

VDPP - *Rundbrief*

6. Jahrgang, Nr. 26 / November 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

**Netz
-werk**

Inhalt

Christa Augustin: 3
Grüßworte des Vorstands

Netz-werk:

Gudrun Hahn: 4
Netzwerk: Apotheken im VDPP

Udo Ament: 6
Selbstverpflichtung

10 Fragen, die Ihnen helfen, 10
Medikamente vernünftig zu gebrauchen

Ingeborg Simon: 11
Apothekertag '94

Christl Trischler: 14
Kurzbericht vom
außerparlamentarischen Forum

Termine 16

Buchbesprechung

Bundesverband Satis (Hg.), 20
Über Leichen zum Examen?
(Thomas Hammer)

Neue Buchtips, Sammelbesprechung 21
(Ute Meyerdirks-Wüthrich)

Dokumentation

Spitzenverbände der Krankenkassen, 23
Solidarische Wettbewerbsordnung ...

Internationale Initiative gegen die geplante 25
Bioethik-Konvention,
Das Ethos der Wissenschaft

Apothek am Gesundheitszentrum, 19
Brief o. D.

VDPP-Statement zur 3. Stufe des GSG 15

Beilage

Rundbrief Sachregister 1989 - 1993

Editorial

(
Endlich wieder ein Titelbild!
Wie schön, wird mancher sagen,
war die Zeit, und wild!
als auch den Artikeln
noch Bilder beilagen.

Nun, es ist die Bildbeschaffung dabei das entscheidende Problem. In einer Buchbesprechung die Umschlaggestaltung ... wenn eine chemische Verbindung ein neues Medikament bestimmt ... Veranstaltungsplakate ... Pharma-Comics ... - alles Ideen zu Bildern! Der Ausschnitt aus einer so oder so gedruckten Liste z.B., der anschaulich macht, ob sie positiv oder negativ gemeint ist, wird auch zum Bild. Texte zu Bildern! - Die DAZ ist erbärmlich in ihren Fotos; Auflockerungen, die durch die Werbung hineinkommen, verärgern das kritische Publikum. Phantasie ist gefragt - und ein Fundus, aus dem geschöpft werden kann. Eine solche Mappe will ich anlegen und freue mich über Beiträge - von LeserInnen und AutorInnen.

Anm. des Setzers)

Artikel und Beiträge bitte wieder an:

Christa Augustin
Alsterdorfer Str. 18
22299 Hamburg
Tel. 040/476564

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

Titelbild: Ulf H. Thomas

Adresse: Fleming-Apothek, Grindelallee 182,
D-20144 Hamburg, Tel./Fax: 040/458768.

Bankverbindung: Postgiroamt Berlin,
BLZ 100 100 10, Kto. 200 47 - 105

Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt der/die AutorIn die volle Verantwortung.

Liebe Vereinsmitglieder, liebe am Verein Interessierte,

Wie der Fachpresse (DAZ) und Ingeborg Simons Artikel in diesem Rundbrief zu entnehmen ist, wurden auf dem diesjährigen Apothekertag in Düsseldorf die gesetzlichen Krankenkassen - nach der termingerechten Veröffentlichung ihrer in der Tat provozierenden Vorschläge zur Neuordnung der Arzneimittel-Distribution (siehe auch Seite 23) - endgültig zum "Hauptfeind der freiberuflich tätigen Apotheker" (I.S.) erklärt.

Nun ist es nicht gerade so, daß alle VDPP-Mitglieder die von der GKV gemachten Vorschläge begrüßen würden; nein es gab und gibt viele kontroverse Meinungen und heftige Diskussionen dazu und zum Verhalten der Krankenkassen überhaupt. Aber sieht man sich die Rundbriefe des letzten Jahres einmal an, so wird deutlich, daß der VDPP in der Auseinandersetzung um das Verhältnis zwischen Krankenkassen und ApothekerInnen, der sonstigen Apothekerschaft und der Standesführung vielleicht ein Stückchen voraus ist. Die Mitgliederzusammensetzung unseres Vereins (Selbständige, Angestellte in öffentlichen Apotheken, Krankenkassenapotheker u.a.) bietet dafür natürlich auch die optimale Voraussetzung.

Deswegen blicke ich auch voll Spannung auf das VDPP-Herbstseminar am kommenden Wochenende in Berlin. Die angekündigten Vorträge und zu erwartenden Diskussionen geben vielleicht den entscheidenden Anstoß, mit eigenen Ideen und Vorschlägen an die Öffentlichkeit zu treten. Das halte ich für umso wichtiger, als es sich dabei nicht bloß um eine Reaktion auf von der ABDA vorgegebene Positionen handelt (denen mit Gegenpositionen zu begegnen selbstverständlich auch wichtig ist), sondern um Vorstellungen zu einem (mehr oder weniger) selbst bestimmten Thema.

Dies trifft natürlich noch viel mehr auf das Konzept und die Verwirklichung des "Netzwerks Apotheken im VDPP", in das zur Zeit viel "Herzblut" der daran Beteiligten fließt und das, wenn es einer größeren Öffentlichkeit bekannt gemacht würde, sicherlich großes Aufsehen erregte. Zu überlegen ist dabei allerdings, ob es bei dem Namen "Netzwerk Apotheken Im VDPP" bleiben sollte. Die daraus ableitbare Abkürzung könnte Anlaß zu mitleidigem Lächeln bieten und womöglich vom Inhalt ablenken. Was spricht eigentlich gegen "Netzwerk Soziale Apotheken im VDPP"?

Für den Vorstand: Christa Augustin

Gudrun Hahn

Netzwerk: Apotheken im VDPP

Stand der Diskussion

Warum wir ein Netzwerk "Apotheken im VDPP" brauchen, hat Udo Ament im Rundbrief 24, Juni '94 (S. 34-38) ausführlich dargestellt. Die Argumentation hat die Leute auf der Mitgliederversammlung so überzeugt, daß noch im Juli ein erstes Arbeitstreffen in Kassel stattfinden konnte. Mittlerweile haben wir uns zum Apothekertag ein zweites Mal getroffen und es ist nun an der Zeit, die geführten Diskussionen zusammenzufassen und der Vereinsöffentlichkeit vorzustellen. Ich werde in meinem Bericht den Prozeß des Projekts darstellen, danach kommen die bisher erarbeiteten Ergebnisse, zusammengestellt von Udo Ament. Wir rufen hiermit auf, uns Eure Meinungen, Zustimmungen, Zweifel und Verbesserungsvorschläge schriftlich oder mündlich auf dem nächsten Netzwerktreffen zukommen zu lassen.

Historische Rahmenbedingungen

Die konkrete Situation in der wir unser Netzwerkprojekt diskutieren wird durch folgende Diskussionen gekennzeichnet:

- Die ABDA denkt laut über die Positionierung der ApothekerInnen im Gesundheitswesen nach. Neue Arbeitsfelder sollen zu neuen Arbeitsdefinitionen führen.

- Das Gesundheitsstrukturgesetz hat zu markanten Gewinneinbußen bei den Apotheken geführt. Als Folge davon werden in den kommenden 10 Jahren Apotheken schließen, da sie unrentabel und somit unverkäuflich sind. Wir stehen also am Anfang eines Konzentrationsprozesses.

