

VDPP - *Rundbrief*

6. Jahrgang, Nr. 23 / April 1994

MITTEILUNGEN DES VEREINS DEMOKRATISCHER PHARMAZEUTINNEN UND PHARMAZEUTEN

Verein demokratischer
Pharmazeutinnen und
Pharmazeuten

Unsere Ziele:

- Demokratisierung des Gesundheitswesens
- Verantwortungsvolle Arzneimittelversorgung
- Berufspraxis in einem sozial orientierten Heilberuf
- umsatzunabhängige Apotheken
- ökologische Kriterien bei der Arzneimittelproduktion
- verbraucherfreundliche Arzneimittelgesetzgebung

unabhängig -
überparteilich -
patientenorientiert

Gentechnologie

Soziale Pharmazie
in Holland und Belgien

Genossenschaft zum Aufkauf
überzähliger Apotheken

Inhalt

Elfriede Kern: Grußworte des Vorstands	
Eugen Eschenlohr: Gentechnologie - Aktuelle Entwicklungen	
Udo Puteanus: Bausteine für eine Soziale Pharmazie in Europa	
Udo Ament: Aufruf	
Befreiung von der Zuzahlung (Patienteninformation)	
Ulrike Kappler: Hamburger Apothekerverein als Genossenschaft zum Aufkauf überzähliger Apotheken	
Buchbesprechung	
Cutler/Minker, Die fragwürdige Operation (Ute Meyerdirks-Wüthrich)	19
Dokumentation	
Siemens-Kampagne des IPPNW	20
"Positionierungsdebatte":	
- ABDA-Thesen	21
- Leserbrief I. Simon	23
- KBV-Stellungnahme	25
EU-Ministerrat für Patente	27

Impressum

Der Rundbrief ist eine Veröffentlichung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e.V.
 Redaktion: Dr. Christa Augustin (verantwortlich), Thomas Hammer
 Layout und Satz: Ulf H. Thomas
 Adresse: Fleming-Apotheke, Grindelallee 182, D-20144 Hamburg, Tel./Fax: 040/458768.
 Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt der/die AutorIn die volle Verantwortung.

Editorial

- 3 Dieser Rundbrief ist etwas dünner ausgefallen als die letzten (und der nächste), aber von verschiedenen Seiten bekamen wir bestätigt,
- 4 daß es nicht so sehr auf den Umfang ankommt, sondern vor allem darauf, daß der Rundbrief regelmäßig alle zwei Monate herauskommt.
- 11 Eugen Eschenlohr möchte ich an dieser Stelle noch einmal für die Überlassung seines sehr informativen Manuskriptes danken. Wenn es vielleicht auch über die Kapazitäten des Vereins geht, sich aktiv an der Gentechnologie-Diskussion zu beteiligen, so halte ich es doch für immens wichtig, regelmäßig im Rundbrief über die neuesten Entwicklungen zu berichten.
- 13 Der Bericht über die Studienreise in die Niederlande und nach Belgien soll nur einen ersten Eindruck vermitteln; ein ausführlicher Artikel wird in der nächsten Ausgabe erscheinen.
- 14 Die Patienteninformation zur Zuzahlungsregelung wurde von der hessischen Regionalgruppe erarbeitet und ist als Kopiervorlage zur Auslage in Apotheken gedacht.
- 16 Auf den Dokumentationsseiten haben wir schwerpunktmäßig verschiedene Stellungnahmen zu den ABDA-Thesen zur "zukünftigen Positionierung des Apothekers" abgedruckt, die auch schon in Hinblick auf die Mitgliederversammlung in Hamburg gelesen werden sollten. Natürlich wird auf dieser Mitgliederversammlung nicht nur hart gearbeitet, sondern auch kräftig gefeiert. Die Hamburger VDPPler sind unablässig mit der Vorbereitung des Abendprogrammes beschäftigt. Ich hoffe auf eine rege Beteiligung.

Christa Augustin

Viel Spaß beim Lesen des Rundbriefes. Redaktionsschluß für die nächste Ausgabe ist der

15. Mai 1994.

Artikel und Beiträge bitte wieder an:
 Christa Augustin
 Alsterdorfer Str. 18
 22299 Hamburg
 Tel. 040/476564

Liebe VDPP-Mitglieder, liebe am Verein Interessierte,

endlich ist der Frühling wieder da!
Nach überstandener Frühjahrsmüdigkeit kommt mit der Wärme hoffentlich auch der Schwung Neues anzupacken.

Bei mir persönlich bedeutet das, daß ich nach einer ein Jahr dauernden beruflichen Durststrecke zum 1. April eine neue Arbeitsstelle in einer öffentlichen Apotheke gefunden habe. Ich werde jetzt finanziell besser klarkommen und hoffe, daß ich trotz nicht zufriedenstellender Strukturen in der öffentlichen Apotheke meine Persönlichkeit mehr einbringen und endlich mehr Spaß an der Arbeit haben kann.

Für den Verein geht es nach der erfolgreich durchgeführten Studienreise zu den Sozialen Apotheken in Belgien und den Niederlanden darum, die Eindrücke und Informationen zu verarbeiten, sie den Mitgliedern zugänglich zu machen (das geschieht in diesem und vor allem im nächsten Rundbrief durch Udo Puteanus) und eine Diskussion um Ideen und Handlungsmöglichkeiten einzuleiten

Dabei sind verschiedene Ebenen angesprochen. Ein Anliegen ist, die Organisation des Apothekenalltags zu verbessern, um den Patienten bei der Arzneimittelauswahl und -abgabe die größtmögliche Sicherheit zu bieten. Auf der politischen Ebene stellen sich z.B. folgende Fragen:

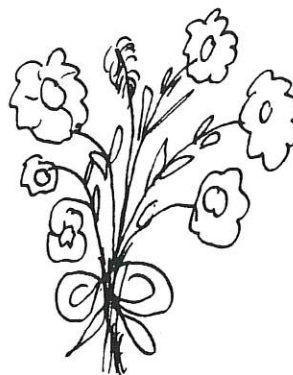
Sind Soziale Apotheken grundsätzlich an die Besitzerstruktur gebunden (d.h. Angestelltenverhältnis)? Welche Maßstäbe müssen Soziale Apotheken erfüllen? Wie können wir unsere Vorstellungen in dem gesetzlich vorgeschriebenen Rahmen verwirklichen? Ich finde das sehr spannend und hoffe, daß sich viele Mitglieder an der Diskussion beteiligen.

Zum Schluß möchte ich im Namen des Vorstands unseren Gastgebern bei den Sozialen Apotheken der Niederlande einen herzlichen Dank für ihre Mühe und ihre Gastfreundschaft aussprechen.

Die Organisation der Reise hatte Gudrun Hahn übernommen. Es klappte alles hervorragend und dafür noch einen riesigen symbolischen Frühlingsblumenstrauß an Dich, liebe Gudrun!

Für den Vorstand

Elfriede Kern



Gentechnologie

Aktuelle Entwicklungen

Eugen Eschenlohr

Nachfolgend möchte ich den interessierten Mitgliedern des VDPP anhand einiger Beispiele die wichtigsten Entwicklungen in den verschiedenen Bereichen darstellen, in denen wir es mit dem Thema Gentechnologie zu tun haben.

I. Bereich Gesetze / Verordnungen

Generelle Tendenz: Weitere Deregulierungen zugunsten der Ökonomie und entgegen den Ansprüchen von § 1 / 1 des Gentechnikgesetzes (Schutz von Mensch, Tier, Pflanze und Umwelt).

Beispiele

Novelliertes Gentechnikgesetz ist seit 1.1.94 in Kraft. Wichtigste Neuerungen:

- Verkürzung von Anmelde- und Genehmigungsfristen in den Sicherheitsstufen 1 und 2 ("kein bzw. geringes Risiko", was immer dies heißen mag!).
- Abschaffung der öffentlichen Erörterungstermine bei Freisetzungsanträgen.
- Umwandlung der Genehmigungspflicht in eine Meldepflicht bei Anlagen / Arbeiten der Sicherheitsstufe 1.

B. Zur Zeit erfolgt die Änderung der anhängenden Verordnungen (z.B. Gentechniksicherheitsverordnung). Wichtigste Kritikpunkte:

- Die Einstufungskriterien für z.B. Empfängerorganismen legt die ZKBS (Zentrale Kommission für biologische Sicherheit) beim BGA fest, das letztendliche Einstufen wird jedoch dem Betreiber überlassen.
- Für die Abwässer aus dem Sanitärbereich und für gering kontaminierte Abwässer aus gentechnischen Anlagen ist keine Behandlung mehr vorgesehen.
- Verkürzung der Aufbewahrungsfristen für Unterlagen zu Experimenten
- Massive Abänderung der Soll- in Kann-Bestimmungen

II. Bereich Politik

Generelle Tendenz: Rezession, Arbeitslosigkeit etc. führen dazu, daß die Akzeptanz für die Umsetzung der Gentechnologie auch in solchen politischen Gruppen rapide wächst, welche zuvor Bedenken verschiedenster Art geäußert hatten. Außer der Tatsache, daß bis dato die meisten der früher benannten Risiken nicht widerlegt werden konnten, stellt auch kaum mehr ein Politiker die Frage nach dem Sinn oder dem gesellschaftlichen Bedarf vieler dieser Anwendungen.

Beispiele

A. Zwischen SPD-Parteitagebeschlüssen und dem Vorgehen einiger SPD-Landesfürsten gibt es inhaltlich mittlerweile große Kluften:

So stimmten beispielsweise die SPD-Länder Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Brandenburg der Gesetzesnovelle zum Gentechnikgesetz im Bundesrat in der jetzigen Form zu. So hält Umweltminister Matthiesen von Nordrhein-Westfalen die Gentechnologie für die Schlüsseltechnologie der Zukunft mit großen Chancen für Umweltschutz, Landwirtschaft und Ernährungswirtschaft.

So stimmte die SPD im Bundesrat am 17.12.1993 Reihenuntersuchungen des Genoms zu. Bis vor kurzem waren derartige Alleingänge nicht denkbar !

B. Die Gewerkschaften ziehen sich (aus Geld- und Personalmangel?) immer mehr aus der Ethikdebatte um die Gentechnologie zurück. (Auflösung der Abteilung "Technologie und Humanisierung der Arbeit").

C. Ausstieg der Umweltschutzverbände aus der ZKBS nach erfolgter Novellierung des Gentechnikgesetzes. Grund für das Verlassen dieses Kontrollgremiums waren die weitgehende Nichtberücksichtigung der Forderungen des Umweltschutzes bei der Neufassung des Gesetzes und bezüglich besserer Rahmenbedingungen für die Mitarbeit in der ZKBS. Man wollte keine Alibifunktion übernehmen.

III. Bereich Gesellschaft / Öffentlichkeit

Generelle Tendenz: Sogenannte "Ethik-Institute" schießen wie Pilze aus dem Boden. Nachdem Kritikergruppen nicht bereit waren, Feigenblattfunktion für manche Anwendergruppen zu übernehmen, errichtet die Gentechnologie-Lobby nun den "bio-ethischen Überbau" für ihre Technologie kurzerhand selbst. Für den Laien wird die Bewertung "ethischer Argumentationen" damit zukünftig sicher nicht einfacher.

Beispiele

A. Juni 1993: Der erste ernsthafte Versuch einer beteiligungsorientierten Technikfolgenabschätzung (bez. Freisetzungsversuche gentechnisch veränderter Pflanzen) durch Kritiker und Anwender, der am Wissenschaftszentrum für Sozialforschung in Berlin angesiedelt war, scheitert. Gruppen wie BUND (Bund für Umwelt- und Naturschutz), Öko-Institut, AGÖL (Arbeitsgemeinschaft ökologische Landwirtschaft), BUKO, PAN (Pestizid-Aktions-Netzwerk) u.a. treten aus der Runde aus. Anspruch dieser erstmals partizipativen TA war es, Technikfolgenabschätzung (=TA) und -bewertung dialogisch, ergebnisoffen und nach-

vollziehbar durchzuführen. Tatsächlich wurden jedoch im TA-Zeitraum Freisetzungsvorhaben transgener Pflanzen betrieben. Hierzu jedoch wurden von Anwenderseite her weder freiwillig Informationen in das TA-Verfahren eingespeist geschweige denn darüber diskutiert.

B. 28.1.1994: Gründung des Zentrums für Wissenschaft und Ethik durch Uni Bonn, Uni-GH Essen, Forschungszentrum Jülich und dt. Forschungsanstalt für Luft- und Raumfahrttechnik. Finanziert wird dieses Institut aus Mitteln des Bundesforschungsministeriums, der dt. Forschungsgemeinschaft, Stiftungen der Großindustrie u.a. Seine Aufgaben bestehen darin, Antworten auf die Frage der sogenannten "Bioethik" im Sinne von Urteilsfindung nach Prinzipien der Nützlichkeit und Güterabwägung zu finden. Die in erster Linie mit dieser Aufgabe befassten Wissenschaftler (!) sollen die selbst gestellte Frage nach der "Natürlichkeit der Natur und der Zumutbarkeit von Risiken" beantworten. Geschaffen werden soll damit die Rechtfertigung für das, was man momentan ohnehin schon in vielen Bereichen alltäglich praktiziert. Ferner gelten als Ziele die Schaffung von Akzeptanz für die neuen Technologien und möglicherweise die "planvolle Vernichtung ethisch fundierter Gegenargumente kritischer Verbände".

