einzelnen Punkten auseinandergingen, und ich stelle fest, daß

über das Thema "Apothekenbetriebsordnung" ein großer Diskussionsbedarf innerhalb unseres Vereins besteht.

Zu den einzelnen Punkten, die besonders strittig waren:

Apothekenübliche Waren (§25):

Weitgehende Einigkeit herrschte darüber, daß Fruchtnektare, Fruchtsäfte, Gemüsesäfte, Honig und Tafelwässer in Zukunft aus dem Katalog der apothekenüblichen Waren gestrichen werden sollten. Was aber ist mit den Mitteln zur Aufzucht von Tieren? Sind Apotheken in ländlichen Bereichen nicht geradezu die einzigen Anlaufstationen, die unbürokratisch und ohne auf Tierärzte zurückkommen zu müssen diese Mittel zur Verfügung stellen können?

Wie ist es mit den Gewürzen, deren Verkauf zur Weihnachtszeit dafür sorgt, daß wenigstens einmal im Jahr die Schaufenster vieler Apotheken vernünftig dekoriert werden?

Wie halten wir es mit den diätetischen Lebensmitteln? Sind sie notwendig, um den Kunden eine Alternative zu Arzneimitteln anzubieten, wenn sie mit Gewichts-, Herz-Kreislauf-, oder Leberproblemen in die Apotheke kommen? Sind sie schon allein deswegen in der Apotheke notwendig, weil gerade Mitglieder des VDPP die Wichtigkeit einer richtigen Ernährung erkannt haben und einige auch eine Zusatzbezeichnung auf diesem Teilgebiet erwerben wollen?

Ist es nicht naiv, auf diese Mittel verzichten zu wollen, wenn z.B. in ländlichen Gebieten keine Drogerie oder kein Reformhaus erreichbar ist?

Sind "Mittel und Gegenstände der Hygiene und Körperpflege" notwendige apothekenübliche Waren? Was wird bei der Verneinung dieser Frage aus den kosmetischen Mitteln, die allein über die Apotheke vertrieben werden?

Können Kunden, die nur ihr Eubos haben wollen, immer auf die nächste Drogerie verwiesen werden? Sind Körperpflegemittel nicht auch deswegen in der Apotheke zu vertreten, weil ihre psychologische Wirkung im Heilungsprozeß nicht zu unterschätzen ist? Sind Sonnenschutzmittel nicht sogar beratungsbedürftige Mittel, die man auf keinen Fall den Drogerien und Kaufhäusern überlassen sollte?

Wenn jedoch alle Mittel zu den apothekenüblichen Waren gezählt werden sollen, wie läßt sich der Umfang dieses Randsortiments in vernünftigen Grenzen halten, ohne daß die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung behindert wird?

Läßt sich auf die genannten Waren aus ökonomischen Gründen und aus Gründen der Glaubwürdigkeit nur dann verzichten, wenn man gleichzeitig fordert, daß alle Arzneimittel in die Apotheke gehören und für Arzneimittel außerhalb der Apotheke kein Vertriebsweg mehr zugelassen werden sollte?

Muß der Katalog der apothekenüblichen Waren nicht sogar um Fachliteratur oder wenigstens um kleine Broschüren zum Thema Gesundheit und Krankheit erweitert werden?

Labor (u.a. §§ 4, 11, 36)

Zum zweiten Knackpunkt, dem Labor und der Verpflichtung, Identitätsprüfungen bei der Anlieferung von Rohstoffen durchzuführen. Auch hier gingen die Meinungen über die Zukunft des Apothekenlabors

sehr weit auseinander. Während sich die einen für die Beibehaltung der bisherigen Lösung einsetzten, um ihrem zugegebenermaßen hobbyistischem Bedürfnis zu frönen, sahen andere unter der derzeitigen Konkurrenzsituation keine Möglichkeit, auf die Verpflichtung zur Identitätsprüfung von Rohstoffen zu verzichten. Unter diesem Gesichtspunkt sei die Einrichtung zentraler Untersuchungslabors für mehrere Apotheken nicht durchführbar, zu teuer und bei einer größeren Anzahl von Apotheken für ein Labor wenig effektiv und zudem fehleranfällig. Wäre es vorstellbar, die Lieferanten und Hersteller der Rohstoffe (z.B. Caesar & Loretz) zu verpflichten, identitätsgeprüfte Waren zu liefern, so wie es bei Fertigarzneimittel bereits der Fall ist? Die Apotheke hätte in diesem Falle nur noch stichprobenartig und organoleptisch - so wie bei Fertigarzneimitteln - zu prüfen. Oder wäre es denkbar, die Apothekenleiter selbständig entscheiden zu lassen, ob sie die Prüfungen im eigenen Labor durchführen wollen, oder ob diese Aufgabe gemeinsam mit anderen Apotheken erledigt werden soll?

Interessant war in diesem Zusammenhang auch die unterschiedliche Bewertung des Ist-Zustandes. Während einige davon ausgingen, daß die Mehrheit der Apotheken die geforderten Identitätsprüfungen durchführen würden, vermutete die Mehrheit, daß dies nur selten der Fall sei.