- Die Europäische Union hat noch nicht ein für alle Länder verbindliches Prinzip der Besitzverhältnisse festgelegt. Da in vielen Ländern Fremd- und Mehrbesitz zulässig sind, wird befürchtet oder gehofft, daß langfristig die deutsche Apothekengesetzgebung geändert wird, um dieses zuzulassen.

- Mit der Möglichkeit von Fremd- und Mehrbesitz werden Apothekenketten in Deutschland entstehen.

Erfahrungen mit kollektiven Ansätzen der späten siebziger Jahre

Wenn man den Begriff "Netzwerk" hört, kommen ganz schnell Assoziationen wie: zusammen arbeiten, gemeinsame Verantwortung, gemeinsamer Besitz. Dies waren auch die Vorgaben, mit denen in den späten siebziger Jahren Gemeinschaftsapotheken gegründet wurden, bevorzugt im Zusammenhang mit neuen Gesundheitszentren. Heute gehen von diesen Apotheken keine Impulse mehr aus für eine bessere Pharmazie. Es stellt sich die Frage, warum die Erfahrungen aus den damaligen Projekten nicht mehr weitergegeben werden.

Für mich liegt einer der Gründe in der Vereinzelung der Projekte. Auch die Gründung des VDPPs konnte in den letzten 5 Jahren an diesem Phänomen nichts ändern. Meine Hoffnung ist, daß das Projekt "Netzwerk: Apotheken im VDPP" dieser Vereinzelung entgegen wirkt und langfristig mehr Austausch und Zusammenarbeit und Außenwirkung stattfindet.

Wie wird sich eine Apotheke im Netzwerk von anderen unterscheiden?

Überzeugen können wir nur durch Qualität! Folglich nahmen bei den bisherigen Diskussionen

Fragen zu Qualitätsstandards einen breiten Raum ein. Vorgesehen ist, unsere Vorstellungen in einer Selbstverpflichtungserklärung zu veröffentlichen. Der derzeitige Diskussions- und Konsenzstand ist auf den folgenden Seiten nachzulesen. Stichworte sind: eigenes HV-Konzept, patientenorientierte Beratung, eigene Qualifizierung. Diese Selbstverpflichtungserklärung ist einerseits das, womit wir nach außen gehen, also unseren Kunden, den Ärzten/Ärztinnen und den Krankenkassen geben, um unser Konzept darzustellen. Es ist aber auch, wie der Name sagt, das, was jede Apotheke unterschreiben muß, um am Netzwerk teilzunehmen.

Soweit kann jeder Marketing-Experte unser Vorhaben nur gutheißen. Profilierung gegenüber der Konkurrenz empfiehlt jede Marketing-Strategie. Sind wir also nur auf dem Wege eine andere Art von "Guten-Tag-Apotheke" zu werden? Damit das nicht so sein wird, haben wir uns Folgendes vorgenommen:

- Wir wollen unsere Selbstverpflichtungserklärung überprüfbar machen und
- unser HV-Konzept ist nicht auf Profitmaximierung ausgelegt sondern auf Gesundheitsförderung.

Eine Apotheke, die sich nach außen anders darstellt, wird auch im Inneren Veränderungen vornehmen. Das Konzept der Netzwerkapotheke muß auch von den MitarbeiterInnen mitgetragen werden. Entsprechend gab es einen Arbeitskreis "innerbetriebliche Strukturen", in dem Fragen der Fortbildung, Mitbestimmung, Tarifvertrag, Ausbildung und Personalführung bearbeitet wurden.

Bündnispartner

Bei allen Diskussionen darf natürlich die Frage, wo holen wir uns Unterstützung für unser Konzept, nicht fehlen. Wir haben die Hoffnung, daß unser Qualitätskonzept Verbraucherverbände und Krankenkassen anspricht. So ist vorstellbar, daß wir einmal bevorzugte Vertragspartner für Krankenkassen werden, falls diese Einzellieferverträge abschließen wollen.

Noch nicht bearbeitete Themen

Auf den bisher stattgefundenen 2 Arbeitstreffen wurden bei weitem noch nicht alle Probleme diskutiert, geschweige denn gelöst. Ein großer Komplex wartet darauf angegangen zu werden:

Besitzmodelle!

Wie sieht ein Netzwerk in Bezug auf die Besitzverhältnisse aus? Wohin soll die Entwicklung gehen? Wollen und sollen wir in die Diskussion um Fremd- und Mehrbesitz eingreifen?

Qualitätskontrolle!

Wie kann ein freiwilliges Kontrollsystem aussehen? Können Kunden bzw. Verbrauchergruppen ein Prüfungsgremium für unsere eigenen Ansprüche sein?

HV-Konzept!

Das Grundgerüst ist erstellt. Jetzt müssen konkrete Inhalte eingebaut werden.

Hier haben wir uns noch viel Arbeit vorgenommen. "Kleinkram" kann manchmal stundenlange Diskussionen auslösen. Trotzdem, diese Einigungsprozesse sind wichtig, auch im kleinen Detail offenbaren sich unterschiedliche Berufsauffassungen. Immer wieder wurde bei den bisherigen Treffen Zweifel daran geäußert, ob man das alles wirklich so kleinschrittig festlegen muß. Die Angst, verplant zu werden, ist groß. Der nächste Schritt kann dann sein, das Projekt abzulehnen, da man die eigenen Vorstellungen nicht einbringen konnte.

Darum noch einmal die Aufforderung uns Eure Begeisterung oder Bauchschmerzen in bezug auf das Netzwerkprojekt mitzuteilen.

Wer Lust bekommen hat mitzuarbeiten, kann sich von der Geschäftsstelle die nächsten Arbeitstermine geben lassen.

Udo Ament

Netzwerk "Apotheken im VDPP"

Selbstverpflichtung

(Entwurf, 1.11.94)

Die Leiterinnen und Leiter der dem "Netzwerk Apotheken im VDPP" angeschlossenen Apotheken verpflichten sich, dafür Sorge zu tragen, daß in den von ihnen geleiteten Apotheken über die Anforderungen der Apothekenbetriebsordnung, der Arzneimittellieferverträge und der Tarifverträge hinaus die folgenden Grundsätze und Handlungsweisen als Qualitätsnormen für die alltägliche Berufsausübung beherzigt, durchgesetzt und für die Öffentlichkeit nachprüfbar praktiziert werden:

§ 1: Auswahl von Arzneimitteln

1) Bei ärztlich verordneten Arzneimitteln

In den Fällen, in denen die Auswahl der Apothekerln überlassen ist, wird das abzugebende Arzneimittel nach der folgenden Reihenfolge der Entscheidungskriterien ausgewählt:

- hohe pharmazeutische Qualität (z. B. Fertigungsqualität, Bioäquivalenz),
- günstiger Preis (für die Krankenkasse),
- sonstige Kriterien (wirtschaftliche Vorteile für die Apotheke u.a.).

Dazu wird eine zentrale Informationsstelle ("Qualitäts-Hotline") eingerichtet und mit den erforderlichen Mitteln (Hardware, Software, Datenbanken, Telekommunikation, Literatur, Geld u.a.) ausgestattet.