C. Institut für Technik, Theologie und Naturwissenschaft in Bayern. Dieses ist der evangelischen Fakultät der Uni München angegliedert. Gründervater und Vorsitzender ist Ernst-Ludwig Winnacker, Chef des Max-Planck-Instituts in Martinsried bei München, Vizepräsident der dt. Forschungsgemeinschaft, Präsident der Gesellschaft für biologische Chemie, Berater des Bundesforschungsministers und des bayr. Ministerpräsidenten. Bekannt wurde er als vehementer Verfechter der Gentechnologie und eifriger Anmelder von Patenten für gentechnologische Innovationen - hier zumeist Seite an Seite mit der Fa. Hoechst AG.

D. Seit Anfang 1992 ist bei der Bundesapothekerkammer/Arzneimittelkommission eine sogenannte Ethik-Kommission angesiedelt, deren Aufgabe es sein soll, die BAK in allen Fragen fachgerecht und unabhängig (?) zu beraten, die mit

der Entwicklung, Herstellung, dem Vertrieb und der Anwendung von gentechnisch hergestellten Arzneimitteln verbunden sind. Bei der personellen Zusammensetzung der Kommission ist mir allerdings nicht klar, wie Beratungen zur Ethik in den angegebenen Bereichen aussehen könnten!

IV. Bereich Lebensmittel und Bedarfsgegenstände

Generelle Tendenz: Es kommt zur weiteren Ausweitung der möglichen Einsatzgebiete für gentechnologische Verfahren. Beim Verbraucher zeigt sich gemäß Umfragen eine zunehmende Boykottbereitschaft für "neuartige Lebensmittel". Dem wollen Industrie und manche Politikerkreise vorbeugen und eine Kennzeichnungspflicht für gentechnologisch hergestellte Produkte verhindern.

Beispiele

A. Die EG-Richtlinie zu "Novel Food" (Neuartige Lebensmittel) wird nun seit fast 2 Jahren diskutiert und ist immer noch nicht verabschiedet. Anfang 1995 rechnet man mittlerweile damit. Wie die rechtsgültige Fassung letztendlich aussehen wird, ist nach wie vor unklar. Während das EG-Parlament die meisten Forderungen von Verbraucher- und Umweltschutzverbänden weitgehend umsetzen will (z.B. Kennzeichnungspflicht, Öffentlichkeitsbeteiligung bei Genehmigungsverfahren, keine Vereinfachung des Zulassungsverfahrens etc.), spricht sich die EG-Kommission mit Herrn Bangemann weitgehend für freie Märkte und offene Grenzen (für die Industrie) aus. Tatsache ist, daß bis zur Verabschiedung der Richtlinie gentechnisch hergestellte Lebensmittel unter (antiquiertes!) Lebensmittelrecht fallen und i.d.R. keinem nachträglichen Zulassungs- und Genehmigungsverfahren nach (Erlass der) EG-Richtlinie Novel Food unterzogen werden müssen. Damit ist der freie Markt jetzt schon Realität! Für Allergiker wird es damit u.U. noch schwieriger.

Zitat M. Bangemann: "Eine Kennzeichnungspflicht würde nur zu einer unnötigen Verwirrung der Verbraucher führen!" Anmerkung: Im Kosmetik-

bereich und bei neu zugelassenen Arzneimitteln ist die nahezu vollständige Deklaration aus Gründen des Verbraucherschutzes (---> Allergiker) heute bereits anerkannter Standard. Auch gentechnisch hergestellte Arzneimittel sind als solche zu kennzeichnen.

B. In der Zwischenzeit distanzieren sich verschiedene Gruppen vom "Gen-Fraß" z.B. ökologische Anbauverbände, Reformhäuser, Dachverband der Naturkostladner, Gewerkschaft Nahrung - Genuß - Gaststätten, Verbraucherverbände, US-Eliteköche. Die EG dagegen läßt in sogenannten EG-Bio-Produkten ausdrücklich die Verwendung gentechnisch veränderter Zutaten zu (Also evtl. Vorsicht vor Produkten mit dem sogenannten "EG-BIO-Siegel!").

C. Der deutsche Verbraucher lehnt gemäß Umfragen (z.B. Zeitschrift Essen + Trinken) überwiegend GT-Nahrung ab. Seine Akzeptanz gegenüber der Gentechnologie ist im Bereich Ernährung eindeutig am geringsten, weil diese Verfahren i.d.R. nie zu einer Verbesserung der Qualität, lediglich von Aussehen und Lagerfähigkeit führen (z.B. Antimatschtomate).

D. Der Tabak für die Zigaretten der Firma Seita (---> Gauloises) soll künftig auch aus gentechnisch veränderten Pflanzen (Herbizidresistenz gegen Bromoxynyl) stammen. Die Firma dementiert dies, während beim BGA bereits (über die Europäische Union) der Genehmigungsantrag zur Prüfung vorliegt. Ob Rauchen dadurch noch gesünder wird?!?

E. Wasch- und Reinigungsmittel: Laut Auskunft des Industrieverbands Körperpflege und Waschmittel stecken zur Zeit (Stand 8/93) bereits in 90 % der Waschpulver gentechnisch hergestellte Enzyme. Während eine diesbezügliche Kennzeichnung (im Sinne des Verbraucherschutzes z.B. für Allergiker) nicht praktiziert wird, läuft die werbemäßige Ausschlichtung des Modoslogans "biologisch abbaubar" auch für diese Produkte. In der Schweiz formiert sich Widerstand in Form des "Basler Appells", während hierzulande derzeit ein Dialog zwischen dem Öko-Institut und der Industrie (z.B. zu neuen Kriterien bei der Vergabe des blauen Engels) stattfindet.

V. Bereich Patentierung

Generelle Tendenz: Die Golgräberstimmung hält an. Während Tag für Tag mehr und mehr Tier- und Pflanzenarten aussterben, steigen zur gleichen Zeit die Werte der Einlagen in den Genbanken der Großkonzerne. Damit auch für Patente, die man für gentechnologische Innovationen - auch mit diesem Genmaterial - zu beantragen hofft. Dabei werden frühere EG-politische Vereinbarungen (z.B. zur Nicht-Patentierbarkeit von Lebewesen) durch das europäische Patentamt ignoriert, der Widerstand der Öffentlichkeit nimmt zwar gleichzeitig zu, vermag jedoch kaum etwas zu bewirken.

Beispiel

A. Die Bundesregierung will die Ausweitung des Patentschutzes auf Pflanzen, Tiere (und jeweils deren Gene) sowie auf Gene der Gattung Mensch. Dies kommt in ihrer bisherigen Haltung zur geplanten EG-Richtlinie "Rechtlicher Schutz biotechnologischer Erfindungen" zum Ausdruck.

B. "3.Welt": Während George Bush beim Rio-Gipfel seine Unterschrift unter das Artenschutzabkommen verweigert, streben die GATT-Verhandlungen 1993 eine Ausdehnung des Patentrechts nach europäischem bzw. amerikanischem Vorbild für die ganze Welt an. Damit soll der Erwerb von weitgehenden Eigentumsrechten an Bakterien, Pflanzen und Tieren gesichert werden.

Vorreiter in diesem Bereich ist der amerikanische Pharmariese Merck, der sich bereits vor 1992 im sogenannten "Costa-Rica-Deal" für 1 Million US \$ u.a. die patentrelevanten Vermarktungsrechte über den Regenwald dieses mittelamerikanischen Landes sicherte. Der Kolonialismus der Zukunft war spätestens damit geboren.

C. Am 13.5.1992 erging der Patenterteilungsbeschluss des europ. Patentamts für die "Krebsmaus". Demgegenüber steht der Inhalt des europäischen Patentgesetzes ("Europäische Patente werden nicht erteilt fürTierarten"). Der Anfang 1993 auch vom VDPP mitgetragene Einspruch der Kampagne "Kein Patent auf Leben" liegt

derzeit noch beim EPA (= Europäisches Patentamt).

D. Seit dem 1.12.1993 läuft durch dieselbe Gruppe eine Einspruchsaktion gegen das beantragte Patent der Fa. Hoechst auf alle BASTA (= Totalherbizid)-resistenten Nutzpflanzen. UnterstützerInnen werden noch gesucht (Kontaktadresse: Kampagne "Kein Patent auf Leben", Frohschammerstrasse 14, 80807 München). Hauptkritikpunkte für den Einsatz solcher Pflanzen sind z.B. die damit verbundene weitere Steigerung der intensiven Landwirtschaft mit den bekannten Problemen (verstärkter Einsatz von Dünge- und Pflanzenschutzmitteln, verstärkte Abhängigkeit der Landwirte von Saatgut- und Chemiemultis, Verschwinden traditioneller Landwirtschaft und Einschränkung genetischer Vielfalt / alter Landrassen etc.). Ebenso bleibt die Frage nach Rückständen (auch von Abbauprodukten) in Boden, Grundwasser sowie nach evtl. toxischen Stoffwechselprodukten der gentechnisch veränderten Pflanze in daraus gewonnenen Nahrungsmitteln offen.

VI. Bereich Landwirtschaft / Freisetzungsversuche

Generelle Tendenz: Nach erfolgter Verfahrenserleichterung für Freisetzen durch Deregulierung des Gentechnikgesetzes werden verstärkt Anträge (v.a. der Industrie) auf Freisetzung gentechnisch veränderter Nutzpflanzen gestellt. Während in früheren Anhörungsverfahren lediglich "wissenschaftliches Interesse" als Motivationsgrund seitens der Antragsteller angeführt wurde, bekennt man sich mittlerweile immer mehr zu ökonomischen Zielen. Das Unbehagen weiter Teile der Bevölkerung ist nach wie vor vorhanden, kann sich jedoch seit 1.1.1994 durch den Wegfall der Einrichtung "Anhörungstermin" nicht mehr in Erörterungen und Diskussionen mit Antragstellern und Genehmigungsinstanzen artikulieren.

Beispiele

A. Stellung des Antrags auf Freisetzung von (BASTA-) Totalherbizidresistentem Mais und Raps

an 4 verschiedenen Orten in Deutschland (Gersthofen bei Augsburg/Wörrstadt/Gersten/ Friemar):

Im Januar 1994 gründeten Hoechst und Schering die gemeinsame Tochter AGREVO GmbH. Ergebnis dieses Schachzugs ist die Neuauflage des bereits früher gestellten Antrags auf Freisetzung, der nun aber nach dem neuen Gentechnikgesetz, also ohne öffentlichen Anhörungstermin, bearbeitet wird. Dieses Instrumentarium war angeblich gemäß Angaben des AGREVO-Chefs Waitz ohnehin nur "ein Schaukampf, der Steuergelder verschlang". Anmerkung: Für den Laien bleibt die Frage, warum solche Anhörungsverfahren früher nicht durch den Antragsteller zu bezahlen waren. Die damalige Kostenverordnung wirkt in diesem Fall unverständlich.

Bis zum 11. April sind Einwendungen gegen die geplanten Freisetzungsvorhaben in schriftlicher Form beim BGA möglich.

B. Ebenfalls beantragt wurde durch die TU München ein Freisetzungsvorhaben mit gentechnisch veränderten Rüben (Versuchsfelder Nähe Fürstfeldbruck bei München). Getestet werden soll auch hier die BASTA-Resistenz. Der Versuch läuft als Sicherheitsforschung und soll bis 1996 abgeschlossen sein. 1996 läuft auch das Patent der Firma Hoechst auf das Totalherbizid BASTA ab (Bis dahin erhofft man, sich durch Patente auf Basta-resistente Nutzpflanzen neue Märkte zu erschließen). Die Mittel für die Durchführung des Freisetzungsvorhabens stammen z.T. aus Beteiligungen des Freistaates Bayerns an der DASA. Der sogenannte Stiftungsbeirat wählt für die Vergabe solcher Mittel förderungswürdige Projekte aus. In ihm sitzen Firmen wie BMW, Siemens, DASA und HOECHST.

VII. Bereich Pharmazie / Medizin

Generelle Tendenz: Nach wie vor werden große Hoffnungen auf die Entwicklung fehlender Medikamente für bestimmte Krankheiten gesetzt. Der Fall L-Tryptophan ist immer noch ungeklärt. Das BGA äußert sich kritisch zu bestimmten Vorhaben in der EG.

Beispiele

A. Immer häufiger kommt es zur Publikation von Artikeln zur Gentechnologie in PZ / DAZ.

B. Die Firmen Schering (Patentinhaber / Zulassungsinhaber in USA) und Boehringer / Thomae (möglicherweise Hersteller) verbinden große marktwirtschaftliche Hoffnungen mit dem In Verkehr bringen eines GT-Arzneimittels gegen multiple Sklerose.

C. Fall L-Tryptophan - EMS - Syndrom:

Das BGA verlängerte das Ruhen der Zulassung bis 1996.

Laut Auskunft der FDA (= Food and drug administration, US-Behörde, vergleichbar dem BGA) vom Sommer 1993 ist immer noch unklar, ob das Auftreten der Fälle von Eosinophilie-Toten in Zusammenhang mit der gentechnologischen Herstellung der Aminosäure L-Tryptophan steht. Der beschuldigte Konzern Showa Denko zeigt offenbar bisher recht wenig Interesse an der neutralen Aufdeckung der Ursache und ist nicht bereit, genaue Auskünfte zur verwendeten Herstellungsart zu liefern.

D. Im Oktober 1993 wird von der EG-Kommission der Tollwut-Lebendimpfstoff Raboral V-RG der Firma Rhone Merieux zur Freigabe für den Verkehr empfohlen. Er durchläuft wegen seiner Anwendungsweise ein Zulassungsverfahren gemäß den EG-Richtlinien für die Freisetzung und ein EG-Arzneimittelzulassungsverfahren. Im März 1994 soll der Ausschuss für Tierarzneimittel in Brüssel entscheiden. Das ins Verfahren involvierte BGA / Paul-Ehrlich-Institut erhebt seinen Einwand.