Nachtdienst

Soll die Nachtdienstregelung so bleiben wie bisher, wie die Mehrheit meinte, oder lassen sich bessere Lösungen finden? Wäre es denkbar, den Krankenhausapotheken die Nachtdienstregelung gegen bessere Bezahlung zu übertragen? Wäre es denkbar, den Sonntagsdienst nur noch in Kernzeiten, also nicht mehr ganztags, anzubieten? Ist eine höhere Nachtdienstgebühr zu fordern? Ist in diesem Zusammenhang die Aufhebung des aut simile Verbots zu fordern?

Beratungsecke

Sollte der VDPP die Ausrüstung neuer Apotheken mit einer Beratungsecke fordern, oder nicht? Sollte in diesem Zusammenhang ein Beratungshonorar gefordert werden, oder ist dies unrealistisch? Wer sollte das Beratungshonorar bezahlen?

*Achtung!!!
das
SPARKASSENKONTO
des VDPP wird jetzt
AUFGELOST*

*BITTE NUR NOCH DAS
POSTGIROKONTO
BENUTZEN!*

NRW-Erlaß

Wie ist der nordrhein-westfälische Erlaß (Größe der Betriebsräume einer Apotheke - Erlaß des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Nordrhein-Westfalen, siehe PZ 137 (1992), 459 f.) zu bewerten, der unverhältnismäßig große Apotheken mit großem Freiwahlortiment verhindern will? Ist dieser Erlaß ein Schritt in die richtige Richtung, oder kann man in diesem Erlaß die Ausgeburt eines sachverstandsfernen Beamtenhirns erkennen?

Arzneimittelwerbung in Schaufenstern

Sollte die Bewerbung von Arzneimitteln in Apothekenschaufenstern mittels eines Verbots in der Apothekenbetriebsordnung unterbunden werden, oder ist es geradezu notwendig, für "gute" Arzneimittel zu werben, um der allen Schrott bewerbenden Industrie etwas entgegenzusetzen?

Selbstbedienungsverbot

Ist ein Selbstbedienungsverbot für nicht apothekenpflichtige Arzneimittel in Apotheken sinnvoll, oder nur dann, wenn tatsächlich alle Arzneimittel ausschließlich in der Apotheke verkauft werden dürfen?

Abgabe an Kinder

Sollte in die Apothekenbetriebsordnung aufgenommen werden, daß die Abgabe von Arzneimitteln an Kinder unter 14 Jahren verboten ist, wie es für Alkohol bereits festgelegt wurde?

Fazit

Nachdem die unterschiedlichen Meinungen bei mir angekommen waren, blieb mir nur die Feststellung, daß ich meine Stellungnahme zum Thema Apothekenbetriebsordnung zum jetzigen Zeitpunkt nicht im Namen des VDPP abgeben konnte (allerdings hat Herr Ditzel auch Abstand von seinem ursprünglichen Plan genommen). Es wäre an der Zeit, sich über das Aussehen und die Aufgabe der zukünftigen Apotheke und damit über das Berufsbild der Zukunft Gedanken zu machen; Sonst werden wir nicht in der Lage sein, ein überzeugendes Konzept bei der Beratung der Apothekenbetriebsordnung zu präsentieren. Dies wäre deswegen besonders bedauerlich, weil der VDPP auf diesem Gebiet gegenüber der ABDA ein ernstzunehmender Konkurrent sein könnte. Diese Chance sollten wir nicht verpassen, zumal auch die Gesundheitsverwaltung Interesse daran hat, das Randsortiment in den Apotheken weiter zurückzudrängen.

Am 20. September 1992, 10.00 Uhr, treffen sich alle an diesem Thema Interessierte des VDPP bei Ildiko Szasz in Kassel. Dort soll versucht werden, eine Art Konsens zu erarbeiten, der dann als VDPP-Meinung vertreten werden kann. Interessenten wenden sich bitte an mich: Udo Puteanus, Seelingstr. 56, 1000 Berlin 19.

Udo Puteanus

Vom Krankenmord zum Judenmord

Rasse- und Gesundheitspolitik im Nationalsozialismus

Zu diesem Thema referierte am 27. Mai 1992 der Historiker Prof. Henry Friedländer (New York) in der Gedenkstätte "Haus der Wannseekonferenz" in Berlin. In diesem Haus hatten sich am 20.01.1942 die Spitzenvertreter oberster Reichs- und Parteidienststellen unter Vorsitz von R. Heydrich zusammengefunden, um grundsätzliche Fragen der "Endlösung der Judenfrage" zu klären und die Zusammenarbeit aller Instanzen zu sichern.

Zusammen mit der Gewerkschaft ÖTV hatte die Ärztekammer Berlin diese Veranstaltung organisiert, zu der sich leider nicht allzu viele Interessierte eingefunden hatten.

Der Veranstaltungsort

Dabei ist bereits das Haus selbst ein Besuch wert. Im Erdgeschoß dieser schön gelegenen Villa mit seiner grausamen Vergangenheit (Adresse: Gedenkstätte "Haus der Wannseekonferenz", Am Großen Wannsee 56-58, W - 1000 Berlin 39) wird durch eine umfassende Ausstellung die Geschichte des Holocaust dokumentiert. Im ersten Stock eröffnet eine umfangreiche Bibliothek die Möglichkeit, einzelne Problemfelder der Rassenvernichtung näher zu studieren.