2) In der Selbstmedikation

Es wird eine "Positivliste für die Selbstmedikation" erstellt, in die nur solche Arzneimittel aufgenommen werden, die den folgenden Kriterien genügen:

- nach wissenschaftlichen Erkenntnissen sinnvolle Zusammensetzung,
- hohe pharmazeutische Qualität,

- keine irreführende Namensbezeichnung,
- keine irreführende Werbung oder Marketingstrategie,
- keine frauenfeindliche Werbung oder Marketingstrategie,
- angemessener Verkaufspreis

Es werden nur solche Arzneimittel empfohlen, die in der in Satz 1) genannten Positivliste enthalten sind; außerdem dürfen Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (z. B. Phytopharmaka, homöopathische und anthroposophische Arzneimittel) empfohlen werden, wenn sie nach individueller Beurteilung sinnvoll zusammengesetzt sind und ansonsten den übrigen Kriterien entsprechen, die für die Aufnahme schulmedizinischer Arzneimittel in die in Satz 1) erwähnten Positivlisten entscheidend sind.

§ 2: Werbung und Präsentation

1) Werbung wird, wenn überhaupt, nur betrieben für solche Arzneimittel, die nach § 1, Abs. 2), Satz 2 als empfehlenswert eingestuft sind. Ausgenommen davon sind Arzneimittel mit hohem Gewöhnungs- und Mißbrauchspotential, für die unter keinen Umständen und in keiner Weise Werbung betrieben werden darf, insbesondere:

- Schmerzmittel, Schmerzmittel enthaltende oder als Schmerzmittel deklarierte oder vermarktete Zubereitungen;
- Appetitzügler, Appetitzügler enthaltende oder als Appetitzügler deklarierte oder vermarktete Zubereitungen
- H1-Antihistaminika oder H1-Antihistaminika enthaltende Zubereitungen, wenn sie als Schlafmittel, Beruhigungsmittel oder Psychopharmaka im weiteren Sinne deklariert sind oder vermarktet werden;
- Abführmittel, Abführmittel enthaltende oder als Abführmittel deklarierte oder vermarktete Zubereitungen, ausgenommen solche, die außer Quellstoffen und/oder Gleitstoffen keine weiteren Wirkstoffe enthalten.

2) Die unter Abs. 1) festgelegten Regelungen gelten auch für jedwede weitere Aktivität oder Verhaltensweise, die geeignet ist, einen Mehrverbrauch und Vielverbrauch von solchen Arzneimitteln, für die nach

Abs. 1) keine Werbung betrieben werden darf, zu fördern oder zu ermöglichen, ausgenommen die individuelle Empfehlung im Rahmen eines Beratungsgesprächs. Dazu gehört insbesondere die Präsentation solcher Arzneimittel durch Sichtwahl, HV-Aufsteller oder Zähltablets.

§ 3: Nebensortiment und Freiwahl

1) Neben Arzneimitteln, Verbandstoffen, Hilfsmitteln und Krankenpflegeartikeln werden nur Mittel und Gegenstände angeboten, die zur Therapie oder Therapiebegleitung oder zur Gesundheitsvorsorge oder -pflege geeignet sind oder mit diesen Dingen unmittelbar in Verbindung stehen und den folgenden Warengruppen zuzuordnen sind:

- Mittel zu Hygiene, Körperpflege und Zahnpflege,
- Diätetika und Nahrungsergänzungsmittel,
- Tees, Tee- und Gewürzdrogen,
- Mittel zur Säuglings- und Kinderpflege,
- Mittel zur Tierpflege,
- Mittel zur Schädlingsbekämpfung,
- Kondome und Mittel zur nichthormonellen Empfängnisverhütung,
- Mittel zur Raucherentwöhnung,
- Diagnostika und Testmittel,
- medizinische Geräte zur Diagnostik, Therapie und Prophylaxe,
- Mittel zur Aromatherapie,
- Bücher und andere Informationsmedien.

Bei im oder am Körper anzuwendenden Mitteln, z. B. Kosmetika oder Sonnenschutzmitteln, werden solche Zubereitungen, deren Zusammensetzung auf der äußeren Verpackung vollständig angegeben ist, anderen Zubereitungen gegenüber bevorzugt.

2) Die Artikel des Nebensortiments müssen folgende Qualitätsmerkmale aufweisen:

- sinnvolle Zusammensetzung bzw. Konzeption nach anerkannten wissenschaftlichen Standards,

- hochwertige qualitative Beschaffenheit nach anerkannten pharmazeutisch-technisch und ökologischen Standards,
- keine irreführende Produktbezeichnung,
- keine irreführende Werbung oder Marketingstrategie,
- keine frauenfeindliche Werbung oder Marketingstrategie,
- angemessener Verkaufspreis.

3) Die den Anforderungen nach Abs. 1) und Abs. 2) entsprechenden Artikel dürfen in einem begrenzten, dem Konzept der dem "Netzwerk Apotheken im VDPP" angeschlossenen Apotheken nicht zuwiderlaufenden Umfang in der Freiwahl zur Selbstbedienung angeboten werden; auch darf für diese Artikel Werbung betrieben werden.

Höchstens 30% des PatientInnen und KundInnen frei zugänglichen Teiles der Apothekenbetriebsräume werden als Freiwahlfläche genutzt, wenn damit eine Fläche von höchstens 75 qm Regalbodenfläche nicht überschritten wird. Maßgeblich ist der jeweils kleinere Wert.

§ 4: Behindertengerechte Ausstattung der Apotheke

Die Apotheke wird so ausgestattet, daß Behinderte das Dienstleistungsangebot der Apotheke in gleicher Weise nutzen können wie nicht Behinderte. Dies kann durch bauliche oder auch organisatorische Maßnahmen sichergestellt werden.

§ 5: Information und Beratung

1) Die PatientInnen und KundInnen haben Anspruch auf inhaltlich richtige und vollständige Information und Beratung über Arzneimittelfragen.

2) Eine inhaltlich richtige und vollständige Beratung ist nicht umsatzorientiert. Sie umfaßt über die Anforderung nach Abs. 2) hinaus Informationen unter anderem über

- sinnvolle therapiebegleitende und prophylaktische Maßnahmen,
- nicht medikamentöse Behandlungsalternativen,

- bestehende, geeignete Selbsthilfe- und Rehabilitationsorganisationen für Suchtkranke, chronisch Kranke und Behinderte.

Zu diesem Zweck wird eine Liste von Selbsthilfe- und Rehabilitationsorganisationen sowie deren Kontaktadressen bereitgestellt.

4) Damit eine inhaltlich richtige und vollständige Information und Beratung der PatientInnen und KundInnen jederzeit gewährleistet ist, werden Fortbildungspläne für die ApothekenleiterInnen und pharmazeutischen MitarbeiterInnen erstellt und deren Einhaltung ermöglicht. Um die Informations- und Beratungstätigkeit zu optimieren, wird gegebenenfalls die Teilnahme an Kommunikations- und Rhetorikkursen und -seminaren ermöglicht.