Es liegen vor allem folgende Bedenken vor:

- Die Basis des Impfstoffes sind genmanipulierte Pockenviren des wohl nebenwirkungsreichsten Stammes "Kopenhagen". Neben Ekzemen und großflächigen Hautausschlägen kann es auch zu Gehirnentzündungen kommen, die lt. Auskunft des Virologen Dr. Czerny in 30% der Fälle tödlich verlaufen können.

- Der Austausch genetischen Materials zwischen Impfviren und anderen natürlich vorkommenden Viren ist nicht ausgeschlossen.
- Es besteht eine mögliche Übertragungsgefahr des Virus auf den Menschen durch Haustiere und deren Speichel (Katzen, Hunde fressen häufig ausgelegte Impfköder). Gefährdet sind nach dem Auslauf der Pockenimpfpflicht v.a. jüngere (ohne Impfung) und ältere Menschen mit geschwächtem Immunsystem, Aidskranke, Allergiker. Das Zulassungsverfahren läuft derzeit noch. Nach Auskunft von Experten besteht derzeit überhaupt kein Bedarf für einen derartigen Impfstoff, da der herkömmlich produzierte Tollwutimpfstoff (der Impfstoffwerke Dessau) sehr effektiv ist und nicht die oben aufgezeigten Risiken birgt.

Zudem schreibt z.B. die Monographie des DAB 10 zum "Tollwut-Lebendimpfstoff für Füchse" für die Auswahl des Impfstoffstammes vor:

"... unter natürlichen und experimentellen Bedingungen darf sich der Virusstamm bei wildlebenden Nagetieren nicht von einem Tier auf das andere ausbreiten."

Anzuführen ist in diesem Zusammenhang auch der Fall eines Katzenbesitzers aus Lüdenscheid, welcher 1990 wahrscheinlich nach einer Infektion (über das Haustier Katze) an einem kuhpocken-ähnlichen Virus verstarb.

Abschließend möchte ich mich bei allen Interessierten für das Durchlesen des umfangreichen Artikels bedanken.

Mancher mag sich die Frage stellen, was unser Beruf mit Freisetzung, Novel Food etc. zu tun hat?

Meiner Ansicht nach sind wir als Heilberufler auch mit Krankheitserscheinungen aus steigenden Umweltbelastungen (z.B. Herbizide, Allergene, Rückstände in Lebensmitteln etc.) befasst. Effektive Umweltmedizin sollte an den Wurzeln ansetzen und keine Symptome behandeln.

Was den Bereich von Patenten angeht, sehe ich unseren Anspruch als Verein demokratischer PharmazeutInnen sowie die Aussagen unseres Programms z.B. zu Versuchen mit der lebenden Kreatur.

Ebenso wie der Wegfall von öffentlichen Erörterungsterminen bei Freisetzungsvorhaben kann uns eigentlich auch der immer weitergehende Ausschluß der Öffentlichkeit bei anderen Verfahren, z.B. in der "Ethikdebatte", nicht egal sein.

Apotheken-Geschäftspartnern wie der Firma Hoechst AG, die nahezu in allen Anwendungsfeldern der Gentechnologie stark engagiert sind, sollten wir meiner Ansicht nach dann und wann auf die Finger schauen und sie gegebenenfalls an - für unser aller Gesundheit wichtige - ökologische Vorsätze erinnern. Wer zur gleichen Zeit Geschäfte mit Arzneimitteln und gesundheits-schädlichen sonstigen Produkten (Herbizide etc.) bzw. Herstellungsverfahren macht, wird schnell unglaubwürdig.

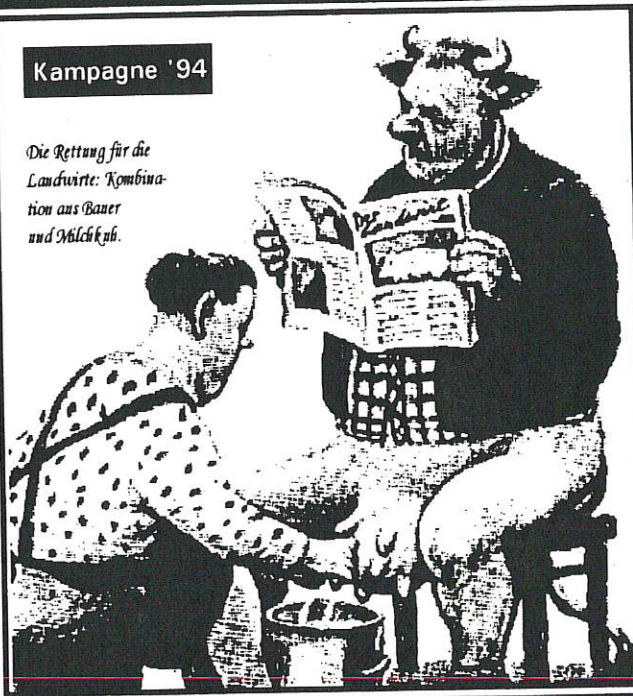
Für Rückfragen und weitere Informationen:

Eugen Eschenlohr, Fischbacherstrasse 23,
88436 Eberhardzell

BAYER-GENTECHNIK. NEIN DANKE!

Kampagne '94

*Die Rettung für die
Landwirte: Kombina-
tion aus Bauer
und Milchkuh.*



Schaf als Bioreaktor. Menschliches Gen
produziert Pharmaka. Menschenversuche.
Gen-Viren für Bluter. ... Gendiktatur.

**Besitzen Sie BAYER-Aktien?
Wollen Sie mitarbeiten?**

Dann wenden Sie sich mit uns gegen eine skrupellose
Konzernpolitik auf der BAYER-Hauptversammlung am 27.
April 1994 in Köln. Übertragen Sie bitte Ihr Stimmrecht an
die Kritischen BAYER-AktionärInnen, Postfach 15 02 34 in
40079 Düsseldorf oder rufen Sie uns an: 0211 / 2611363

Udo Puteanus

Bausteine für eine Soziale Pharmazie in Europa

**VDPP-Studienreise nach Holland und
Belgien**

Ein Besuch bei unseren westlichen Nachbarn lohnt sich. In Belgien und in den Niederlanden läßt sich erkennen, wie der Gedanke einer sozialen Pharmazie umgesetzt werden kann - für die Patienten und für eine befriedigende Berufsausübung in Apotheken. Einfache Rezepte gibt es jedoch nicht; denn in jedem Land haben die KollegInnen ihren eigenen Weg gefunden. Und diesen werden sie auch in Zukunft weiter verfolgen, sofern die europäische Gesetzgebung dies zuläßt. Den Teilnehmern dieser Reise wurde bewußt, daß von den Nachbarn viel gelernt werden kann, daß aber letztlich in Deutschland ein eigener Weg zu einer sozialen Pharmazie gefunden werden muß. Schmerzlich wurde aber auch deutlich, welche Chancen mit der Vereinigung Deutschlands vertan wurden. Denn einige Ansätze der DDR-Pharmazie, die bei unseren Nachbarn hohes Ansehen genoß, wurden hier verwirklicht. Im folgenden können nur erste Eindrücke geschildert werden, bevor im nächsten Rundbrief ausführlich über die Reise berichtet wird.

Es war eine in jeder Hinsicht geglückte Reise: eine hervorragende Organisation, eine homogene Gruppe, außerordentliche Gastfreundschaft, spannende Begegnungen und interessante Themen. Und wer es bisher noch nicht wußte: der soziale Gedanke in der Pharmazie lebt! In einigen Ländern Europas sind bereits manche Ideen verwirklicht, von denen wir in Deutschland nur träumen können. Und es wird auch an der Zukunft gearbeitet: für ein Europa, das die rechtlichen Voraussetzungen für das Überleben der sozialen Apotheken ermöglicht; und für einen Berufsstand, der in allen Ländern den Mut aufbringt, soziale Experimente zuzulassen.

In Belgien, wo die Idee der sozialen Apotheken bereits eine lange Tradition hat, versucht man den besonderen Charakter der sozialen Apotheken durch günstige Preise für Arzneimittel hervorzuheben. Gemäß dem Slogan "die beste medizinische Versorgung zu den günstigsten Preisen" wird hier versucht, die Kunden/Patienten durch Rabattgewährung zu überzeugen und an die Apotheken zu binden. Mehrere hundert Apotheken sind genossenschaftlich miteinander verbunden und können über günstige Einkaufskonditionen die gewährten Rabatte erwirtschaften. Die Kunden/Patienten erhalten am Ende eines Jahres augenblicklich 10% der bezahlten Beträge zurück. Aus Konkurrenzgründen mußten inzwischen private Apotheken nachziehen; auch sie gewähren nun die Rabatte.

Ein weiteres Argument für eine soziale Apotheke nach belgischem Muster: die Mitarbeiter, ApothekerInnen und Assistenten, werden durch die Zentrale in Brüssel ständig geschult und zur Fortbildung angeregt. Neben einer größeren Motivation der Beschäftigten (übrigens auch durch eine höhere Entlohnung) soll eine bessere Betreuung der Kunden/Patienten erreicht werden.

Doch bleiben einige Fragen: Reichen die Möglichkeiten des genossenschaftlichen Modells, den Arzneimittelkonsum - speziell im Bereich der Selbstmedikation - rational zu gestalten und unnötige Ausgaben zu verhindern? Gewährleisten die Strukturen der belgischen sozialen Apotheken eine befriedigende Berufsausübung der Apothekenangestellten? Fördert das belgische Modell

die Bemühungen und das Engagement für eine Optimierung der Arzneimittelversorgung? Die Vertreter der sozialen Apotheken sind von den Vorteilen ihres System jedenfalls überzeugt.

Die Wirtschaftskraft der Genossenschaft machte es sogar möglich, das belgische Modell zu exportieren. In Rußland und Tschechien existieren bereits die ersten sozialen Apotheken. Und eine weitere Expansion ist geplant.

In den Niederlanden verfolgte man einen anderen Weg. Der Wunsch, profitunabhängig und befreit von wirtschaftlichen Zwängen für die Patienten zu arbeiten, führte vor ca. 15 Jahren eine Gruppe von KollegInnen zusammen. Sie fanden eine rechtliche Form, ihre Ideen in Gesundheitszentren und in der Form einer Stiftung sehr weitgehend umzusetzen. Die Apothekenleiter wirtschaften in diesen Apotheken nicht in die eigene Tasche, sondern in einen gemeinsamen Fond, aus dem Aktionen zum Wohle der Patienten bezahlt werden können.

Die für die Niederlande typischen Besonderheiten des Apotheken- und Arzneimittelwesens machten dies möglich: eine hohe Qualität der Ausbildung, eine freiwillig gelenkte Niederlassungsfreiheit, wenig Selbstmedikation über die Apotheken (dafür aber umso mehr über Drogerien), die Konzentration auf die wesentlichen (schulmedizinischen) Arzneimittel und die den Niederländern typische Offenheit für Experimente. Nicht zuletzt die praktische Herangehensweise an die Umsetzung von Ideen - eine Eigenschaft, die unseren sozial Engagierten vielleicht etwas fehlt - machte es den niederländischen KollegInnen möglich, ein Modell der sozialen Apotheke zu schaffen, das Bewunderung hervorruft. Hier existieren tatsächlich Apotheken, die in Zusammenarbeit mit den

Ärzten für eine optimale Arzneimittelversorgung sorgen, die in der Bevölkerung eine hohe Anerkennung genießen und die sogar von der übrigen Apothekerschaft aufmerksam und inzwischen mit Wohlwollen beobachtet werden.

Einen kleinen Einblick in die europäische Problematik der sozialen Apotheken brachte das Gespräch mit einem Vertreter des Europäischen Verbandes der sozialen Apotheken. Neben Belgien und den Niederlanden existieren auch in der Schweiz, in Italien, Portugal, Frankreich und in Großbritannien soziale Apotheken, die dem Verband angeschlossen sind. Andeutungsweise wurde in dem Gespräch deutlich, welche Gefahren, aber auch welche Möglichkeiten die europäische Gesetzgebung bietet. Ob man es will oder nicht: die Entwicklungen in Brüssel werden über kurz oder lang ihren Einfluß auf die deutsche Apothekengesetzgebung haben. Deutsche soziale Apotheken könnten in Zukunft (wieder) möglich sein, allein der Zeitpunkt ist noch völlig unklar.

Bei all den interessanten Aspekten dieser Reise - eines ist besonders deutlich geworden: jedes Land hat seine eigene Kultur und jede soziale Apotheke wurzelt fest in der besonderen Tradition des eigenen Landes. So müssen auch die deutschen Besonderheiten berücksichtigt werden, soll auch hier ein "Netzwerk soziale Pharmazie" aufgebaut werden. An diesem Netzwerk gilt es jetzt zu arbeiten. Der folgende Aufruf von Udo Ament soll dazu dienen und vor allem die Apothekenleiter des VDPP motivieren, die ersten Knoten des Netzwerkes zu knüpfen.