Die ÖTV bemüht sich zur Zeit zusammen mit der Bildungsreferentin der Gedenkstätte um die Ausrichtung berufsspezifischer Seminare. Mit diesen Seminaren soll einzelnen Berufsgruppen, vorzugsweise aus dem öffentlichen Dienst, deutlich gemacht werden, wie ihre KollegInnen in der damaligen Zeit in den Vernichtungsfeldzug der Nazis integriert waren, wie sehr die Nationalsozialisten auf die reibungslose

Mitarbeit des Staatsapparates und seiner Angehörigen angewiesen waren und mit welchen Methoden der einzelne sich später bemühte, seine Mittäterschaft zu leugnen. In der Woche vom 25.-29. Mai 1992 hatten sich die Veranstalter mit Angehörigen der Gesundheitsberufe, in erster Linie mit Ärzten, zusammengesetzt. In diesem Zusammenhang war auch Henry Friedländer zu seinem Vortrag eingeladen worden.

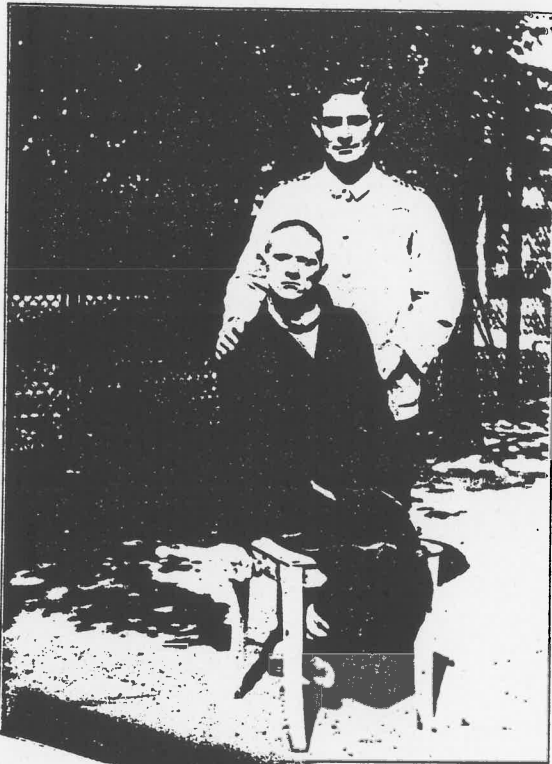
I.

**GESUND SEIN
UND GESUND
BLEIBEN IST
NICHT DEINE
PRIVATSACHE,
SONDERN GE-
SUND SEIN IST
DEINE
PFLICHT!**

Aus: Kampf der Gefahr 5(1938) Nr. 10, S. 13

Henry Friedländer

Henry Friedländer selbst hat enge Beziehungen nach Berlin. Er verlebte seine Jugend in dieser Stadt, sein Vater praktizierte im Wedding als Kassenarzt und sein Onkel war Geburtshelfer in Brandenburg. In der Zeit des "Dritten Reiches" vertrieben die Nazis die Familie. Henry Friedländer siedelte später nach New York und arbeitet heute dort als Historiker. Sein Arbeitsschwerpunkt sind die Gerichtsprozesse deutscher Gerichte in der Nachkriegszeit, nicht aber die Kriegsverbrecherprozesse der Alliierten.



Dieser Pfleger, ein gesunder kräftiger Mensch, ist nur dazu da, um diesen einen gemeingefährlichen Irren zu betreuen. Müssen wir uns dieses Bildes nicht schämen?!

Aus: Neues Volk 2(1934) Heft 1, S. 16.

Vom Krankenmord zum Judenmord

In seinem Vortrag zeigte Friedländer den engen Zusammenhang zwischen dem Kranken- und dem Judenmord auf. Danach war es nicht nur der krasse Antisemitismus, der die Nazis zur Judenvernichtung trieb; gemeinsam mit Zigeunern und den als unheilbar krank eingestuften PatientInnen wurden die Juden von den Nazis als "lebensunwert" klassifiziert. Alle drei Gruppen von Menschen einte demnach eine biologische Voraussetzung: die Unfähigkeit, ihren "biologischen Nachteil" überwinden zu können.

Es läßt sich für das Vorgehen der Nazis eine Kontinuität feststellen. Zuerst waren es die Kranken, an denen sie ihre Tötungsmaschinerie testeten. Heute weiß man viel über die einzelnen Vorgänge, die zum Massenmord führten. Bereits im Jahre 1939 wurden die ersten Mordaktionen durchgeführt. Zunächst waren davon mißgebildete oder behinderte Kinder betroffen, die man anfangs mangels anderer Tötungstechniken einfach verhungern ließ. Dies geschah mit mündlicher Einwilligung Hitlers, der gemeinsam mit "Wissenschaftlern" und Beamten in dieser Tötung eine Möglichkeit sah, seinem Ziel eines "gesunden Volkskörpers" näher zu kommen. Danach war für die heilbar Kranken und später wieder Leistungsfähigen möglichst eine optimale Versorgung zu gewährleisten, während die als unheilbar krank eingestuften Menschen der "Volksgemeinschaft" nicht mehr länger zur Last fallen sollten.