5) Zur Unterstützung und Vertiefung der individuellen Information und Beratung in der Apotheke werden nur solche Bücher und andere Medienprodukte zum Verkauf angeboten, die geeignet sind, diesem Zweck produktunabhängig und herstellerunabhängig zu dienen. Auf keinen Fall werden solche Publikationen angeboten, in denen offen oder verdeckt zur Anwendung bestimmter Arzneimittel oder Artikel des Nebensortimentes geraten wird, es sei denn, es handelt sich hierbei um die Veröffentlichungen industrieunabhängiger Institutionen, in denen Arzneimittel oder Artikel bewertet werden. Auf keinen Fall werden auch solche Publikationen angeboten, die geeignet sind, einen Vielverbrauch oder Mehrverbrauch von Arzneimitteln in irgendeiner Weise zu initiieren oder zu fördern. Die Publikationen sollen darüber hinaus frei von Werbeanzeigen für bestimmte Produkte oder Hersteller sein.

6) Was unter Abs. 5) festgelegt ist, gilt auch für unentgeltlich angebotenes Informationsmaterial wie z. B. Kundenzeitschriften.

§ 6: Rezeptur und Defektur; Labortätigkeit

Es wird dafür Sorge getragen, daß die Anfertigung von Rezepturen und Defekturen und die erforderlichen Inprozeß- und Endkontrollen sowie die Eingangskontrolle von Rohstoffen, Nichtfertig- und Halbfertigarzneimitteln nach anerkannten und praktikablen Standards zur Qualitätssicherung (orientiert an den GMP- und GLP-Regeln) und anderen Normen (DIN, EN) ausgeführt werden. Dies gilt sowohl hinsichtlich der baulichen Beschaffenheit und Ausstattung der für diese Tätigkeit vorgesehenen Räume als auch für die Organisation der Anfertigung von Rezepturen und Defektur-

ren bzw. der Labortätigkeit sowie für die Dokumentation der einzelnen Arbeitsschritte.

§ 7: Fortbildung

1) Für ApothekenleiterInnen und pharmazeutische MitarbeiterInnen besteht Fortbildungspflicht.

2) Betrieblich veranlaßte Maßnahmen zur Fortbildung sind unabhängig von dem dafür erforderlichen Zeitaufwand immer Teil der Arbeitszeit. Die MitarbeiterInnen werden dafür nach den tariflichen Bestimmungen über die Vergütung von Mehrarbeit, Sonn- und Feiertagsarbeit entlohnt oder erhalten entsprechenden Freizeitgleich, es sei denn, individuelle Arbeitsverträge sehen höhere Entlohnung vor. Die anfallenden Kosten (Reise-, Übernachtungs-, Verpflegungskosten, Teilnahmegebühren, Anschaffung von Arbeitsmaterialien, Literatur usw.) werden von der Apotheke getragen. Den MitarbeiterInnen wird es ermöglicht, Fachzeitschriften zum Zwecke der Fortbildung während der regulären Arbeitszeit zu lesen.

3) Keine MitarbeiterIn kann zur Teilnahme an bestimmten Fortbildungsveranstaltungen gezwungen werden, wenn dies mit unzumutbar langen oder weiten Reisen oder, wie z. B. an Wochenenden oder Feiertagen, mit unzumutbarem Verzicht auf Freizeit verbunden ist.

4) Tarifliche Bestimmungen über den Anspruch von MitarbeiterInnen auf Bildungsurlaub mit selbstbestimmten Inhalten bleiben unberührt.

§ 8: Ausbildung

PharmaziepraktikantInnen, PTA-PraktikantInnen und PKA-Auszubildende werden in alle für die Ausbildung relevanten Themen eingeführt. Die erforderlichen Lernmittel werden kostenlos und in der jeweils aktuellsten Ausgabe zur Verfügung gestellt.

§ 9: Mitsprache- und Anhörungsrecht

Die MitarbeiterInnen haben ein Mitspracherecht bei Personalentscheidungen. Bei anderen betrieblichen Entscheidungen haben sie das Recht auf Anhörung. Zu diesen Zwecken wählen die MitarbeiterInnen aus ihren Reihen eine Obfrau / einen Obmann.

§ 10: Verbot von Umsatzkontrollen und Umsatzabhängigen Vergütungen

Kontrollen der individuellen Umsätze von MitarbeiterInnen finden nicht statt. Es werden keine Prämien oder andere Vergünstigungen für Zusatzverkäufe gewährt. Vergütungen für besondere Leistungen werden nicht umsatzabhängig (etwa durch Umsatzbeteiligung) gewährt.

§ 11: Bündnispartner

Als Bündnispartner werden angesehen

- Selbsthilfegruppen,
- Verbraucherverbände,
- ÄrztInnen und andere Heilberufe,
- wissenschaftliche Einrichtungen, insbesondere solche, die sich mit Public Health oder Sozialpharmazie beschäftigen,
- Krankenkassen,
- Interessenvertretungen von ArbeitnehmerInnen wie ÖTV und BVA,
- andere Gruppen, Organisationen und Einrichtungen (z. B. PolitikerInnen, Standesorganisationen, Fachpresse und allgemeine Presse), sowie diese dem Programm des VDPP nahestehen oder bereit sind, mit dem VDPP oder dem Netzwerk Apotheken im VDPP zu kooperieren.

§ 12: Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen

1) Kontaktadressen von Selbsthilfegruppen sowie von Selbsthilfegruppen veröffentlichtes Informationsmaterial wird in der Apotheke bereitgehalten, um PatientInnen im Bedarfsfall damit zu versorgen und die Selbsthilfegruppen zu fördern, wenn bekannt ist, daß dort eine Hilfe zur Selbsthilfe im Sinne der Förderung von Eigenaktivität und Eigenverantwortung angeboten wird und unter anderem auch eine kritische Auseinandersetzung mit Arzneimitteltherapie stattfindet.

2) Den Selbsthilfegruppen wird ein gegenseitiger Informationsaustausch, die Beratung in Arzneimittelfragen sowie die Beschaffung von unabhängigem und kritischem Informationsmaterial zu den neuesten Entwicklungen auf dem Gebiet der Arzneimitteltherapie angeboten, auch um die kritische Auseinandersetzung mit Arzneimitteln innerhalb der Selbsthilfegruppen zu fördern.

§ 13: Zusammenarbeit mit Verbraucherverbänden

1) Verbraucherverbänden und entsprechenden Organisationen wird die Zusammenarbeit in beratender und aufklärender Funktion zum Thema Arzneimittel angeboten sowie die Bereitschaft, bei der Erstellung von Arzneimittelbroschüren für VerbraucherInnen durch die Verbraucherorganisationen mitzuarbeiten.

2) Unter kritischer Betrachtung werden Informationen und Fachberatung der Verbraucherverbände verstärkt berücksichtigt.

§ 14: Zusammenarbeit mit ÄrztInnen

1) Es wird grundsätzlich anerkannt, daß ÄrztInnen in ihrem Spezialgebieten Arzneimittelfachleute sind.