X
010**A U F R U F**
-----**AN ALLE APOTHEKENLEITERINNEN UND -LEITER
IM VDPP ZUR GRÜNDUNG EINES****ARBEITSKREISES APOTHEKEN IM VDPP**

Unsere Ziele:

- 1) Gründung der Keimzelle eines Netzwerkes von "VDPP-Apotheken"
- 2) Angleichung der täglichen Arbeit in der Praxis an die Positionen des VDPP (Beratung, Auswahl und Abgabe von Arzneimitteln)
- 3) Erarbeitung von gemeinsamem Informationsmaterial für Kunden und Patienten
- 4) (vielleicht einmal) korporativer Zusammenschluß unter einem Dachverband (Stiftung, Genossenschaft), um den Begriff "Soziale Apotheke" auch in Deutschland zum Leben zu erwecken.

Wir wollen diese Ziele schrittweise verwirklichen, und zwar durch Konsens, nicht durch Zwang.

Wir wollen aber auch keine lockere Talkrunde sein, sondern Ernst machen und unsere Überzeugungen auch in unserem täglichen Handeln kosequent umsetzen.

Dazu soll ein

T R E F F E N

stattfinden, und zwar voraussichtlich am

7 - 8. M A I I N K A S S E L

bei Ildiko und Michael.

Ausführliche Info (inhaltlich und organisatorisch) folgt.
Bitte anfordern bei mir (Udo Ament, Kontakt s.u.)

- Bin interessiert und möchte an dem Treffen teilnehmen
- Bin interessiert, kann leider nicht an dem Treffen teilnehmen
- Habe Bedenken / bin nicht interessiert (bitte kurz begründen warum)

Name _____ Apotheke _____

Anschrift _____ Telefon _____

X
010

KONTAKT:
UDO AMENT, ODENWALD-APOTHEKE, RINGSTR. 28, 74838 LIMBACH, TEL. 06287-1087

Befreiung von der Zuzahlung

Die seit Januar 1994 geltende Zuzahlungsregelung für Arzneimittel hat für Patientinnen und Patienten zu teilweise erheblichen Mehrkosten bei der Selbstbeteiligung (Rezeptgebühr) geführt. Insbesondere ältere Menschen und chronisch Kranke werden durch diese Erhöhung finanziell stark belastet.

Was viele nicht wissen:

Für einen relativ großen Personenkreis gibt es die Möglichkeit, sich von der Rezeptzuzahlung (3, 5, 7 DM) befreien zu lassen: entweder vollständig (Sozialklausel) oder teilweise (Überforderungsklausel).

1) Vollständige Befreiung (Sozialklausel)

Von allen Zuzahlungen - mit Ausnahme der Krankenhausbehandlung, der kieferorthopädischen Behandlung, u.ä. - befreit sind Bezieher von Sozialhilfe, Kriegsoferfürsorge, Arbeitslosenhilfe sowie Bafög-Empfänger. Diese Befreiungen sind in der Regel den betroffenen Personen bekannt. Für viele andere ist die vom Familienbruttoeinkommen abhängige Befreiung wichtig.

Anhand der nebenstehenden Zahlen können Sie abschätzen, ob eine Befreiung für Sie in Frage kommt.

Die Befreiungsmöglichkeit lohnt sich nicht nur wegen der jetzt erheblich höheren Rezeptzuzahlung, sondern z.B. auch in Verbindung mit der Erstattung von Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Taxi oder dem eigenen PKW. Auch von der Zuzahlung bei Krankengymnastik oder Massagen sind Kranke aus diesem Bereich ganz befreit. Hierzu ist aber in jedem Falle ein individueller Antrag bei der jeweiligen Krankenkasse zu stellen, über den dann ein zeitlich befristeter Befreiungsbescheid ausgestellt wird.

Alleinstehende	1568 DM
Verheiratete	2156 DM
Verheiratete mit 1 Kind	2548 DM
Verheiratete mit 2 Kindern	2940 DM
Verheiratete mit 3 Kindern	3332 DM
und f. jedes weitere Familienmitglied	392 DM

Tabelle 1: Monatliches Bruttoeinkommen, bis zu dem eine vollständige Befreiung von der Arzneimittel-Zuzahlung möglich ist.

2) Teilweise Befreiung (Überforderungsklausel)

Liegen die Voraussetzungen für eine vollständige Befreiung nicht vor, sind dennoch Zuzahlungen nicht unbegrenzt zu leisten.

Um insbesondere chronisch Kranke vor einer finanziellen Überbelastung zu schützen, hat der Gesetzgeber für die Zuzahlung bei Zahnersatz, Arznei- und Verbandmitteln, Massagen und Krankengymnastik sowie notwendige Fahrtkosten eine nach den individuellen Einkommensverhältnissen zu ermittelnde Belastungshöchstgrenze festgelegt (s. Tab. 2).

Bis zu den Beträgen in Tabelle 2 müssen Sie 2 Prozent Ihres Jahresbruttoeinkommens selbst tragen. Darüber hinausgehende Zuzahlungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie die notwendigen Fahrtkosten werden am Jahresende auf Antrag von der Krankenkasse erstattet.

Beispiele

Alleinerziehende Mutter mit einem Kind, monatliches Bruttoeinkommen 1800 DM:

Sie sollte bei ihrer Krankenkasse sofort einen Antrag auf vollständige Befreiung stellen, da sie unter den Grenzwerten der Tabelle 1 liegt (1568 DM + 392 DM = 1860 DM).

Ein Ehepaar bezieht eine Rente von insgesamt 2500 DM im Monat:

Eine vollständige Befreiung ist nicht möglich, da der Grenzwert in Tab.1 (DM 2156) überschritten wird. Sie brauchen im Kalenderjahr jedoch nicht mehr als 2 Prozent ihres Einkommens (12 x 2500 DM = 30000 DM, davon 2 % = 600 DM) selbst zu tragen. Der darüber hinausgehende Betrag wird auf Antrag am Jahresende von der Krankenkasse erstattet.

Fazit

Machen Sie von Ihrem Recht auf Befreiung Gebrauch! Sie stellt kein soziales Almosen dar, wie Sie schon aufgrund der monatlichen Einkommensgrenzen ersehen können. Gehen Sie zu Ihrer Krankenkasse und lassen Sie sich ausführlich beraten, denn eine endgültige und rechtsverbindliche Auskunft kann Ihnen nur dort gegeben werden.

Wir helfen Ihnen bei Fragen - soweit es uns möglich ist - selbstverständlich gerne weiter. Bitte haben Sie aber Verständnis, wenn es durch die zunehmende Bürokratie auch einmal etwas länger in der Apotheke dauert. Wir hoffen, daß wir trotz vermehrten Zeitaufwands für Verwaltungstätigkeiten nach wie vor unserem ursprünglichem Ziel, nämlich für Ihre Gesundheit da zu sein, gerecht werden können.

	Alte Länder	Neue Länder
Alleinstehende	68.400 DM	53.100 DM
Verheiratete oder Alleinerziehende mit 1 Kind	75.456 DM	58.644 DM
Verheiratete mit 1 Kind	80.160 DM	62.340 DM
Verheiratete mit 2 Kindern	84.864 DM	66.036 DM

Tabelle 2: Familienjahresbruttoeinkommen, bis zu dem Versicherte nicht mehr als 2 % ihres Bruttoeinkommens für Arznei-, Verband-, Heilmittel und Fahrtkosten zuzahlen müssen.

V.i.S.d.P. Sylvia Gabelmann, Franz Kirchner, c/o Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, Grindelallee 182, 20144 Hamburg

Hamburger Apothekerverein als Genossenschaft zum Aufkauf überzähliger Apotheken

Ulrike Kappler

Eine gute Idee? Oder lieber doch nicht?

Wer wäre bereit sich einer solchen Genossenschaft anzuschließen, vielleicht um unliebsame Konkurrenten aufzukaufen und somit den eigenen Umsatz zu mehren? Oder wer ließe sich gerne mit einer entsprechenden Ablösesumme von seinem GSG-gebeutelten Apothekenbesitzernentum erlösen, um endlich einem erfreulicherem Berufe nachzugehen oder in den ersehnten vorzeitigen Ruhestand abzutauchen?

Es gibt ihn nicht diesen Verein, aber es gab ihn. Errichtet am 11. Januar 1819. Anlaß zur Gründung des Vereins gab der § 58 der in Hamburg 1818 erlassenen Medizinalordnung:

"Da eine vieljährige Erfahrung gelehrt hat, daß eine zu große Zahl von Apotheken mit vielen Nachteilen für das gemeine Beste verbunden ist, und da das Beispiel anderer großer Städte beweist, daß die Zahl von 24 Apotheken nicht allein nach dem Bedürfnisse und der Volkszahl hinreichen, sondern, daß auch diese allhier bestehen

können, so soll allmählig die Zahl der Apotheken (es waren damals mehr als 50, U.K.) auf diese Summe herabgerechnet werden; und wird dem Gesundheitsrat nach vorheriger Visitation sämtlicher Apotheken und Berichterstattung aufgegeben, Vorschläge darüber zu machen, wie diese Reduktion am leichtesten und nützlichsten und am kürzesten im Laufe der Zeit zu beschaffen ist".

Trotz der Befürchtungen seitens des Gesundheitsrates, daß das Bekanntwerden organisierter Apothekenkäufe zu einer unmäßigen Preissteigerung führen würde, die die Käufer abschrecken müsse, was sich auch allzubald als richtig erwies, bildeten am 11. Januar 1819 30 hamburgische Apotheker *"eine Gesellschaft, welche"* - so hieß es in der Präambel der Satzung *"die Verminderung der hießigen Officinen durch die uns als Privat-Personen erlaubten Mittel zum Gegenstande hat."*

Im folgenden kurzgefaßt einige Paragraphen der Satzung:

§ 1 Jeder Apotheker, dessen Offizin nicht bei der ersten amtlichen Visitation, wie es die Medizinalordnung vorsah, als *"gänzlich verwerflich"* bezeichnet worden war, konnte Mitglied werden.

§ 2 Jedes Mitglied hatte eine Grundeinlage von 1500 Mark Courant zu leisten.

§ 4 bestimmte, daß jedes Mitglied, das seine Apotheke zu verkaufen beabsichtigte, diese zuerst dem Verein anzubieten habe. Bei Verkauf an Dritte, mußte eine Konventionalstrafe von 5000 Mark Courant an den Verein gezahlt werden.

§ 7 versicherte, daß der Verein im Falle, daß ein Mitglied die Apotheke eines Nichtmitgliedes erwerben wolle, keinesfalls als Preistreiber auftreten werde. Allerdings müsse der Käufer seine eigene Apotheke unter Schadensersatzzahlung von 5000 Mark Courant eingehen lassen. Dafür trete der Verein wegen der nun doppelt vorhandenen Gerätschaften als Helfer auf.

§ 8 Demjenigen, der gewillt war seine hamburgische Stadtapotheke aufzugeben, um in einem

Vorort eine neue zu errichten, wurde weitgehende Unterstützung zugesagt. Der Verein wollte die aufgegebene Apotheke abnehmen und stellte die Gewährung von Zuschüssen und Beitragserleichterungen in Aussicht. Jede aufgekaufte Apotheke müsse aufgelöst werden. Sollte die Zahl der vorhandenen Apotheken unter 24 absinken, dürfe keine mehr aufgekauft werden.

Schon 1824 wurden die Statuten neu gefaßt. Man war sich seiner Sache nicht mehr so sicher wie vor sechs Jahren - schließt Rudolf Schmitz in seiner Geschichte der Hamburger Apotheken. Ab jetzt durften alle hamburgischen Apotheker Mitglied werden, die Einlage wurde auf 2500 Mark Courant heraufgesetzt, die Konventionalstrafe bei Verkauf an Dritte erhöhte sich auf 10.000 Mark Courant.

Am 13. Juni 1826 verpflichteten sich alle Mitglieder, bis auf zwei, ihre Beiträge von bisher 100 Mark Courant jährlich auf 150 Mark Courant zu erhöhen. Die Einlage stieg von 2500 auf 7500 Mark Courant.

Was schon in der Präambel der ersten Vereinsatzung zu lesen war, bewahrheitete sich: *"so ist doch voraus zu sehn, daß bei den mancherlei zu nehmenden Rücksichten auf erworbene Rechte und sonstige Verhältnisse, diese Reduktion vielen Schwierigkeiten unterworfen und in jedem Fall nur sehr langsam auszuführen sein wird (...), auch mit einiger Aufopferung..."*.

Die Deckung des finanziellen Bedarfs wurde zunehmend schwieriger.