Bereits im Oktober 1939 hatte man den notwendigen Beamten- und "Fachgutachterapparat" aufgebaut, um die Tötungsmaschinerie in Gang zu setzen. Grundlage war eine schriftliche Ermächtigung Hitlers mit dem Inhalt: "Reichleiter Bouhler und Dr. med.

Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, daß nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischer Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann."

Die Aktion T 4

Aus Tarnungsgründen richtete man eine Zentrale in der Tiergartenstraße 4 in Berlin als Unterorganistaion der KdF ("Kraft durch Freude") ein, daher der Name "Aktion T 4". Mit Prof. Dr. Werner Heyde (Würzburg) fand man einen geeigneten Psychiater, der weitere Ärzte auszusuchen hatte, denen man dann die Gutachtertätigkeit übertrug. Auf sie wurde keinerlei Druck oder Zwang ausgeübt. Man legte im Gegenteil großen Wert darauf, daß sie aus innerer Überzeugung ihre Zustimmung zur Mitarbeit gaben.

Ab Oktober 1939 erging von der Gesundheitsabteilung des Reichsinnenministerium, ohne auf die Bedeutung dieser Aktion hin

zuweisen, die Aufforderung an die einzelnen Heil- und Pfleaneanstalten, einen Meldebogen über die Heimpatienten auszufüllen und zurückzusenden. Diese Bögen bildeten die alleinige Grundlage für die "Gutachtertätigkeit" der Ärzte, die anhand des Meldebogens über Leben und Tod

Die Aktion T 4 führte im Laufe der Zeit zu ca. 70.000 Morden. Die "Zur Verlegung" einklassifizierten Kranken wurden mit einem speziellen Transportunternehmen in sog. "Abgabeanstalten" gebracht, wo sie dann ermordet wurden. Bereits in die



Der Würzburger Professor für Psychiatrie Werner Heyde leitete die „Aktion T4“ von 1939 bis 1941. Nach dem Krieg floh er aus amerikanischer Haft und lebte als Dr. Sawade in Flensburg. Von 1950 bis zu seiner Verhaftung 1959 lebte Heyde von Gutachten, die er für das Oberver sicherungsamt Schleswig anfertigte. Seine Identität war dort und unter den führenden norddeutschen Psychiatern ein offenes Geheimnis. Heyde erhängte sich in der Untersuchungshaft.

Meldebogen 1

Nervenklinik DR mit Schreibmaschine auszufüllen!
(Psychiatrische und Neurologische Klinik)
der Städtischen Krankenanstalten in Bremen

Opde. Nr. _____

Name der Anstalt: _____ in: _____

Ber. und Name des Patienten: _____ geboren: _____
Geburtsdatum: _____ Dr. _____ Straß: _____
Gebirgs Wohnort: _____ Straß: _____
Hbgr, verb., verre od. gefäh: _____ Stenil: _____ Kaffe: _____ Staatsang.: _____
Anschriß & nächster Angeh.: _____

Regelmäßig Besuch und von wem (Anschriß): _____

Dormund oder Pfleger (Name, Anschriß): _____

Kostenträger: _____ Seit wann in bürgerl. Anst.: _____
In anderen Anstalten gewesen, wo und wie lange: _____
Seit wann krank: _____ Woher und wann eingeliefert: _____
Qualität: _____ Geschlechtskrankheiten: _____
Diagnose: _____

Hauptsymptome: _____
Vorzugsweise bettlägerig? ja nein sehr unruhig? ja nein in letzter Zeit? ja nein
Körper unbehilf. Eriden: ja nein Kräftigkeitsabf.: _____
Bei Schloßraum: Sturzfall ja nein gut remittierend ja nein
Bei Schwächern: hebl ja nein imbedill ja nein
Bei Kontrollen: plind verändert ja nein durchschmittliche Schwächheit der Anstalt
Bei sonstigen Erkrankungen: harter demerit ja nein unfauber ja nein
Therapie (Insulin, Cardiazol, Malarna, Salvarsan usw.): _____ Dauererfolg: _____
Eingewiesen auf Grund § 51, § 42b StGB. wje: _____ durch: _____
Delikt: _____ Frühere Erstaten: _____

Wie der Befindlichkeit: (Wenigstens viermal den Monat und bei Abreise (z. B. 1. Oktober, letzter Monat) — Schloßraum, ganz gesund — keine unbestimmten Aussagen, nur Einzelheiten, (andere z. B. in den Anstalten) wie "ich kann arbeiten, es dauert, habe aber nur geringe Anstalt")

DR mit Entlohnung demnach zu rechnen: _____

Bemerkungen: _____

Der Direktor der Nervenklinik
(Psychiatrischen und Neurologischen Klinik)
der Städtischen Krankenanstalten in Bremen
Bremen, Datum 11.9.40
K 2

*) Einziehen oder entsprechende Nicht-Einziehung, falls, Abhilfe-Bildung 1. oder 2. Ordnung, Regel (Einziehung) (Einziehung) ab.

Meldebogen 1 zur Erfassung und Begutachtung der Kranken, versandt durch die Zentralabteilung des Innenministeriums.

Tarnung der ganzen Aktion so weit wie möglich zu perfektionieren.