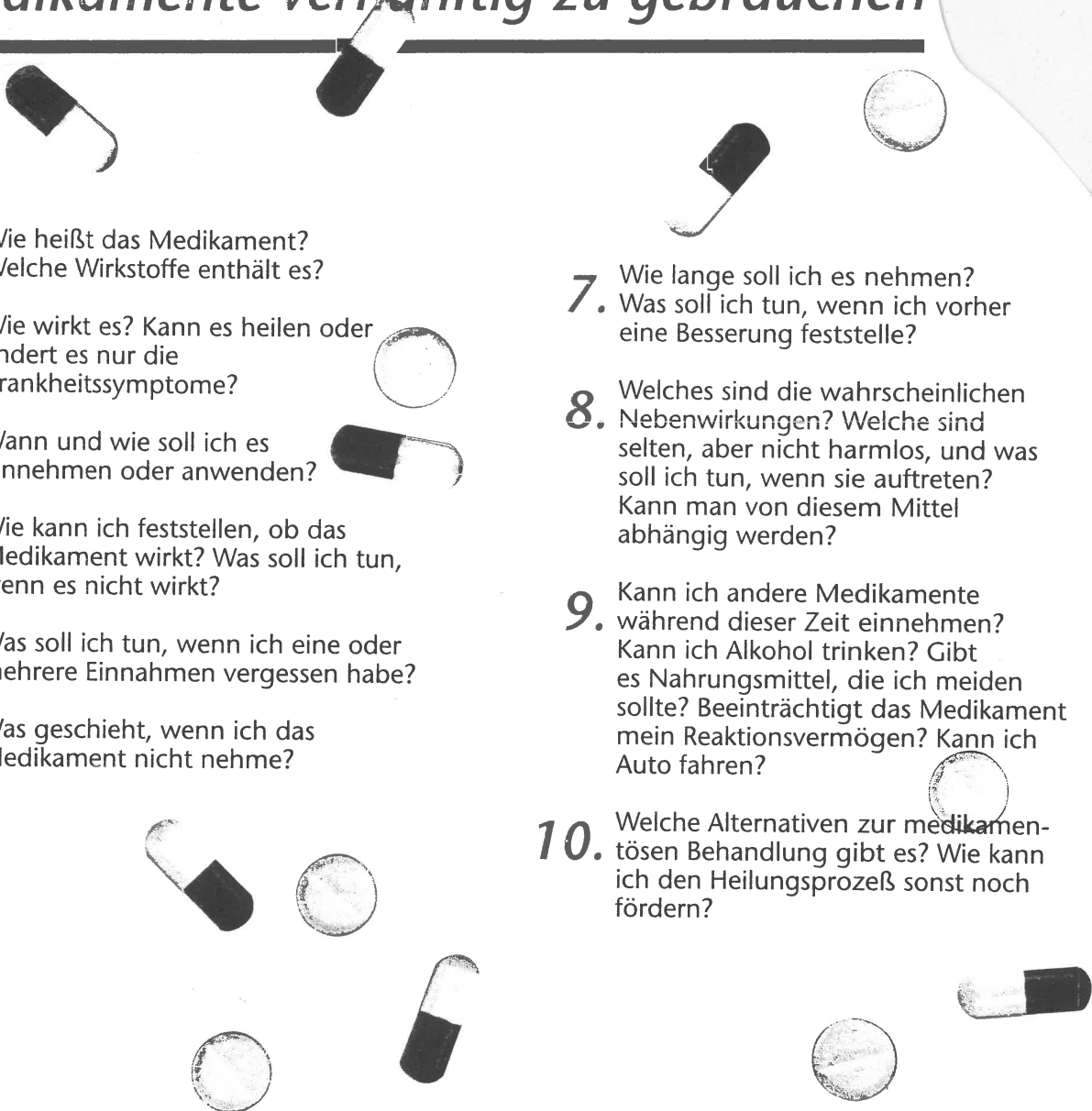
2) Durch das Angebot von herstellerunabhängigen pharmakologischen und anderen Informationen über Arzneimittel werden die ÄrztInnen darin unterstützt, eine rationale und kritische Arzneimitteltherapie zu betreiben.

§ 15: Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Einrichtungen

Wissenschaftliche Untersuchungen im Rahmen von Public Health- und Sozialpharmazieprojekten werden unterstützt. Es werden Bemühungen unternommen, den Stellenwert von Public Health und Sozialpharmazie innerhalb der Landespolitik zu fördern und den Ergebnissen solcher Untersuchungen in der Landesöffentlichkeit breiteren Raum zu verschaffen.

10 Fragen, die Ihnen helfen,

Medikamente vernünftig zu gebrauchen

- 
1. Wie heißt das Medikament?
Welche Wirkstoffe enthält es?
 2. Wie wirkt es? Kann es heilen oder lindert es nur die Krankheitssymptome?
 3. Wann und wie soll ich es einnehmen oder anwenden?
 4. Wie kann ich feststellen, ob das Medikament wirkt? Was soll ich tun, wenn es nicht wirkt?
 5. Was soll ich tun, wenn ich eine oder mehrere Einnahmen vergessen habe?
 6. Was geschieht, wenn ich das Medikament nicht nehme?
 7. Wie lange soll ich es nehmen?
Was soll ich tun, wenn ich vorher eine Besserung feststelle?
 8. Welches sind die wahrscheinlichen Nebenwirkungen? Welche sind selten, aber nicht harmlos, und was soll ich tun, wenn sie auftreten? Kann man von diesem Mittel abhängig werden?
 9. Kann ich andere Medikamente während dieser Zeit einnehmen? Kann ich Alkohol trinken? Gibt es Nahrungsmittel, die ich meiden sollte? Beeinträchtigt das Medikament mein Reaktionsvermögen? Kann ich Auto fahren?
 10. Welche Alternativen zur medikamentösen Behandlung gibt es? Wie kann ich den Heilungsprozeß sonst noch fördern?

Ingeborg Simon

Apothekertag '94

oder "Alle Jahre wieder ..."

Wer möglichst umfassend über den diesjährigen Apothekertag informiert werden will, der lese die DAZ Nr. 34/94. Wer sich mit der Hofberichterstattung begnügen möchte, nehme die PZ Nr. 34/94. Ich beschränke mich in meinem Bericht nämlich nur auf das, was m i r erwähnenswert erscheint.

Apothekertage werden immer mehr zu Ritualen mit gleichbleibender Liturgie, die von der großen Mehrheit der Immerselben mühelos beherrscht und (immer noch) akzeptiert wird. Das fiel diesmal besonders krass auf, weil die zum Ritual gehörenden Beschwörungsformeln auf dem Hintergrund der sich dramatisch ankündigenden Umbrüche ihr Ewig-Gestriges besonders unterstrichen. Eine dieser Formeln lautet: "Ein Mann - eine Apotheke!" Sie rufen es noch, wenn sie im europäischen Mix aus Apothekenketten, Versandapotheken, Mehr- und Fremdbesitzrechten und ärztlichen Dispensierrecht untergehen.

Ist das Realitätsverlust oder politisch gewollte Beschwichtigungstaktik aufgeschreckter Geister, wenn von der ABDA auch auf dem Apothekertag jede Analyse und Bewertung der jüngsten Ent-

wicklung mit dem Hinweis "Wir haben unsere Hausaufgaben gemacht" (gemeint sind die ABDA-Thesen von '93) unterbleibt? Ich weiß es nicht!