Schließlich konnten die vorhandenen Möglichkeiten, überzählige Apotheken aufzukaufen, nicht mehr voll ausgeschöpft werden. Eine weitere Kapitalsteigerung hätte die Zahlungsfähigkeit einzelner Mitglieder überstiegen, man beschränkte sich sehr bei Apothekenkäufen. Versuche, Kapitalvorschüsse aus öffentlichen Mitteln bewilligt zu bekommen, scheiterten am Veto des Gesundheitsrates. Obwohl staatlicherseits durch die Medizinalordnung die Reduktion der Apotheken gesetzlich vorgeschrieben war, vermied es der Senat, irgendwelche Verpflichtungen zur Erreichung dieses Zieles einzugehen. In einem Schreiben des Senats vom 28. Juni 1868 an den

Kanzler des Norddeutschen Bundes heißt es sogar, daß sich der Geschäftsbetrieb der einzelnen Apotheken trotz bedeutender Verminderung der Apothekenzahl nicht gehoben habe. Der Gesundheitsrat sah in der Verlegung städtischer Apotheken auf das Landgebiet eine wirksamere Hilfe. Ein Überblick über die Gesamttätigkeit des Vereins zeigt, daß von 1819 bis 1860 14 Apotheken liquidiert wurden und der Kapitalaufwand für die Apothekenkäufe ins Unermeßliche stieg:

	Kapitalaufwand [Mark Cr.]
1818 Apotheke Rosenstraße	600
1819 Apotheke Wassertwiete	2000
1820 Apotheke Alter Steinweg	6500
1820 Apotheke Kajen bzw. Mühlenbrücke	7500
1820 Apotheke Kohlhöfen	8000
1821 Apotheke Schaarsteinweg	15000
1824 Apotheke am Gänsemarkt	28000
1824 Apotheke Meißberg	27000
1826 Apotheke Zuchthausstr.	32000
1830 Apotheke Neustädter Neustr.	35000
1844 Apotheke Bohnenstr.	50000
1856 Apotheke Teiffeld	32500
1856 Apotheke Deichstr.	25000
1860 Apotheke Niedernstr.	45000

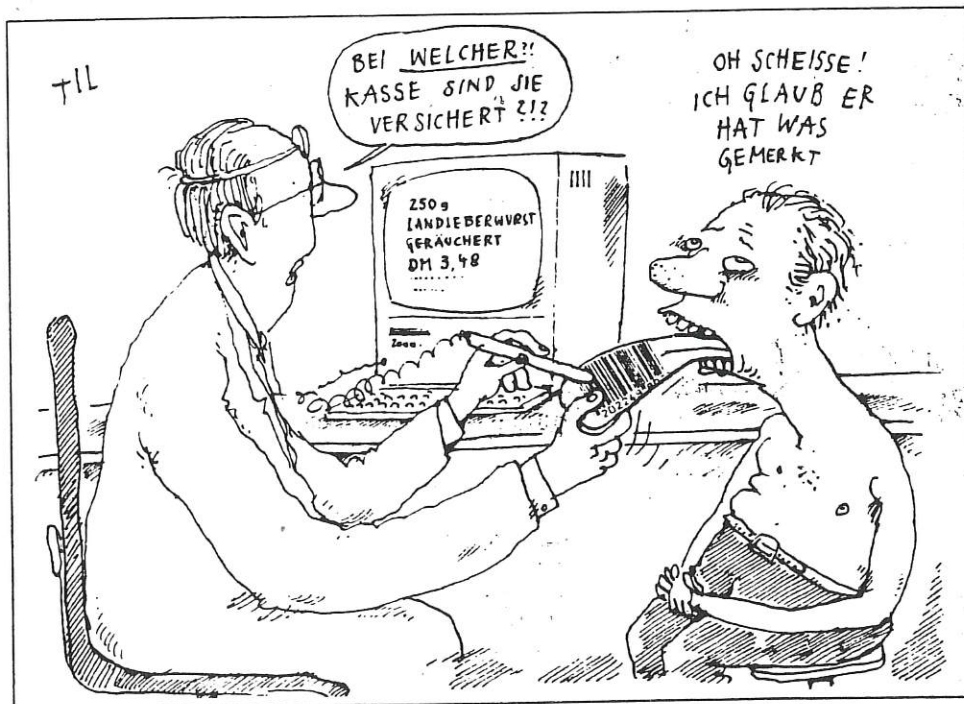
Der Ankauf der drei letztgenannten Apotheken konnte nicht mehr aus den Vereinsbeiträgen getätigt werden, hier waren Sonderbeiträge einzelner Mitglieder notwendig, die je nachdem, wie der Einzelne von dem Aufkauf profitierte, unterschiedlich hoch ausfielen und zum Teil nicht voll oder sogar überhaupt nicht gezahlt wurden.

Doch konnten bereits 1885 fast sämtliche Verpflichtungen abgetragen werden, da einzelne Mitglieder ihren jährlichen Beitrag nochmals freiwillig um 50 Mark Courant erhöhten. Bei der Schlußbilanz des Vereins stellte sich sogar nur ein geringes Defizit heraus, zu dessen Deckung am 13. Mai 1886 ein Garantiefonds gebildet wurde.

Eine ordnungsgemäße Auflösung des Apothekervereins von 1819 ist niemals erfolgt; er geriet in Vergessenheit. Von dem Rest des Vereinskapitals kauften später C.A. Jungclaussen und G. Matheides, der eine noch fehlende Restsumme hinzulegte, zwei hamburgische Prämienlose, deren Auslosungssumme - sie entsprach dem Einsatz - dem im Entstehen begriffenen Verband nordwestdeutscher Apotheker übergeben wurde.

Aus der Geschichte soll mensch lernen. Was lernen wir aus diesem Stück Apothekengeschichte? Gründe keinen Verein zum Aufkauf deines Nächsten, denn das wird teuer. Aufkaufenlassen, keine schlechte Idee, doch wo sitzen die Geldgeber? Also, was bleibt? Lose kaufen und hoffentlich gleich beim ersten Mal gewinnen.

Quelle: Rudolf Schmitz: Geschichte der Hamburger Apotheken 1818-1965. (= Quellen und Studien zur Geschichte der Pharmazie, Band 7)



Ute Meyerdirks-Wüthrich

Die fragwürdige Operation

Buchbesprechung

Cutler, W. B./Minker, M.
**Die fragwürdige Operation - Was Frauen vor
 und nach einer Gebärmutterentfernung wissen
 sollten.**
Kreuz Verlag, 27,80

Ein solches Buch, von einer kompetenten Frau für andere Frauen geschrieben, war schon lange überfällig - und füllt endlich eine Informationslücke für alle diejenigen Frauen, die sich mit ihren Fragen und Ängsten vor einer solchen Operation bislang noch mehr oder weniger allein gelassen fühlten. Es hilft denjenigen Frauen, denen ihr Arzt/ihre Ärztin zu einem solchen Eingriff rät, das für und wider besser abzuwägen und selbst über ihre Gesundheit mitzuentcheiden. Und es liefert ihnen zahlreiche Ratschläge, wie sie ihren Körper und ihre Seele vor und nach der Operation stärken können, falls sich der Eingriff als unumgänglich herausstellen sollte.

(...) Das betrifft nicht nur die körperliche sondern auch die seelische Seite eines solchen schwerwiegenden Eingriffs, der ja stets auch für die Psyche sehr einschneidend sein kann. Viele haben Angst vor dem Danach: Sind sie dann noch "ganz Frau"? Wie wird ihr Partner darauf reagieren? Wie wird sich die Operation auf ihr Sexualleben, auf ihre Körperlichkeit, auf ihre Gemütslage auswirken - mit einem Wort, auf ihre Weiblichkeit? (...) Psychosomatische Zusammenhänge von Erkrankungen und Beschwerden aufzuspüren und ihnen nachzugehen ist nicht immer einfach. Damit kann jedoch die Krankheit, die zur Gebärmutteroperation führte bzw. führen soll, auch als ein Chance erlebt werden: Die Chance, ein neues Selbstwertgefühl zu entwickeln.

(aus dem Vorwort von Margaret Minker)

Das vorliegende Buch bietet viele Informationen und Stoff für Diskussionen. Warum ist die Gynäkologie immer noch fest in Männerhänden - und ebenso Forschung und Lehre an den Universitäten? Ich denke, daß so manche Lehrmeinung auf dem Boden von Frauenfeindlichkeit - bewußt oder unbewußt - gediehen ist.

FachärztInnen für Gynäkologie haben in der BRD die meisten Belegbetten und Belegbetten sollen belegt sein - oder? Es geht mal wieder ums Geld! AssistenzärztInnen müssen während ihrer Ausbildungszeit 30 Hysterektomien selbständig durchgeführt haben - was ist, wenn dieser Druck verleitet?

Weiter Bücher zum Thema:

Schindele, Eva, Pfusch an der Frau. Krankmachende Normen - Überflüssige Operationen - lukrative Geschäfte
 Verlag Rasch und Röhrig, 36,-
 (Ein ganz wichtiges Buch !)

Ehret-Wagener, Barbara / Stratenwerth, Irene / Richter, Karin (Hg.), Gebärmutter - das überflüssige Organ
 Rororo, 14,80

SIEMENS-Kampagne gestartet!

Wichtige Mitteilung

über Siemens-Ausstiegshilfe

Ärztinnen und Ärzte in der IPPNW werden solange keine medizinischen Produkte des Siemens-Konzerns kaufen, bis Siemens auf die Entwicklung und den Bau von Atomkraftwerken verzichtet und die Plutoniumverarbeitung aufgibt.

SIEMENS kennen wir als Hersteller guter Medizintechnik. Was hat SIEMENS mit Atomkraftwerken zu tun?

SIEMENS

... war an der Errichtung aller 20 laufenden Atomkraftwerke in Deutschland maßgeblich beteiligt.

... verarbeitet Plutonium (Brennelementefabrik Hanau)

... plant den neuen „Europäischen Druckwasserreaktor“ (baureif 1998)

SIEMENS Umsatzanteile

1983	Atomtechnik	20 %
1993	Atomtechnik	2 %

Das Geschäft soll wieder intensiviert werden: „Für den Exportmarkt entwickeln wir ... mit französischen Framatom ... einen gemeinsamen Reaktor.“ (Geschäftsbericht '90)

Es ist ein modifiziertes Modell der letzten Konvoi-Anlage. Eine Kernschmelze soll auf die Anlage begrenzt bleiben, so daß keine Katastrophenpläne notwendig sind. Was bisher über das neue Sicherheitskonzept bekannt ist, ist in der ernstzunehmenden Fachwelt äußerst umstritten.

Der neue Reaktor von SIEMENS wird seit Jahren zielbewußt geplant.

Drehbuch für den neuen Reaktor:

Jan. 90 SIEMENS-Ankündigung: Neuer Reaktor geplant

Sept. 92 BMFT-Arbeitskreis „Zukunft der Kernenergie“ schlägt vor, mit atomkritischen gesellschaftlichen Gruppen Gespräche aufzunehmen, um die Akzeptanz der Atomenergie zu verbessern.

Nov. 92 RWE, VEBA und SPD initiieren die „Konsensgespräche“. Tauschvorschlag:

Aufgabe Gorleben gegen „Option“ für einen neuen Reaktor.

Nov. 93 Scheitern der „Konsensgespräche“.

Chronologie der Kampagne:

September 1992: Beschluß der IPPNW-Mitgliederversammlung in Potsdam ... **Oktober 1992:** Bildung der IPPNW-Arbeitsgruppe „SIEMENS-Kampagne“. Juristische Vorkehrungen ... **Mai 1993:** Schriftliche Ankündigung der Kampagne an SIEMENS, erstmalige öffentliche Ankündigung auf dem Kongreß „Atomenergie am Ende“ ... **Juni 1993:** Gespräch IPPNW mit Siemens-Aufsichtsratsvorsitzenden in München ... **November 1993:** Offizieller Start der Kampagne gemeinsam mit dem BUND. 70 Anti-Atom-Gruppen starten ebenfalls.

Gesetzesvorlage der Bundesregierung: „Artikelgesetz“: Kohlepfennig nur, wenn neuer Reaktor erlaubt wird.

SIEMENS 1993 Umsatzanteile

Atomtechnik	2 %
Medizintechnik	10 %

Dieser Sachverhalt zeigt, daß SIEMENS zur Zeit auf die Atomtechnik verzichten könnte – damit können wir Mediziner als Kunden auf die Siemensgeschäftspolitik Einfluß nehmen. Wir Ärztinnen und Ärzte werden deshalb den berufsspezifischen Bereich bei Siemens ansprechen. Steht keine Investition direkt an, so reicht schon eine Absichtserklärung, daß bei zukünftigen Investitionen aus genannten Gründen kein medizinisches Siemensgerät angeschafft wird. Es geht nicht um Staubsauger – das machen andere Initiativen.

Gute Gründe für den Erfolg der SIEMENS-Kampagne sind:

- Ein konkretes Ziel: Kein neuer Atomreaktor
- Geringe Akzeptanz der Atomenergie in der Bevölkerung
- Umsatz im Atomgeschäft bei Siemens nur noch 2 %
- „Atomfirma“ ist ein schlechtes Image
- Ärztinnen und Ärzte sind einflußreiche Kunden bei SIEMENS
- Siemens hat die Alternativen zur Atomenergie im eigenen Haus („Mit unserem vollständigen Spektrum an Energieerzeugungstechnologien ...“ (Geschäftsbericht '91) Die Kampagne ist während der langen Vorlaufzeit juristisch ständig intensiv überprüft und begleitet worden.

Ein „Boycottaufruf“ gegen ein Wirtschaftsunternehmen ist rechtlich zulässig.

Voraussetzungen:

- Die geschäftliche Konkurrenz darf nicht aufrufen.
- Alle Tatsachenbehauptungen müssen beweisbar sein.
- Eine soziale Abhängigkeit darf nicht ausgenutzt werden, z. B. Arzt-Patient!

Als Ärzte dürfen wir, wie jeder andere Bürger auch, in Diskussionen und Veranstaltungen

Wer nicht aufhören will, muß fühlen.



Wer nicht aufhören will, muß fühlen. Wer nicht aufhören will, muß fühlen. Wer nicht aufhören will, muß fühlen.

gen zur Unterstützung der Kampagne aufordern.

Nur in der Praxis bzw. im Krankenhaus dürfen wir das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht ausnutzen: dort keine beeinflussenden Gespräche und kein „Siemens-Ausstiegshilfe“-Material auslegen!!!

Wie kann ich am Erfolg der SIEMENS-Kampagne mitwirken?

- Meine Kaufentscheidungen bzw. Einflußmöglichkeiten überdenken.
- Der IPPNW meinen Entschluß schnell mitteilen (z. B. Postkarte)
- SIEMENS über meine Entscheidung unterrichten.
- Kolleginnen und Kollegen über die SIEMENS-Kampagne informieren.
- Die Kampagne der IPPNW mit einer großzügigen Spende unterstützen.