Nachdem aber die Tötungsaktionen in Deutschland nicht mehr länger geheim gehalten werden konnten, verlegte man sie in die besetzten Gebiete nach Osten. Die Einsatzgruppe der Aktion T 4 reiste nun

in die entsprechenden Konzentrationslager oder zu den Orten, in denen Tötungslager aufgebaut werden sollten. Längst waren es nicht mehr nur die unheilbar Kranken, die dem Mord zum Opfer fielen. Die von Ärzten ausgeführte Ausleseaktion steigerte sich bis zur Tätigkeit an der "Rampe" in Auschwitz

Für Unterricht und Forschung wichtiger Fall!

Prof. Pohlisch bittet, von Verlegung
Abstand zu nehmen.

Aufkleber für Krankenakten, den Kurt Pohlisch an der Universitätsnervenklinik in Bonn 1940 entwickelte. Pohlisch war zugleich selbst einer der „Euthanasie“-Gutachter, die über Leben und Tod entschieden.

Motive der Ärzte

Was bewegte die Ärzte zur Teilnahme an diesen Massenmordaktionen? Diese nicht einfach zu beantwortende Frage bewegte die Teilnehmer des Vortrags in der anschließenden Diskussion.

- War es eine Ideologie dieser Zeit, die von der Möglichkeit eines "gesunden Volkscörpers" ausging, wenn man nur frühzeitig genug die "erblich Belasteten" ausschaltete oder deren Fortpflanzung verhinderte? (In diesem Zusammenhang sei an die Tagung "Sozialhygiene und Public Health, historische Kontinuitäten, Brüche, Dilemmata" erinnert, siehe Bericht in Dr. med. Mabuse, Nr. 78 v. Juni/Juli 1992, S. 50 f.) Dieses Denken beherrschte im übrigen nicht nur in Deutschland die Diskussion unter Wissenschaftlern, sondern auch in England und den USA. Ja sogar in Kreisen der Sozialdemokratie waren solche Gedankengänge bereits vor 1933 hoffähig geworden.

- War es das Einverständnis eines Teils der Ärzteschaft, immer dann Patienten zu töten, wenn sie mit ihren medizinischen Methoden nicht mehr in der Lage waren, die Kranken zu heilen oder den Menschen

zu helfen? Eine Frage, die auch heute wieder in der Diskussion ist.

- War es das Karrieredenken vieler junger Ärzte, die sich durch das Mitwirken am Experimentieren mit KZ-Opfern oder an der Massensterilisation und Massentötung einen Karrieresprung erhofften? Diese These wurde vor allem von Prof. Friedländer vertreten. Er verwies darauf, daß die an vielen Euthanasieaktionen beteiligten Ärzte den normalen Durchschnitt der Ärzteschaft repräsentierten. Es waren keine nach ganz strengen Kriterien ausgesuchten Mediziner daran beteiligt. Dies konnte Friedländer am Beispiel einiger Mediziner eindrucksvoll belegen.

- War es der historisch gewachsene Ständedünkel der Ärzte, die sich auserlesen fühlten, über Leben und Tod von sog. "unheilbar Kranken" und von "lebensunwertem Leben" zu entscheiden? Diese These stellte Ellis Huber, Ärztekammerpräsident in Berlin, in den Vordergrund seines Diskussionsbeitrages. Danach war die ärztliche Standespolitik für die nationalsozialistische Ideologie ausgesprochen anfällig. Die damals bestehende

Staatsfixierung der Ärzte, ihre Autoritätsgläubigkeit, ihr Antisemitismus und ihr Militarismus seien nur einige wichtige Gründe, so Ellis Huber.

- Sollte eher auf ökonomische und gesellschaftliche Gründe verwiesen werden, die den Massenmord möglich machten? Danach ergänzten sich darwinistisches Den-

ken, das im Sozialdarwinismus gipfelte (Prinzip der Auslese im Kampf ums Dasein auch innerhalb der menschlichen Gesellschaft), und kapitalistisches Wirtschaftssystem, das das Leistungs- und Konkurrenzdenken förderte. Beide Strömungen führten in Krisenzeiten (Ende des 1. Weltkrieges und Einbruch der Weltwirtschaftskrise 1929) zur Bereitschaft

weiter Kreise der Bevölkerung und vieler politischer Repräsentanten, Sterilisation und Krankenmord zur Stärkung der "Volksge-sundheit" in Kauf zu nehmen. Seine Fortsetzung fand dieses Denken mit der Deportation von Juden und Zigeunern und auch Polen. Man müsse die anderen totschiessen, wenn man an ihre Äcker kommen wolle, so Heinrich Himmler 1942. Die Verbesserung der sozialen und ökonomischen Struktur in Deutschland sollte also durch die Liquidierung der östlichen und jüdischen Bevölkerung ermöglicht werden.

- War der mörderische Einsatz der Ärzte Folge einer Symbiose von Rationalem und Irrationalem, Folge einer Brutalisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses (auch hervorgerufen durch die grausamen Erlebnisse während des 1. Weltkrieges) und damit auch Folge einer grundsätzlichen Krise der Medizin? Die daraus resultierende Vertrauenskrise dauerte über das Ende des Nationalso-



Jungbauern und Jungbäuerinnen der Reichsschule Burg Neuhaus. Aus: Volk und Rasse 14 (1939) 198 u. 199.

zialismus hinaus, da viele Ärzte unter ihr ihre Prägung erhalten hatte.