Für die Zeit "danach" - ab 1.1.96, wenn die Krankenkassen in den Wettbewerb gegeneinander um Erhalt und Gewinn der sog. guten Risiken eintreten (müssen) - wurde auf diesem Apotekertag nicht gerüstet. Nicht einmal im Geiste! Meine Darstellungen möglicher oder denkbarer neuer Entwicklungen auf Seiten der Leistungsanbieter und deren veränderte Rollen und Funktionen wurden zwar aufmerksam zur Kenntnis genommen, aber von niemandem aufgegriffen.

Der Hauptfeind des freiberuflich tätigen Apothekers ist die gesetzliche Krankenversicherung. Pieck sprach in seinem Geschäftsbericht von der Nachfragemacht GKV, von Kassenkartellen, er sah die Gefahr der "Denaturierung" der Bundesrepublik zum "Krankenkassenstaat". Als ich vor der Kreierung eines neuen Feindbildes warnte, wurde das als weder beabsichtigt, noch so gemeint zurückgewiesen. Es stellte sich in der Diskussion über unser Verhältnis zu den gesetzlichen Krankenkassen schnell heraus, daß eine sachkundige Auseinandersetzung mit den Positionen der GKV gar nicht möglich war, weil selbst Pieck als ABDA-Redner des Arbeitskreises 2, der sich mit neuen Wegen der Arzneimittelversorgung befaßte, das jüngste Papier der Spitzenverbände der Krankenkassen gar nicht kannte. ("Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung", s. Dokumentation S. 20; Ende September wurde das Papier in der PZ 39/94 bereits kommentiert!)

Mein Versuch, die Situation der Krankenkassen ab '96 darzustellen und ihre Bedeutung für über 90 Prozent der Bevölkerung einerseits und für die Apotheken als immer zahlungsfähiger Nachfrager andererseits zu würdigen, wurde eher giftig aufgenommen. Nur der Vertreter der Betriebskrankenkassen auf dem Podium war mein Verbündeter. Die finanziellen Nöte der Kassen wurden (wie immer) als hausgemacht dargestellt: zu hohe Gehälter, überzogene Arbeitsplatzgarantien bzw. Abfindungen für Geschäftsführer, teure

Verwaltungspaläste, aufwendige Werbekampagnen und die Sorglosigkeit um die eigene Existenz ("... die können ja nicht in Konkurs gehen ..."). Angesichts solch unqualifizierter Äußerungen fällt es schwer, der ABDA die verbalisierte Bereitschaft zu Partnerschaft und Zusammenarbeit mit der GKV zu glauben.

Nur der freiberuflich tätige Unternehmer ist ein guter Apotheker und auch nur der darf darum beraten. Wenn die AOK von ihren Apothekern und deren Beratungsangebot spricht, dann wird das von der ABDA nicht als willkommene Image-Pflege zum Nulltarif für ihren Berufsstand freudig begrüßt, sondern als Angriff auf die "Freiberuflichen" verdammt. Der Geschäftsführer des Apothekerverbandes Nordrhein sieht darin sogar eine "Unverschämtheit", er empfindet die Beratungsangebote durch die "Kassenapotheker" als "Ohrfeige für alle öffentlichen Apotheken". Wo bleibt da die vielbeschworene Standeseinheit? - Gerade in der Stunde der Not?

Das West-Ost-Gefälle ist ausgeprägter denn je. Die Zeit des glückseligen Schulterschlusses beim gemeinsamen Absingen des Deutschlandliedes ist dahin. Die Anträge aus den neuen Bundesländern zur obligatorischen Weiterbildung, zur Niederlassungsfreiheit und zur personellen Mindestausstattung der Apotheke hatten keine Chance. Eine Delegierte "von Drüben" beklagte die offenkundige schlechterbehandlung ihrer Beschlüsse, andere verwahrten sich gegen die Auffassung, ihre Anträge dienten allein der Pfründesicherung. Unterschiedliche Erfahrung in der jüngsten Geschichte, aber auch die zahlenmäßig unterrepräsentierten Delegierten aus dem Osten sorgten für Ost-West-Spannung.

Die beiden Arbeitskreise waren keine. Hier wurde weder gearbeitet noch gekreis(β)t. Die Delegierten mußten vielen lange zuhören. Im Arbeitskreis 2 durften die Teilnehmer gegen Ende vieler Männermonologe auf dem Podium eine (!) Frage an einen (!) Teilnehmer stellen. Ich verwahrte mich gegen dieses vom Arbeitskreisleiter vorgeschlagene Verfahren und trug dann meinerseits einen Monolog zum Thema "Neue Wege" vor. Meine dringende Aufforderung die rings um in der EU längst praktizierte anderen Eigentums- und Dis-

tributionsformen wenigstens als real-existierend zur Kenntnis zu nehmen und als Herausforderung für eigene Überlegungen anzunehmen, brachte mir Unmut und einen neuen Titel ein ("heilige Johanna der Pharmazie"). Die unmittelbar vor dem Apothekertag von Prof. Junginger - dem Festredner des letzten Jahres - vorgetragenen provokanten Thesen ("Brauchen wir zukünftig noch den Offizin-Apotheker?", DAZ 39/94, S. 43-48) wurden ignoriert.

Es gab erstmalig eine längere Debatte zum Thema Angestellte und deren Unterrepräsentanz in Kammerorganen und auf der Hauptversammlung. Ausgelöst wurde die Diskussion durch den Antrag von Insa Heyde und anderen, den auch unsere Delegierten mit unterschrieben hatten. Die Ablehnung war breit und vehement. Jeder habe das Recht und die Freiheit auf Mitbestimmung, keiner würde benachteiligt, hieß es in der Debatte. Eifrig betonte eine bayrische Angestellte Delegierte, daß sie sogar mehrheitlich in der Kammer vertreten seien und daß daher eine Forderung nach Paritäten für sie ein Rückschritt bedeutete. Warum dennoch ein Unternehmer den Präsidentenstuhl in Bayern innehat, hat sie nicht erklären können. Eine Unternehmerin zeigte sich empört und bekundete, daß ihre drei angestellten Apothekerinnen sich bestens durch sie repräsentiert sähen. Dank des besonnenen und ruhigen Eingreifens der Vizepräsidentin der Kammer Rheinland-Pfalz konnte ein Abschmettern des Antrags dadurch vermieden werden, daß er Appellcharakter bekam. Wenn wir auch mit dem Appell zur Verbesserung der Frauenquote bisher wenig bewegen konnten, so ist der Antrag in der jetzt angenommenen Form dennoch mehr als nichts. (Man wird ja bescheiden!)