Die Vorstellung der Kampagne beim Regionaltreffen der IPPNW in Mainz (Jan. 94) wurde sehr gut aufgenommen und mit konstruktiven Ideen bereichert. Die begeisterte Zustimmung läßt auf eine erfolgreiche Kampagne schließen.

In Kürze erhalten Sie ein Anschreiben mit Informationen zu dieser Kampagne und eine Postkarte zur raschen Rücksendung (siehe auch Karte in der Mitte dieses Heftes). Die Karte ist sehr wichtig, um die erfolgreiche Entwicklung zu dokumentieren. Vergessen Sie nicht SIEMENS zu informieren! Die zahlreiche Post von uns wird im Konzern nicht ohne Wirkung bleiben. Jeder Unterstützer und Spender der Kampagne erhält alle drei Monate ein Faltblatt mit Informationen zum Thema und über den Stand der Aktion.

Ziel der Kampagne ist:

SIEMENS beim Umsteigen behilflich zu sein. Denn SIEMENS hat die ganze Palette der nicht atomaren Energietechnik (Gasturbinen, Windgeneratoren, Solarzellen) unter einem Dach!

Das Material für die „SIEMENS-Ausstiegshilfe“ fordern Sie bitte in der Geschäftsstelle in Berlin an (siehe Karte in der Mitte dieses Heftes). Das Spendenkonto ist: IPPNW – Stichwort: Siemens-Ausstiegshilfe; Konto-Nr. 600 150 47, BLZ 665 500 70, Sparkasse Rastatt-Gernsbach.

Zur künftigen Positionierung der Apotheker

PZ. »Erfolgreich in die Zukunft« ist das Konzept für die Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung unter verantwortlichem Mitwirken der Apothekerschaft überschrieben, das die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände am 30. November 1993 der Mitgliederversammlung in Frankfurt zur Diskussion vorgelegt hat. Der Wortlaut.

Präambel

Die Apotheker wollen zur Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung einen zukunftsweisenden Beitrag leisten. Sie berücksichtigen dabei die veränderte Gesundheitslandschaft sowie die Notwendigkeit durchgreifender Reformen zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Der sozioökonomische Nutzen der Apotheke im gewandelten Gesundheitswesen der Zukunft leitet sich aus folgenden Faktoren ab:

○ Die Apotheken erfüllen dank ihrer flächendeckenden bürgernahen Versorgungsstruktur und ihrer hochqualifizierten Beratungsmöglichkeiten in optimaler Weise den Auftrag für eine risikoarme kontinuierliche Arzneimittelversorgung der Bevölkerung.

○ Der Apotheker als freier Heilberuf ist zugleich der einzige Beruf mit einem vollständigen spezialisierten Fachwissen über alle Fragen um das Arzneimittel.

○ Die Arzneimittelversorgung über die Apotheke erfolgt zu einem optimalen Kosten/Nutzen-Verhältnis, insbesondere wenn künftig verstärkt pharmazeutischer Sachverstand auch zur Optimierung der Arzneimitteltherapie einfließen kann.

○ Die notwendige Neudefinition des Leistungsrechts der GKV führt künftig zu vermehrter Eigenverantwortlichkeit der Versicherten im Arzneimittelbereich. Die Entwicklung erfordert mehr denn je den Apotheker als unabhängigen Arzneimittelfachmann zum Schutz des Verbrauchers.

Die Apotheker setzen sich daher mit ethisch-sozialer Verpflichtung für eine optimale sowie fachkompetente Arzneimittelversorgung der Bevölkerung ein. Sie konzentrieren ihre Reformvorstellungen auf die Weiterentwicklung des Versorgungssystems mit Arzneimitteln. Garant für die zuverlässige flächendeckende Versorgung der Bevölkerung ist dabei der Erhalt des Apothekers als unabhängiger freier Heilberuf mit allen Rechten und Pflichten.

Die Apotheker befürworten eine durchgreifende Reform der gesetzlichen Krankenversicherung. Zum Erhalt der Finanzierbarkeit fordern sie eine Neudefinition des Leistungsrechts in eine solidarisch zu finanzierende Grundversorgung und eine darauf aufbauende risikoäquivalent kalkulierte Zusatzversicherung. Die Apotheker bieten ihre Mitwirkung an bei der Umstellung des solidarisch finanzierten Arzneimittelmarktes zur vermehrten Selbstmedikation unter Erhalt eines qualitativ hochwertigen und reichhaltigen Arzneimittelangebots. Sie bringen sich ferner ein in die Einrichtung zur Transparenz des Arzneimitteleinsatzes im Bereich der GKV, der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und pharmakologischen Beratung der Vertragsärzte sowie der Kontrolle der Arzneimittelausgaben der GKV.

Die Apotheker formulieren daher ihre Vorstellungen für eine zukünftige Arzneimittelversorgung sowie Gesundheitsvorsorge der Bevölkerung in den nachfolgenden Thesen.

Thesen

1. Qualität und Sicherheit durch Arzneimittelauswahl

Die Apotheker bieten an, durch die Mitwirkung bei der Auswahl bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln den Patienten eine qualitativ hochstehende Arzneimitteltherapie kostengünstig zu ermöglichen. Die Errichtung einer EDV-gestützten Qualitätsdatenbank sowie der Einsatz zeitgemäßer Informationsmedien führen zu einer Verbesserung der Arzneimittelsicherheit und der Beratungsqualität in der Apotheke.

Die Auswahl sollte durch regionale Kooperation zwischen Ärzten und Apothekern zur Klärung von Therapiefragen im Rahmen der Selbstverwaltung unterstützt werden.

Ein Arzneimittelpaß in Form einer freiwilligen Patientenchipkarte »Apo-Card« dokumentiert die Arzneimittelauswahl. Auf diese Weise kann auch die Selbstmedikation gegenüber dem Arzt dokumentiert werden. Dies ermöglicht neue Wege der Zusammenarbeit mit dem Arzt vor Ort und unterstützt wirksam die Forderung der Apotheker nach Qualitätszirkeln auf regionaler Ebene.

2. Optimierung der Arzneimitteltherapie durch apothekereigene Arzneimittelstatistik

Eine zu errichtende apothekereigene Institution für Statistik und Bewertung der Arzneimittel im Bereich der GKV erweitert die Grundlagen der Beratung von Arzt und Patienten. Die Aussagen dieser Institution fließen ein in gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse. Sie sollen ferner in einem gemeinsamen Ausschuß Apotheker/Krankenkassen auf der Basis eines Kooperationsvertrages beraten werden.

3. Optimierung der Arzneimitteltherapie durch »Pharmaceutical Care«

Eine umfassende pharmazeutische Betreuung und Beratung durch die Apotheken verbessert die Versorgung der Patienten über die reine Arzneimittelgabe hinaus. »Pharmaceutical Care« ist eine in die Zukunft gerichtete Dienstleistung des Apothekers mit dem Ziel der Optimierung von Akzeptanz, Wirksamkeit, Sicherheit und Qualität der Arzneimitteltherapie durch den Apotheker, der damit zur Minderung der Arzneimittelrisiken und zu einer patientenbezogenen Senkung der Behandlungskosten beiträgt. Um diese zukunftsweisende Aufgabe möglichst bald anzugehen, sind Modellversuche zügig zu beginnen und wissenschaftlich zu begleiten. An den Kosten der Modellversuche sollen sich die Krankenkassen als zukünftige Nutznießer der Forschungsergebnisse beteiligen.

4. Höhere Arzneimittelsicherheit durch den Vertriebsweg Apotheken

Einheitliche Vertriebswege für Arzneimittel sind ein Garant für eine dringend notwendige Arzneimittelsicherheit. Die Apotheker müssen hierzu in Verbindung mit dem Pharmagroßhandel neue verbindliche und überprüfbare Richtlinien und Qualitätsstandards entwickeln. Dazu ist es dringend erforderlich, daß eine weitere

Aushöhlung des Vertriebswegs Apotheke unterbleibt und durch Änderung des § 47 AMG alle Arzneimittel wieder in die Apotheke zurückgeführt werden. Ergänzt wird dies durch die Bereitschaft der Apotheker zur Chargen- und Patientendokumentation bei Risikoarzneimitteln. Ein weiterer Weg, um durch nachprüfbare Vertriebswege die Arzneimittelsicherheit zu erhöhen, ist die Einbindung des Apothekers in die Versorgungslogistik für ambulante Versorgungszentren und Praxiskliniken.

5. Sichere Selbstmedikation nur durch die Beratung des Apothekers

Die wachsende Bedeutung der Selbstmedikation ist eine Herausforderung, der sich die Apotheker im Rahmen ihrer Beratungsaktivitäten fachkompetent und verantwortungsbewußt stellen. Eine zukünftig engere Zusammenarbeit zwischen Apotheker und Arzt wird angestrebt. Die Risiken fehlgeleiteter oder riskanter Arzneimittelversorgung, zum Beispiel durch irreführende Arzneimittelwerbung, kann dabei in Zukunft nur durch eine Ausweitung der Apothekenpflicht vermieden werden. Dabei ist zu prüfen, ob nicht vermehrt Wirkstoffe aus der Verschreibungspflicht entlassen werden können. Die fachkundige Beratung des Apothekers, ergänzt durch eine sachgerechtere Freidosenregelung sowie Wiederholungsrezepte, führt dabei zu einer deutlichen Kostenentlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Wichtige und notwendige Voraussetzung hierzu ist die Information des Patienten über bestehende und neue Leistungsangebote in der Apotheke.

6. Bessere Gesundheitsvorsorge durch vermehrte Dienstleistungen der Apotheke

Die Apotheker unterstützen die eigenverantwortliche Prävention im lokalen Umfeld. Sie sind bereit, auf diesem gesundheitspolitisch wichtigen Gebiet eigene Aktivitäten zu entwickeln. Hierzu zählt die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, die Ernährungs- und Impfberatung sowie die Erbringung von Screeningleistungen, die dem Patienten schnell Auskunft über seinen Gesundheitszustand geben. Dabei muß die Kooperation mit den Ärzten gewährleistet bleiben, damit die Patienten rechtzeitig und konsequent in die ärztliche Versorgung übergeleitet werden können.

Der Not- und Nachtdienst ist eine selbstverständliche Dienstleistung des Apothekers. Im Rahmen von Modellversuchen sind zeitgemäße und bedarfsgerechte Organisationsformen zu entwickeln. Die mißbräuchliche Inanspruchnahme dieser Apothekenserviceleistung ist allerdings in geeigneter Weise zu verhindern.

7. Verstärkte Gesundheitsaufklärung der Bevölkerung durch die Apotheke

Die Apotheker werden in Zukunft verstärkt Informationsmaßnahmen in der Öffentlichkeit zur Aufklärung und Beratung der Patienten über Gesundheitsfragen durchführen. Sie erwarten dabei die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und den Ärzten sowie die gezielte Einbindung der Apotheke in öffentlichkeitswirksame Maßnahmen der pharmazeutischen Industrie.

Handlungskonsequenzen

Betriebswirtschaftliche Sicherung der Apotheke

Mit diesen Vorschlägen bieten die Apotheker ihre Bereitschaft an, beim Umbau des bestehenden Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung aktiv mitzuwirken. Sie wollen dazu beitragen, daß die solidarische Finanzierung der GKV weiterhin möglich ist und zugleich die Eigenverantwortung der Patienten gestärkt wird. Bei der zukünftigen Umstrukturierung des GKV-Arzneimittelmarktes sind die wirtschaftlichen Folgen eines Wegfalls des Kassenrabattes sowie sinnvolle Formen der Patientenzuzahlung zu berücksichtigen. Um die bisherige hochwertige Arzneimittelversorgung nicht zu gefährden, dürfen die neuen Aufgaben wirtschaftlich nicht zu Lasten der Apotheker gehen. Die kaufmännische Seite des Apothekerberufes muß durch eine betriebswirtschaftlich sinnvolle Preisfindung ökonomisch abgesichert werden. Durch eine ausreichende Handelsspanne müssen die notwendigen Beratungsleistungen der Apotheker honoriert werden. Die Arzneimittelpreisverordnung ist vom Grundsatz her geeignet, diesen Anforderungen gerecht zu werden. Sie bietet vor allem die Sicherheit zur Einhaltung des gesundheitspolitisch gewünschten einheitlichen Arzneimittelabgabepreises.

Eckpunkt 1: Eine Anpassung der Arzneimittelpreisverordnung an zu-

künftige Versorgungsstrukturen ist notwendig, damit zukünftig hochpreisige, innovative Arzneimittel kostengünstiger angeboten werden mit geringfügiger Mehrbelastung der niedrigpreisigen Marktsegmente.

Eckpunkt 2: Ein weiterer notwendiger Schritt ist die Aufnahme eines festbetragsgruppenspezifischen Festzuschlags bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln in die Arzneimittelpreisverordnung unter Berücksichtigung der sich nach deren Systematik ergebenden Roterträge. Auf diese Weise wird sichergestellt, daß die Kompetenz des Apothekers ökonomisch eingesetzt werden kann und die Unabhängigkeit gewährleistet wird.

Eckpunkt 3: Für Arzneimittel, die bisher nach § 47 AMG auch außerhalb der Apotheken abgegeben werden dürfen, aber auch für Arzneimittel zur prä- und poststationären Versorgung sowie beim ambulanten Operieren sollen mit den Gesetzlichen Krankenkassen gesonderte Zuschläge vereinbart werden. Marktrealisierbare Preise können der Umgehung des Vertriebsweges Apotheke entgegenwirken und leisten damit einen Beitrag zur Erhöhung der Arzneimittelsicherheit.