Eine endgültige Beantwortung dieser Fragen war und ist bei der Komplexität des Themas nicht zu erwarten. Die Beschäftigung mit diesem Kapitel der Medizinge

schichte kann aber den Blick für die heute stärker werdenden Rationierungstendenzen in Gesundheitswesen schärfen.

Udo Puteanus

(Abbildungen aus: "Heilen und Vernichten..." und "Wert des Menschen..." s.u.)

Einige Bücher zum Thema:

Ch. Pross / G. Aly: Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918-1945 - Katalog zur gleichnamigen Ausstellung, 352 S, 36.-.

G. Aly (Hrsg.): Sozialpolitik und Judenvernichtung. Wirtschaftliche Neuordnung / Juden in der Rentenversicherung. Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik, Bd. 5, 22.-

Ch. Pross / R. Winau: Nicht mißhandeln. Das Beispiel des Krankenhauses Berlin-Moabit, 264 S, 29.80.

G. Aly: Aktion T 4. Die Euthanasie-Zentrale in der Tiergartenstr. 4. 213 S., 29.80.

W. Wuttke (Hrsg.): Heilen und Vernichten im Nationalsozialismus. Der Katalog zur Ausstellung "Volk und Gesundheit, Struktur der NS-Bewegung" u.a. 250 S. 18.-

A. Mtscherlich / F. Mielke: Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses. 297 S. 14.80.

F. Kudlien: Ärzte im Nationalsozialismus. 311 S.

ARTIKEL

für den nächsten

VDPP-RUNDBRIEF

bitte an:

Christa Augustin
Alsterdorferstraße 18
2000 Hamburg 60
% 040 / 47 65 64

Ein "erboster Zeitgenosse" oder ein umweltbewußter Bürger

Wie sich die Zeiten ändern!

Im Januar 1991 ärgerte sich der BPI öffentlich in seiner Hauspostille "Medikament und Meinung" (Nr. 1 vom 15.1.91) über einen Menschen, der diverse leere Blister von Arzneimitteln an den BPI schickte mit dem Vermerk "Umweltmüll der Pharmaindustrie". Diese Aktion wurde vom BPI als "unfreundliche Post" kritisiert.

Ein Jahr später lobt der BPI - wieder in seinem Hausblättchen "Medikament und Meinung" (Nr. 3 vom 12.3.92) - die Firma Schering, die auf die umständlich-abenteuerliche Idee verfiel, die Konsumentinnen ihres oralen Kontrazeptivums "Triquilar" aufzufordern, zu Lasten des Herstellers (und der Post) leere Umhüllungen plus Blister dieses Medikamentes an Schering zurückzusenden.

Diese Haltung dokumentiere - so "Medikament und Meinung" alias BPI "ein Umdenken der gesamten Industrie".

Die Frage drängt sich auf, warum Schering die sortenreine Trennung von Plastik und Aluminium nicht auch ohne Einbe-

ziehung bzw. Belastung von Konsumentinnen und öffentlichen Dienst bis zur Praxisreife testen kann? Die Antwort ist einfach und sie wird - ungewollt - mitgeliefert: Ohne Einbeziehung der Frauen und Verbraucherinnen lief die Aktion relativ unbeobachtet und unspektakulär ab. Mit der Einbeziehung der Pillenkonsumentinnen glaubt Schering, etwas für das ramponierte Ansehen der Pharmazeutischen Industrie tun zu können: Imagepflege tut not! O-Ton des zuständigen Leiters des Produktmanagements, Robert Schrödel: "Ökologische Kompetenz muß sich nachvollziehbar am Produkt und der Herstellung des Produktes zeigen und darf sich nicht nur in Form von Leitsätzen und Philosophien äußern. Die Unternehmen werden nicht an ihren Bekenntnissen gemessen, sondern an dem, was sie tun."

Wann mögen wohl andere Hersteller nachziehen? Wie lange werden die Postbriefkästen als Pharmamüllkästen duchalten?

Wir sind gespannt!

Ingeborg Simon



„Schau, dort liegen die entwickelten Gebiete.“

Antibiotikanamen

In der Namensgebung ihrer Produkte zeigt die Pharmazeutische Industrie eine geradezu überbordende Phantasie. *Omniflox* war in den USA der Handelsname von *Temafloxacin*, dem Chinolon mit der kürzesten Halbwertszeit auf dem Markt - Einführung im Mai 1992, Rückzug Juni 1992 - und aus den USA kommen auch einige Überlegungen zur Situation auf dem Antibiotikamarkt, die wir im folgenden übersetzt wiedergeben wollen.

"Kürzlich brachte die 'Glitze Pharma AG' mit **CEFAHOLYGRAIL** ein neues Cephalosporin der 6. Generation auf den Markt. Endlich ein Cephalosporin-Derivat, dessen Name nicht eine unaussprechliche, geistverwirrende Mischung der Buchstaben C, F, T, Z und X darstellt; diese Freude wird allerdings angesichts des internationalen Freinamens "*Cefaglitzemax*" etwas getrübt.