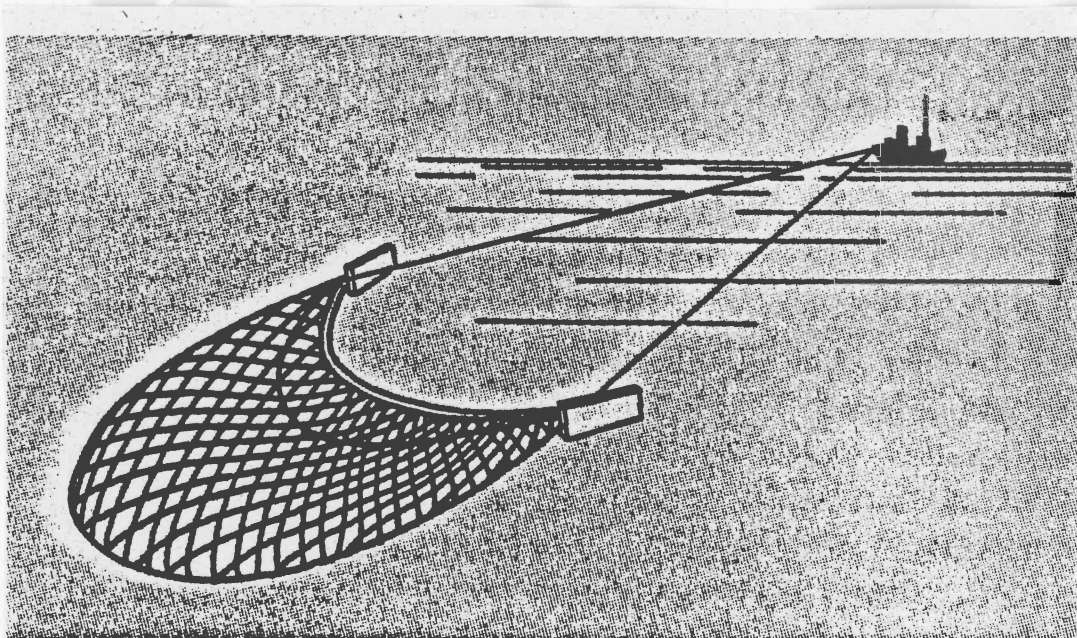
Vielleicht erhält der Heyde-Antrag Schützenhilfe durch den überraschend angenommenen Antrag zur Transparenz der Hauptversammlung, den wir seit vielen Jahren immer wieder stellten (alte Hasen müßten ihn wie das "Vaterunser" herbeten können). Wenn er zum nächsten Apothekertag erstmals wirksam umgesetzt wird - schwarz auf weiß - wird sich herausstellen, daß es mit der Angestelltenfreiheit so weit nicht hersein kann. Hier wird dann Änderungsbedarf erkennbar, will man sich nicht der Unternehmerlastigkeit bezich-

tigen lassen. Diese Hauptversammlung setzte sich aus 80 Prozent Unternehmern und 20 Prozent Angestellten zusammen (Frauenanteil übrigens 30 Prozent). Daß dieser Antrag überhaupt angenommen wurde, hat sicher einerseits damit zu tun, daß sich seine Wiederkehr zum nächsten Apothekertag bei Nichtbefassung androhte (damit hatte ich einen echten Lacherfolg) und andererseits mit der vorgerückten Zeit und der Angst einer langen Debatte von meiner Seite. Aber egal - Hauptsache er ist durch!

Ich stellte zwei Anträge, und beide wurden angenommen. Das war die größte Sensation, aber außer mir hat's niemand gemerkt!

Ingeborg, die "heilige Johanna"

(klingt fast "Lesmüller-Medaille" verdächtig!)



Netze: Schleppnetz

Kurzbericht vom außerparlamentarischen Forum

Christl Trischler

Eingeladen hatte der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte. Von den angeschriebenen Gruppen und Interessenverbänden (mehr als 70) waren etwa 10 anwesend, darunter auch einige Selbsthilfe- und Patientengruppen.

Diskussionsgrundlage war das "Kölner Manifest" des VDÄÄ, nachzulesen im Rundbrief Nr. 24 (S. 47)

In den Stellungnahmen der einzelnen Gruppen fand dieses Papier weitgehend Zustimmung. Fast alle Teilnehmer forderten eine Erweiterung der Krankenkassenpflicht, den Wegfall der Selbstbeteiligung und die Verhinderung der Einführung von Regel- und Wahlleistungen.

Der Vortrag von Dr. Hagen Kühn zum "Wettbewerb im Gesundheitswesen - Folgen für die medizinische Versorgung" trug wesentlich bei zur Klärung der Situation und der Strukturen im Gesundheitswesen. (Im nächsten Rundbrief folgt eine kurze Zusammenfassung).

Die anschließende Diskussion, die sich nach anfänglichen Verständigungsproblemen zwischen PatientInnengruppen und Fachvertretern recht lebhaft entwickelte, führte aber leider nicht über das Kölner Manifest hinaus. Die Mehrheit war der Auffassung, daß gemessen am Bruttosozialprodukt es gar keine Kostensteigerung gegeben habe. Von diesem Standpunkt aus gesehen ist es dann auch nicht nötig, über Einsparmaßnahmen und Alternativen zum GSG nachzudenken und zu diskutieren. Entsprechende Ansätze und Ideen wurden folgerichtig in der Diskussion nicht weiter aufgegriffen oder übergangen.

In der anschließenden Pressekonferenz, zu der nur 2 Vertreter der Presse erschienen waren, nämlich einer von der Frankfurter Rundschau und einer vom Hessischen Rundfunk, wurden die jeweiligen Stellungnahmen der einzelnen Gruppen und das Kölner Manifest der Öffentlichkeit vorgestellt.

Das Außerparlamentarische Forum "Gegen weiter PatientInnenbelastung durch die 3. Stufe des GSG" fand am 17. September 1994 in Frankfurt/M. statt.

STATEMENT ZUR DRITTEN STUFE DER STRUKTURREFORM IM GESUNDHEITSWESEN ANLÄSSLICH DES FORUMS DES VDÄÄ AM 17. SEPTEMBER 1994 IN FRANKFURT

Der VDPP begrüßt das Kölner Manifest des VDÄÄ - Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte - und unterstützt die darin enthaltenen Aussagen und Forderungen in wesentlichen Teilen.

An die geplante Stufe der Strukturreform im Gesundheitswesen stellt der VDPP die folgenden unabdingbaren Anforderungen:

- 1) Ergebnis einer 3. Reformstufe muß die Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer vollständigen Solidarität im Gesundheitswesen sein zwischen

Gesunden und Kranken,
Jungen und Alten
Reichen und Armen,
Arbeitgebern und Arbeitnehmern,

und dies sowohl bezüglich der Selbstbeteiligung der Patientinnen und Patienten als auch bezüglich des Umfangs der von der Solidargemeinschaft zu tragenden Leistungen.

Bezüglich der Selbstbeteiligung vertritt der VDPP die Ansicht, daß es nicht nur darum geht, die Belastungen der Kranken nicht noch weiter ansteigen zu lassen, sondern daß diese Belastungen jetzt schon unannehmbar hoch sind und reduziert werden müssen. Der VDPP fordert: Keine Entsolidarisierung durch Selbstbeteiligung der Kranken. Erfahrungen aus anderen EU-Ländern, z.B. den Niederlanden haben klar bewiesen, daß eine leistungsfähige Solidargemeinschaft auch ohne Belastungen der Kranken durch Selbstbeteiligung funktionieren kann.