Eckpunkt 4: Für neu hinzukommende Dienstleistungen, aber auch für die Entlohnung des Nachtdienstes und der Rezepturherstellung sind neue Honorarmodelle zu entwickeln. Der verstärkte Einsatz des Apothekers muß leistungsgerecht entlohnt werden, da durch ihn den Krankenkassen und den Patienten deutliche Einsparungen entstehen.

Eckpunkt 5: Die Angebote der Apotheker setzen voraus, daß die universitäre Ausbildung des Apothekers auch in Zukunft erhalten bleibt. Nur eine zeitgemäße Ausbildung, wie sie in den 14 Thesen der Bundesapothekerkammer zur »Aktualisierung der Approbationsordnung« vorgeschlagen wird, kann sicherstellen, daß der Apotheker den Anforderungen auch in Zukunft gerecht werden wird.

Eckpunkt 6: Nur der Apotheker als unabhängiger, wissenschaftlich ausgebildeter und freier Heilberufler kann die anerkannt hohe Qualität der deutschen Arzneimittelversorgung unter sich erweiternden künftigen Anforderungen gewährleisten. Dabei ist sicherzustellen, daß die eigenständige und auf Einzelbesitz ausgerichtete Apotheke in Deutschland erhalten bleibt. □

Apotheker und Ärzte: Mit- oder gegeneinander?

Die Apotheker sind damit beschäftigt, sich neu zu »positionieren«. Sie tun dies nicht allein. Auch die anderen Anbieter im Gesundheitswesen, wie die Pharmazeutische Industrie und die Ärzte, sehen sich im Vorfeld der sogenannten 3. Stufe der Gesundheitsreform dazu gedrängt. Im Kampf um schmaler werdende Gewinne in unserem von Wettbewerb geprägten Gesellschaftssystem bedeutet sich »positionieren« immer auch, daß dieses auf Kosten anderer Mitbewerber geschieht.

Die derzeitigen Spannungen zwischen der organisierten Apotheker- und Ärzteschaft belegen das deutlich. Im Frühsommer 1993 entdeckte die ABDA die »Fremdbestimmung« des Apothekers durch »Dritte«. Mit einer alten wiederentdeckten Forderung (sie begegnete uns Mitte der 80er Jahre als »bayerisches« und »Frankfurter« Modell), sollte dies durchbrochen werden, nämlich, dem Apotheker die Auswahl des Arzneimittels zu überlassen, nachdem der Arzt Wirkstoff, Stärke und Menge vorgegeben hat.

Als die ABDA die Realisierung dieser Forderung auf dem Apothekertag 1993 – mit freundlicher Unterstützung des anwesenden Gesundheitsministers – fast zu einer Überlebensfrage machte, sich selbst zum alleinigen Arzneimittelfachmann der Republik erklärte und auch noch diverse gesundheitliche Dienstleistungen als typisch pharmazeutische Tätigkeitsfelder ausguckte, war es wieder einmal um die Ärzte geschehen. Die latent vorhandenen Spannungen zwischen den beiden Heilberufen entluden sich. (Schon auf dem Ärztetag von 1990 hatten sich die Mediziner veranlaßt gesehen, den Vorstand der Bundesärztekammer aufzufordern, »das Problem der Kompetenzausweitung der Apotheker zu verfolgen und Schritte dagegen zu unternehmen«). Die Ärzteschaft sah die Apotheker in ihrem Revier wildern und drohte nun ihrerseits mit der auch nicht eben neuen Forderung nach dem Dispensierrecht. Außerdem organisierte sie eine Kampagne gegen die im GRG und GSG längst eingeräumte Möglichkeit der Substitution durch den Apotheker (s. § 129 [1] Punkt 1 SGB V).

Fazit: Der Versuch der Apotheker, sich neu zu »positionieren«, geriet zur

Kriegserklärung gegenüber der Ärzteschaft (und der Pharmazeutischen Industrie, die sich jetzt durch den Apotheker unter Druck gesetzt fühlt). In dieser komplizierten Situation – zu deren Entstehung die ABDA einen wenig glücklichen Beitrag leistete – sollte jedem klar sein, daß die Apotheker als kleine Gruppe unter den Lobbyisten in einem Wettbewerb jeder gegen jeden schlechte Karten haben. Dies zwingt zur Suche nach Bündnispartnern. Daß sich hier vor allem die Ärzte anbieten, ist bei der engen Verzahnung beruflicher Aufgaben nahelegend. So scheint es auch die ABDA zu sehen, die den Wunsch nach Zusammenarbeit mit den Ärzten in ihrem Thesenpapier gleich mehrfach betont.

Will man diese Zusammenarbeit wirklich, so scheint mir zuvor eine (selbst-)kritische und nüchterne Einschätzung der zur Zeit vertretenen Positionen notwendig mit dem Ziel, die zwischen beiden Heilberufen andauernden Spannungen abzubauen. Dazu einige Anmerkungen:

1. zu dem bösen Wort von der »Fremdbestimmung«: Eine »Fremdbestimmung« des Apothekers gibt es nicht in dem von der ABDA gemeinten Sinn. Was da so genannt wird, ist allein die Folge einer sinnvollen Arbeitsteilung, nämlich die Delegation ursprünglich ärztlich wahrgenommener Aufgaben an einen anderen Berufsstand. Daß es den Apotheker gibt, weil es den Arzt gab, ist eine historische Tatsache, die die ABDA mit einer 750-Jahr-Feier als Geburtsstunde des Apothekerberufs würdigte. Der Begriff »Fremdbestimmung« muß auf die Ärzte wie eine Kampfansage wirken (Sinn macht die Kritik der »Fremdbestimmung« dann, wenn sie gesellschaftsbezogen gemeint ist – dann betrifft sie allerdings auch die Ärzte).

2. zum Alleinvertretungsanspruch: Der im Thesenpapier der ABDA dargestellte Alleinvertretungsanspruch in Sachen »Fachwissen über alle Fragen um das Arzneimittel« ist nicht nur anmaßend, er ist auch nicht gerechtfertigt (nicht einmal in der Theorie). Professor Junginger (Niederlande) empfahl den Delegierten des letzten Apothekertages, auch dem Arzt die Rolle des Arzneimittelfachmanns zuzubilligen. Sowenig wie die holländischen Kollegen von »Fremdbestimmung« reden, sowenig haben sie Probleme, die Ärzte als Arzneimittelfachleute zu akzeptieren (ein Grund mehr,

Das PZ-Forum steht allen Diskussionsbeiträgen und Informationen offen, die für Pharmazeuten von Interesse sind. Die Zuschriften sollten jedoch möglichst kurz und – zur Vermeidung von Übertragungsfehlern – maschinengeschrieben sein. Die PZ behält sich vor, Leserbriefe zu kürzen oder ganz abzulehnen. Auch geben die veröffentlichten Beiträge grundsätzlich nicht die Meinung der Redaktion wieder.

sich mit dem holländischen Apothekenwesen genauer zu befassen).

3. Zum Auswahlgebot als »Regelfall«: Dem Wunsch der Apotheker nach der »Mitwirkung« bei der Arzneimittelauswahl (zitiert nach dem Thesenpapier der ABDA) ist der Gesetzgeber schon längst nachgekommen im § 129 (1) Punkt 1 SGB V. Man tat es allerdings nicht mit dem Ausschließlichkeitsanspruch, wie er in dem vom Apothekertag angenommenen Antrag zum Auswahlgebot wiederzufinden ist. Damit weckte man schlafende Hunde und problematisierte eine schon lange in jeder Apotheke geübte Praxis (diese gilt immer dort, wo der Arzt ein Generikum ohne Angabe eines Herstellers verordnet). Nun hat das aufgehört, selbstverständlich zu sein. Mit einer Stempelkampagne »keine Substitution« vermittelten die Ärzte den Eindruck ohne Herstellerangabe würden ihre Kollegen auf Therapiefreiheit verzichten. Sie lieferten sich den Apothekern und deren allein vom ökonomischen Vorteil diktierten Entscheidungswillen aus.

Fazit: Mit dem Klagegedicht von der »Fremdbestimmung«, der Forderung nach alleiniger Auswahl des Arzneimittels und dem Alleinvertretungsanspruch vom Arzneimittelfachmann hat man es der Ärzteschaft sehr schwer gemacht, das Angebot zur Zusammenarbeit auch nur zu prüfen. Die Bereitschaft der ABDA, ökonomische Anreize bei der Arzneimittelauswahl zurückzuschrauben – zum Beispiel durch die Festzuschlagsregelung –, ist für den Abbau des Verdachts, nur in die eigene Tasche wirtschaften zu wollen, sicher hilfreich. Sie reicht aber nicht aus, um die Glaubwürdigkeit und Kompetenz des Apothekers in Arzneimittelfragen hinreichend zu belegen. Hier Abhilfe zu schaffen, also Mißtrauen abzubauen, die Angst der Profilierung des einen auf Kosten des

anderen zu nehmen, Vorteile in der Zusammenarbeit und Zuarbeit deutlich zu machen, das kann nur bedingt durch Absichtserklärungen der Standesspitze erreicht werden.

Hier liegt die Pflicht zur Überzeugungsarbeit »vor Ort« an der Basis. Der Arzt, der die Erfahrung macht, daß seine Patienten in der Apotheke gut beraten werden und er von »seinem« Apotheker nutzbringende praxisrelevante Tips und aktuelle Informationen erhält (über die praktischen Auswirkungen des Rahmenplans, zur Umsetzung der neuen BTM-Verordnungsregeln, zu von ihm bevorzugt verordneten Arzneimitteln), der lernt den apothekerlichen Rat schätzen, sucht ihn freiwillig. So entsteht ein kollegiales Klima, in dem dann auch über Zusammenarbeit, Arbeitsteilung und gegenseitige Unterstützung (auch im Bereich der Gesunderhaltung und Vorsorge) gesprochen werden kann.

Längerfristig müssen Wege der Zusammenarbeit gemeinsam gesucht werden – spätestens dann, wenn die von der offiziellen Gesundheitspolitik mit Macht geförderte Selbstmedikation den Laien zum »Selbstverordner« werden läßt (Seehofer erklärte erst im Oktober 1993, daß er alle nicht verschreibungspflichtigen Mittel aus dem Leistungskatalog der GKV streichen möchte).

Die von der ABDA vorgeschlagene »Apocard« als Dokumentation aller verordneten und selbstgekauften Arzneimittel könnte den für die Arzneimittelsicherheit dringenden Überblick schaffen, ließe Gefahren des Vielgebrauchs, der Unverträglichkeiten, der Wechsel- und Nebenwirkungen, des beginnenden Mißbrauchs rechtzeitig erkennen. Regionale Qualitätszirkel und Positivlisten könnten organisatorische Formen einer patientenorientierten Kooperation werden und vorhandene Mängel im richtigen Umgang mit Arzneimitteln abbauen.

Wie groß diese Mängel sind, machen folgende Zahlen deutlich:

- 50 Prozent aller Patienten wenden die verschriebenen Mittel gar nicht oder falsch an,
- 30 Prozent der verordneten Mittel führen aufgrund falscher Anwendung zu ernstesten Gesundheitsschäden,
- bis zu 20 Prozent der Krankenhaus-einweisungen gehen auf falsche Anwendung zurück,

○ jährlich landen Medikamente, die verordnet, aber nicht verbraucht wurden, in einem Wert von einer Milliarde DM auf dem Müll (siehe dazu PZ 47/93, Seite 15/16).

Solche Zahlen sind eine Herausforderung für beide Berufsgruppen, stellen sie ihnen und ihrer Beratungs- und Betreuungsarbeit doch ein Armutszeugnis aus! Solange wir allerdings zulassen,

○ daß die Pharmawerbung Apothekenschaukasten zumüllt (obgleich die ABDA die Werbung als »riskant und irreführend« tadelt),

○ daß medizinisch bedenkliche Arzneimittel mit unserer Hilfe die Hitliste anführen,

○ daß auf blödsinnigen Werbeveranstaltungen unserer Standesorganisationen Wahrsager, Wunderheiler, Pull-overfabrikanten, Marketing-Gurus und Heißblutproduzenten uns erzählen sollen, wo es lang geht,

○ daß wir unsere Beratungsverpflichtung – aus Zeitgründen (!) – den Kundenzeitungen überlassen (siehe Editorial PZ 47/93),

solange sind ärztliche Skepsis und Zurückhaltung gegenüber dem apothekerlichen Leistungsvermögen berechtigt (und bleiben es auch dort, wo man den Ärzten vergleichbare Versäumnisse vorhalten könnte). Einen Wettbewerb gegen die Ärzte werden wir mit Sicherheit verlieren, ein Wettbewerb mit ihnen ist unsere Chance.

Tun wir endlich, was wir dürfen, damit nicht andere dürfen, was wir können (frei nach Friese)!

Ingeborg Simon, Hewaldstraße 5,
10825 Berlin

Auf der Suche nach neuen Aufgaben

Unter dem Titel „Verbesserung der Arzneimittelversorgung - Mehr Verantwortung für die Apotheker“ hat die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, ABDA, ein Weiterentwicklungskonzept zur Arzneimittelversorgung und für die Gesundheitsvorsorge der Bevölkerung vorgelegt.