Das Wirkungsspektrum des neuen Antibiotikums ist nicht nur einfach "breit" - es ist praktisch "universell": es werden nicht nur grampositive Bakterien einschließlich der resistenten Staphylokokken und Enterokokken erfaßt, sondern auch alle gramnegativen Erreger einschließlich *Pseudomonas* und anaerobe Keime und sogar Chlamydien und Rickettsien.

Behandelnde Ärzte werden in Zukunft besser schlafen können und nicht von Zweifeln geplagt werden, ob Tsutsugamuchi-Fieber durch ihre Antibiotika-Wahl mit erfaßt ist. Wer mitten in der Nacht zu einem fiebernden Patienten gerufen wird, kann das Präparat im Halbschlaf verordnen, da es das gesamte mikrobielle Spektrum abdeckt. Die Zulassungsbehörde hat es sogar für FJA ("*Fieber jeglicher Art*") zugelassen.

Der internationale Freiname (*Cefaglitzemax*) hat wohl etwas mit den Verordnungskosten zu tun: der Preis ist maximal. Es ist allerdings immerhin eine D-Mark billiger als das einzige andere zur Zeit auf dem Markt erhältliche "Universal-Spektrum-Antibiotikum" *Nukacyclin* - dieses Konkurrenzpräparat kostet pro Gramm 1000 DM. Da bei der Anwendung von *Cefaholygrail* aber alle Kosten für die mikrobiologische Diagnostik entfallen, ist die Verordnung von *Cefaholygrail* schließlich doch sehr viel preiswerter.

Die klinische Wirksamkeit des neuen Präparates ist umfassend belegt. Die Untersuchungen wurden auf einem Symposium vorgestellt und die Zusammenfassung der Beiträge liegt jetzt in einem Supplement-Band der Zeitschrift "International Archives of Rational and Appropriate Antibiotic Use" vor.

Einige Auszüge der wichtigsten Ergebnisse der klinischen Erprobung: Bei Streptokokken-Angina war es ebenso wirksam wie Penicillin. Vergleichsstudien mit *Nukacyclin* oder dem neuen Chinolon "*Panfloxacin*" fehlen leider. Etwa ein Drittel der Patienten, die mit *Cefaholygrail* behandelt wurden, starben an Pilz-Superinfektionen (Fungämien), deshalb sollten in Zukunft Patienten gleichzeitig mit *Omnitericin-Z* behandelt werden. Dieses "Universal-Spektrum-Antimykotikum" wird demnächst vom gleichen Hersteller auf den Markt gebracht. Die Kombination der beiden Substanzen dürfte wohl die erste therapeutische Möglichkeit sein den Patienten zu sterilisieren."

(Lettau, Ann. Intern. Med. 110: 850, 1989, nach ZCT 91/2)

Thomas Schulz-Schalge

Wir wünschen dem Autor

VIEL ERFOLG IN

RIO

Buchtip:

Erkrankungen der Blase

Brigitte Schwarz: Erkrankungen der Blase. Kunstmann Verlag, Reihe "Frau und Gesundheit", DM 15.-

In der Urologie sind Ärztinnen spärlich vorhanden, sicher weil die Urologie als typische "Männer-Medizin" betrachtet wird - von den Männern. Eine auf die weiblichen Harnwege und ihre Erkrankungen spezialisierte Frauen-Urologie - und die zugehörige Fachärztinnen-Ausbildung - gibt es nicht.

Die Frau/Patientin muß lernen, die Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen und ihren ärztlichen HelferInnen gegenüber deutliche Fragen zu stellen. Jede Frau ist Expertin ihres eigenen Lebens. Zum gezielten Fragen gehört Vorinformation, und die liefert Brigitte Schwarz mit ihrem Buch "Erkrankungen der Blase", mit dem endlich eine Lücke auf dem Buchmarkt geschlossen wurde.

Erklärt wird, wie das weibliche Harnsystem funktioniert. In diesem Kapitel wird u.a. darauf hingewiesen, daß frau zu wenig trinkt. Damit der Kreislauf nicht aus Wassermangel zusammenbricht, müssen die Nieren bei zu geringer Flüssigkeitszufuhr dem Primärharn noch mehr Wasser als üblich entziehen. Die Folge: Im Endharn ist weniger Wasser als sonst - aber genauso viele aggressive Abfallstoffe, die in diesem "Wassermangel-Harn" also besonders hoch konzentriert sind und so die empfindlichen Schleimhäute des gesamten Harntrakts angreifen können.

Ein Kapitel beschäftigt sich mit dem Sauberkeitsmythos: Frauen bemühen sich um Sauberkeit und Geruchlosigkeit - und ar

beiten damit den Interessen der einschlägigen Industrie in die Tasche, die mit Reinigungs- und Desinfektionsmitteln hohe Umsätze macht. Ich habe z.B. in meiner Apothekenpraxis des öfteren Frauen erlebt, die Sagrotan kaufen wollten, um damit ihre Scheide zu waschen. Die in Seifen und Sprays enthaltenen Stoffe können die empfindlichen Schleimhäute reizen und austrocknen und damit Krankheitskeimen erst recht den Weg bahnen.

Weitere Kapitel befassen sich mit den Untersuchungen (die meisten ÄrztInnen finden es zu aufwendig, den Erreger zu bestimmen und ein Antibiogramm machen zu lassen - d.h. feststellen zu lassen, welches Antibiotikum gegen den Erreger wirksam ist), mit der Blasenentzündung (wobei auch das seelisch bedingte Blasenleiden mit einbezogen wird), mit der ärztlichen Behandlung und der Frage der Antibiotika.

Es gibt auch Informationen über die Selbstbehandlung oder die Möglichkeiten der Naturheilkunde - z.B. der Homöopathie. Nicht erfaßt ist die Akupunktur (die z.B. mir geholfen hat).

Für mich sollte dieses Buch in keinem Bücherschrank von frau fehlen, die sich auf den Weg zu einer mündigen Patientin macht.

Ute Meyerdirks-Wüthrich

Auswertung der Umfrage im letzten Rundbrief

Seminar zur Sozialpharmazie, ja oder nein?

Im letzten Rundbrief wurde das Thema Sozialpharmazie vorgestellt. Nach der bisherigen Planung soll im November dazu ein Seminar vom VDPP veranstaltet werden. Die im letzten Rundbrief eingeleitete Fragebogenaktion, die die Meinung der Mitglieder zu diesem Thema und zu Ort, Zeitpunkt und Ausgestaltung des Seminars ermitteln sollte, ergab folgendes Ergebnis:

Achtzehn (18) Fragebögen wurden beantwortet, davon 15 auf der Mitgliederversammlung nach Aufforderung. Dreizehn Mitglieder zeigten sich am Seminar interessiert, davon waren jedoch fünf nur schwach interessiert.

Sechs Mitglieder waren an einem Orientierungsseminar interessiert, neun an einem Seminar zur Standpunktbestimmung des VDPP. Zwei Mitglieder bevorzugten die Zukunftswerkstatt mit Moderator.

Den meisten war der Ort egal, an dem das Seminar stattfinden soll, einer plädierte für Frankfurt/Main, einer für Berlin oder Hamburg, einer für Berlin oder Braunschweig, einer für den Norden Deutschlands und einer für Stuttgart.

Als Zeitpunkt begrüßten die meisten den November, einer plädierte für Januar und einer für Frühjahr oder Sommer 1993.

Dieses Ergebnis ist noch nicht sehr ermutigend. Ich bitte diejenigen, die sich noch zu dem Thema äußern wollen, den Fragebogen aus dem Rundbrief Nr. 13 (Juni 1992), S. 15/16, auszufüllen und bis zum 23.08.1992 an mich zu schicken: Udo Puteanus, Seelingstr. 56, W - 1000 Berlin 19, Tel: 030 / 322 1968.

Udo Puteanus

INTERESSENTEN

AM THEMA

SOZIALPHARMAZIE

bitte füllt den Fragebogen aus,
der im letzten rundbrief auf Seite 15/16 abgedruckt war
und schickt ihn an die dort angegebene Adresse

TERMINE TERMINE TERMINE TERMINE TERMINE TERMINE

Treffen der Regionalgruppe Hamburg:

Ort: bei Bernd Rehberg, Brahmsallee 18
 2000 Hamburg 13, Tel: 040 / 45 79 97

Termine: Mittwoch, den 12. August
 Mittwoch, den 26. August
 Mittwoch, den 09. September
 Mittwoch, den 23. September
 Mittwoch, den 07. Oktober
 Mittwoch, den 21. Oktober

Zeit: jeweils 20.00 Uhr
 Änderungen sind bei der VDPP-Geschäftsstelle
 zu erfahren, 040 / 45 87 68

Treffen der Regionalgruppe Berlin

Ort: Café Blisse, Blissestr. 14, 1000 Berlin 31

Termine: Mittwoch, den 12. August
 Mittwoch, den 16. September
 Mittwoch, den 14. Oktober

Zeit: jeweils 20.15 Uhr
 Änderungen sind bei Udo Puteanus,
 Tel: 030 / 322 1968 zu erfahren

Treffen der Regionalgruppe Niedersachsen

Ort: Restaurant Marktkirche, Großbergwedel,
 Am Markt

Termin: Sonntag, 23. August

Zeit: 13.00 Uhr
 Bestätigen lassen bei Dorothea Hofferberth,
 Tel: 05151 / 64 096

Treffen der Regionalgruppe Nordrhein-Westfalen

Termin, Ort und Zeit bitte nachfragen bei Volker Kluy,
Tel: 0211 / 39 42 56

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg

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

Bayern

Michaela Raasch
Königinstraße 51
W-8000 München 22
Tel.: 089 - 34 74 00

Berlin

Regina Schumann
Zimmermannstraße 17
W-1000 Berlin 41
Tel.: 030 - 792 82 51

Brandenburg

Peter Rhiemeyer
Linden-Apotheke
Brandenburger Straße 158
O-1512 Werder

Bremen

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

Hamburg

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

Hessen

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

Mecklenburg-Vorpommern
siehe Hamburg

Niedersachsen

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

Nordrhein-Westfalen

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

Rheinland-Pfalz
siehe Hessen

Saarland

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

Sachsen-Anhalt
siehe Niedersachsen

Sachsen
siehe Berlin

Schleswig-Holstein
siehe Hamburg

Thüringen
siehe Hessen