Es ist kein Geheimnis: Die Apotheker haben durch das Gesundheitsstrukturgesetz wirtschaftliche Einbußen hinnehmen müssen. Sie suchen neue Aufgaben im Gesundheitswesen, um durch erweiterten Apothekenservice Umsatzrückgänge zu kompensieren. Die neuen Eckpunkte des Konzeptes fordern deshalb eine vermehrte und intensive Beratungstätigkeit des Apothekers. „Apotheker als Barfußärzte“, so lauteten bereits die Schlagzeilen nach dem Apothekertag. Auch Gesundheitsminister Seehofer sprach sich für eine Kompetenzerweiterung des Apothekers im Gesundheitswesen aus.

Die Apotheker wollen nicht nur im präventiven Bereich stärker tätig werden. Nach dem Leitsatz einer „ethisch-sozialen Verpflichtung für eine optimale sowie fachkompetente Arzneimittelversorgung der Bevölkerung“ möchten sie auch bei der Arzneimittelverordnung und -therapie ein Wort mitreden.

Welche Forderungen der ABDA betreffen die Ärzteschaft?

Optimierung der Arzneimitteltherapie

Die Apotheker bieten an, durch die Auswahl wirkstoffgleicher Arzneimittel die Therapie ohne Qualitätsverlust preiswerter zu machen. Dazu soll das bisherige Substitutionsverbot in ein -gebot umgewandelt werden. Um daraus entstehende Einkommensverluste zu kompensieren, erhebt die ABDA die Forderung nach einem angemessenen Honorar für diesen Service.

Daneben sollen auf regionaler Ebene in einer Kooperation aus Apothekern und Ärzten Qualitätszirkel eingerichtet werden.

Das Ziel dieser Forderungen ist klar:

Eine örtliche Absprache darüber, welche Arzneimittel bei gängigen Indikationen eingesetzt werden sollen, bedeutet für den Apotheker

- weniger Lageraufwand

- hohe Rabatte bei
- zusätzlicher Honorierung der Arzneimittelauswahl unter dem Deckmantel der Qualitätssicherung.

Dieser Vorstoß der Apotheker ist gewagt, denn die Verordnung von Medikamenten ist Teil der Therapieverantwortung, die ausschließlich der Arzt übernimmt. Dem Arzt kann kein „regionaler Therapiestandard“ vorgeschrieben werden. Bei freier Apothekenwahl ist zudem nicht sichergestellt, daß der Patient auf Dauer mit dem gleichen Mittel versorgt wird (Complianceprobleme).

Pharmazeutische Beratung und Betreuung der Patienten

Es soll eine neue Apothekendienstleistung aufgebaut werden, die die patientenbezogenen Behandlungskosten senken soll. Durch die sogenannte „Pharmaceutical Care“ sollen die Akzeptanz, Sicherheit und Wirksamkeit der medikamentösen Behandlung gesteigert werden.

Die Apotheker beanspruchen mit dieser Forderung einen wesentlichen Aufgabenbereich der hausärztlichen Versorgung. Es wird nicht nur eine umfassende Dokumentation des Arzneimittelkonsums durch die Apotheker angestrebt, sondern auch eine patientenbezogene Erfassung von Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und Kontraindikationen. Die Frage nach Datenschutz der Patientendaten wird in dem Reformpapier ausgeklammert.

Der Einstieg in die patientenbezogene Arzneimitteldokumentation beinhaltet die Forderung nach einer - noch - freiwilligen „Apo-Card“, einer Chipkarte, auf der alle Arzneimittelverkäufe aus Verordnungen oder Selbstmedikation gespeichert werden sollen. Auf der vorgeschlagenen Basis dürfte eine solche Karte allerdings nur von fragwürdigem Nutzen sein, mangelnde Vollständigkeit könnte sogar zu therapeutischen Fehlschlüssen verleiten.

Selbstmedikation

Die Apotheker, so das Weiterentwicklungskonzept der ABDA, hätten sich der Ausweitung der Selbstmedikation zu stellen. Die Zunahme der Selbstmedikation sei eine Herausforderung, der die Apotheken mit kompetenter Beratung begegnen müssten.

Zusätzlich versprechen die Apotheker bei Einführung einer sachgerechten Freidosenregelung und der Zuverlässigkeit von Wiederholungsrezepten eine deutliche Kostenentlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine partnerschaftliche Kooperation zwischen Ärzten und Apothekern sei dafür unabdingbar. ►

Nach Ansicht der KBV ist es weder unter therapeutischen Gesichtspunkten noch unter dem Aspekt der Budgetverantwortlichkeit des Arztes zu rechtfertigen, daß der Apotheker, der ein wirtschaftliches Interesse am Verkauf hat, die Dauer einer ärztlich verordneten Arzneimitteltherapie bestimmt.

Gesundheitsaufklärung und Vorsorge

Diagnostisches Screening (trochemische Blut- und Urinuntersuchungen) sowie EDV-gestützte Impf- und Ernährungsberatung werden unter dem Schlagwort Prävention von den Apothekern angeboten.

Auch hier wird von den Apothekern die enge Kooperation mit den Ärzten und Krankenkassen beschworen. Doch ist nicht zu übersehen, daß in den letzten fünf Jahren erhebliche Anstrengungen in den Apotheken unternommen wurden, ein dichtes Beratungsnetz in Konkurrenz zu den Arztpraxen aufzubauen.

An dieser Stelle bedarf es dringend einer Definition der Schnittstelle Arzt/ Apotheker, um die Kompetenzen klar abzugrenzen und um unsachgemäße Behandlung durch Selbstmedikation zu vermeiden.

Verordnungsstatistiken

Ogleich es nach SGB V Aufgabe der KVen und der GKV ist, Statistiken zu Arzneiverordnungen zu führen und die Wirtschaftlichkeit zu bewerten, fordert die ABDA, ein eigenes Institut für Statistik und Bewertung der Arzneimitteltherapie in der GKV aufzubauen und einen Ausschuß Apotheker/ Krankenkassen zu gründen.

Die Erhebung und Dokumentation patientenbezogener Daten kann jedoch nicht Aufgabe Dritter sein, die ein wirtschaftliches Interesse an der Kenntnis dieser Daten haben.

Das ABDA-Papier ist ein Konzept zur Kompensation von Umsatzeinbußen der Apotheker. Eine Entlastung der GKV läßt sich auf diesem Weg nicht erreichen. Fiktiven Einsparungsmöglichkeiten bei den budgetrelevanten Arzneimittel-Ausgaben der GKV stehen kostenträchtige Forderungen gegenüber:

- Honorar für Serviceleistung „Arzneimittel-auswahl“
- Honorar für Serviceleistung „Pharmaceutical Care“
- Honorar für Serviceleistung „Gesundheitsvorsorge“
- Kostenschub im nicht budgetrelevanten

Bereich (Impfstoffe werden der Arzneimittelpreisverordnung unterstellt)

- Aufhebung des 5%igen Kassenrabatts für Arzneimittel.

Sinnvolle Ausgabenbegrenzungen im Arzneimittelbereich können dagegen die Ärzte anbieten:

Daten zum Arzneverordnungsprofil sind zu jedem gewünschten Zeitpunkt direkt in der Praxis abrufbar, sofern der Arzt mit EDV arbeitet. Ansonsten verpflichtet das GSG zur Datentransparenz via Apotheken und Krankenkassen. Die Pharmakotherapieberater bei den KVen stehen für eine Beratung der Vertragsärzte - kostenfrei für die GKV - zur Verfügung. ◀

Impressum

Herausgeber:

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln

Redaktion:

ens Kort

Druck und Verlag:

Deutscher Ärzte-Verlag, GmbH

Dieselstr. 2

0859 Köln

EU-Ministerrat für Patente

Am 16. Dezember 1993 wurde vom EU-Ministerrat in Brüssel ein gemeinsamer Standpunkt zur "Richtlinie des Rates über den rechtlichen Schutz biotechnologischer Erfindungen" verabschiedet.

Dieser gemeinsame Standpunkt sieht eine grundsätzliche Patentierbarkeit von Pflanzen und Tieren vor. Auch menschliche Gene, sowie die Gene von Pflanzen und Tieren sollen patentierbar werden. Im Sinne der Richtlinie sind alle Lebewesen lediglich "biologisches Material". Die Richtlinie muß das Europäische Parlament noch passieren.

Im Vorfeld dieser Entscheidung wurde bereits im GATT-Abkommen festgehalten, daß das Patentrecht nach dem Vorbild der Industrienationen auf alle Vertragsstaaten ausgedehnt werden soll. Außerdem beschloß der EU-Ministerrat am 26. Oktober 1993 im Schluß mit den USA, daß die Biodiversity-Konvention von Rio nur mit einer "interpretierenden Erklärung" verabschiedet werden soll, in der eine grundsätzliche Patentierbarkeit der genetischen Artenvielfalt festgeschrieben wird. Dadurch erhält der Beschluß vom 16. Dezember 1993 eine zusätzliche Dimension.

Die Entscheidung des EU-Ministerrates wurde getroffen, ohne das Ergebnis der politischen Meinungsbildung in den einzelnen EU-Ländern zu diesem Thema abzuwarten. In Deutschland soll zum Beispiel im Rechtsausschuß des Deut-

schen Bundestages eine Anhörung zu diesem Thema erst Anfang nächsten Jahres stattfinden, ein Antrag im Bundestag, der sich gegen Patente auf Lebewesen wendet, ist noch nicht entschieden.

Keine Rücksicht nahm man mit dieser Entscheidung auf den europaweiten Protest, den das Patent auf die sogenannte "Krebsmaus" ausgelöst hat und auf die Vorbehalte einiger EU-Mitgliedsstaaten wie zum Beispiel Dänemark. In einer kurzen Stellungnahme aus dem Büro der Kampagne "Kein Patent auf Leben" in München heißt es dazu, man müsse jetzt abwarten, wie sich das Europäische Parlament entscheide. Schon einmal, am 10. Februar 1993, habe sich das Parlament den Einsprüchen gegen das Patent auf die "Krebsmaus" angeschlossen. "Falls es beim Votum des Ministerrates bleibt, wird die belebte Natur, einschließlich des Menschen, zum Rohstofflager der industriellen Gentechnologie", befürchten die KritikerInnen. Folgende Punkte werden dabei besonders hervorgehoben:

- Tierversuche werden in Zukunft ausgeweitet mit dem Ziel, ein patentierbares Produkt, ein "Modelltier" zu entwickeln.
- Die Verwendung von gentechnisch manipulierten Pflanzen in der Landwirtschaft wird rasant zunehmen, da gentechnisch verändertes Saatgut durch den Patentschutz einen drastischen Wettbewerbsvorteil gegenüber den konventionellen Sorten erhält.
- Für die Konsumenten bedeutet das, daß das "Essen aus dem Genlabor" schon

sehr bald unausweichliche Realität werden wird.

- Die Artenvielfalt wird auf patentgeschützte Genbanken reduziert.
- Die ökologischen Risiken steigen in dem Maße, in dem ökonomische Interessen für die Gentechnologie zum bestimmenden Faktor werden.
- Menschliche Zellen und menschliche Gene werden zum Objekt industrieller Produktion. Letztes Beispiel dafür ist ein Patent auf Zellen des Immunsystems einer Guyami-Frau aus Panama, das gegen den ausdrücklichen Willen der Frau in den USA erteilt wurde.
- Ethische Vorbehalte gegen die Schöpfungsansprüche der Gentechnologen haben in dieser Entwicklung keinen Platz mehr.

Für die "Dritte Welt" könnten sich die Konsequenzen zunächst am deutlichsten auswirken. Vandana Shiva aus Indien, die 1993 mit dem alternativen Nobelpreis ausgezeichnet wurde, sagt dazu: "Die multinationalen Konzerne der nördlichen Hemisphäre versuchen, exclusive Rechte auf die genetischen Ressourcen der Pflanzenwelt und die Artenvielfalt der 'Dritten Welt' zu erhalten. Patente sind der Schlüssel zur endgültigen Besitznahme und Kontrolle der Ressourcen und Märkte in der 'Dritten Welt'."

**Pressemitteilung der
Koordination der Kampagne
"Kein Patent auf Leben" vom
20. Dezember 1993**

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg

Siehe Bayern

Bayern

Michaela Raasch
Birkenweg 14
85551 Kirchheim
Tel.: 089/347400

Berlin

Dr. Regina Schumann
Zimmermannstraße 17
12163 Berlin
Tel.: 030/7928251

Brandenburg

Peter Rhiemeier
Linden-Apotheke
Brandenburger Straße 158
14542 Werder/Havel
Tel.: 03327/40593

Bremen

Jutta Frommeyer
Igel Apotheke
Schwaneweder Straße 21
28779 Bremen
Tel.: 0421/605054

Hamburg

Gudrun Likus
Fleming-Apotheke
Grindelallee 182
20144 Hamburg
Tel.: 040/458768

Hessen

Franz Kirchner
Antoniterstr. 5
65929 Frankfurt-Hoechst
Tel.: 069/319545

Mecklenburg-Vorpommern

siehe Hamburg

Niedersachsen

Gabi Beisswanger
Pfeiffersweg 7
38442 Wolfsburg 12

Nordrhein-Westfalen

Volker Kluy
Wilhelm-Tell-Straße 13
40219 Düsseldorf
Tel.: 0211/3114172
0211/394256 (priv.)

Rheinland-Pfalz

siehe Hessen

Saarland

Edith Arweiler
Bernhardstraße 19
66763 Dillingen/Saar
Tel.: 06831/73463

Sachsen-Anhalt

siehe Niedersachsen

Sachsen

Dr. Christina Kasek
Kantstraße 12
04275 Leipzig

Schleswig-Holstein

siehe Hamburg

Thüringen

siehe Hessen