Bezüglich des Leistungsumfanges durch die Solidargemeinschaft vertritt der VDPP die Auffassung, daß dieser für alle Mitglieder entsprechend ihrer Bedürftigkeit gleich sein muß. Eine Ungleichheit diesbezüglich ist zwar noch nicht institutionalisiert, in Ansätzen jedoch jetzt schon vorhanden. Die Einführung von "Regel- und Wahlleistungen" wird auf direktem Wege zu einer Ausgrenzung von Solidarleistungen für bestimmte Versichertengruppen und damit zu einer institutionalisierten Zwei-Klassen-Versorgung führen. Der VDPP widersetzt sich mit Entschiedenheit allen Maßnahmen, deren Umsetzung geeignet ist, eine solche Entwicklung zu fördern.

- 2) Ergebnis einer 3. Reformstufe muß eine Verbesserung der Zusammenarbeit aller am Gesundheitswesen Beteiligten sein im Sinne einer echten Kooperation. Dies erfordert im Apothekenwesen andere Honorierungsmodelle sowie andere Apothekenbesitzmodelle, die es ermöglichen, den bisherigen Arzneimittelhandel durch die Dienstleistung einer modernen Arzneimittelversorgung und -beratung zu ersetzen. Deshalb ist der VDPP interessiert am Modell einer umsatzunabhängigen, von Non-profit-Organisationen getragenen Apotheke.

Der VDPP ist bereit, an der Verwirklichung von solchen Apothekenmodellen mitzuarbeiten und appelliert an die Legislative, durch die eventuell erforderliche Änderung von Gesetzen für die Einrichtung entsprechender Modellprojekte den Weg zu ebnet. Des weiteren hofft der VDPP, schon bald ein eigenes Projekt der Öffentlichkeit vorstellen zu können, das sich zur Zeit in Vorbereitung befindet.

Termine und Veranstaltungen

Treffen der Regionalgruppen

Hamburg:

Zeit: 23.11., 07.12., 21.12.

Ort: bei Bernd Rehberg, Brahmsallee 18

Berlin: ?

Hessen: ?

VDPP-Veranstaltungen

3. Netzwerktreffen Apotheken im VDPP

Zeit: 22.01.95

Ort: Kassel (der genaue Ort wird bekannt gegeben)

Seminar zum Erlernen journalistischer Fähigkeiten

Zeit: 11.02.95

Ort: Kassel

Mitgliederversammlung 1995

Zeit: 24.03.-26.03.95

Ort: Jugendherberge Leipzig

Frauenseminar 1995

Zeit: 09.06.-11.06.95

Ort: Bernried am Starnberger See

-----Achtung! Achtung! -----

**Bitte Mitgliedsbeitrag für 1994 schnellstens
überweisen!**

Die Geschäftsstelle

Seminar Journalistisches Arbeiten im Februar '95 in Kassel

Wer druckt **W**as **W**ann und **W**o und **W**ie - fünf W's für die Pressearbeit

Egon Erwin Kisch beschrieb seitenlang, wie ein Soldat über ein Feld auf die Stadt zureitet, und es wird beim Lesen nicht langweilig.

Das nachzumachen ist sicherlich kaum jemandem möglich. Das Interesse von LeserInnen zumindest bis nach dem Vorspann eines Artikels aufrechtzuerhalten, ist dagegen keine Kunst. Für Überschriften, Einstieg und Aufbaufeld gibt es Kunstgriffe und Leitlinien.

Für diejenigen, die an Pressearbeit Spaß haben oder sie für unumgänglich halten, biete ich deshalb am 11. Februar das Seminar "Journalistisches Arbeiten" an. Dazu gehört nicht nur, einen Presseartikel lesbar - und in annehmbarer Zeit - zu verfassen, sondern auch: "Wer druckt meine Sachen?" "Wen kann ich ansprechen?" "Was gehört alles in den Bericht?" und all die anderen kleinen Fallstricke. Denn die kleinen Fehler sind es oft, die einen Text in die "Ablage P" verbannen - P für Papierkorb. Das geschieht natürlich vor allem in Streßzeiten, die bekanntlich nicht im Sommerloch herrschen.

Wer keine Zeit hat, am Seminar teilzunehmen, kann mir schreiben oder mich anrufen und um Hilfe bitten, soweit es journalistische Fragen betrifft:

Christine Hefendehl
Kaiserstr. 114
44135 Dortmund
0231/521879

Anmeldung für das Seminar "Journalistisches Arbeiten" am 11.02.1995 in Kassel

Ich nehme am Seminar "Journalistisches Arbeiten" am 11.02.1995 teil

Namen: ... Datum

Adresse: ...

Telefon: ... Unterschrift

Absenden an: Christine Hefendehl, Kaiserstr. 114, 44135 Dortmund

!!!!!!!!!!!!!!!!!!!! Vorankündigung !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Zeit - Ort - Thema - für das Frauenseminar '95 stehen fest!

Zeit: 9./10./11. Juni 1995

Ort: Bernried am Starnberger See
im Tagungshaus der Missionsbenediktinerinnen

Thema: Ausstellung:
100 Jahre Pharmaziestudium für Frauen

1. Material sammeln und sichten
2. Konzept erarbeiten
3. Aufgaben verteilen

Mitarbeit und Ideen sind heiß erwünscht!!!!

Bonbon: Exkursionen in eine der schönsten Moorlandschaften
Oberbayerns zum Wiederauffrischen unserer botanischen
Kenntnisse

Genauerer im nächsten Rundbrief oder per Telefon bei

Ildiko Szazs
Parkstr. 47
34119 Kassel
Tel. 0651/17798

und

Christl Trischler
Heegbach-Apotheke
Bahnstr. 92
64390 Erzhausen
Tel. 06150/81919
od. priv. 06151/52869

APOTHEKE AM GESUNDHEITZENTRUM

Regina Breitwieser, Jutta Peschke, Susanne Strobel OHG

Freiherr-vom-Stein-Str. 9
64560 RIEDSTADT-GODDELAU
Telefon 0 61 58 / 61 61

Liebe VDPP'lerInnen,

einige von Euch kennen die Apotheke am Gesundheitszentrum, weil sie selbst hier gearbeitet haben, andere aus Kontakten über den VDPP oder von Treffen "alternativer Apotheken". Für die, die uns nicht kennen, möchten wir unsere Apotheke hier kurz beschreiben: Wir sind eine Apotheken OHG mit drei Frauen als Gesellschafterinnen und 5 weiteren Mitarbeiterinnen, deren Rechte auf Mitbestimmung in einem Statut verankert sind. Die Apotheke wurde vor 17 Jahren als Teil eines Gesundheitszentrums mit verschiedenen Facharztpraxen, Sozialarbeit, Psychologen, KG, BT, gegründet. Schon damals waren viele Punkte, die jetzt unter dem Stichwort "Soziale Apotheke" diskutiert werden, Grundlage für das Konzept der Apotheke. Aus der gemeinsamen Zielrichtung der Praxen und der Apotheke, eine kritische Medizin zu betreiben, ergeben sich viele Beratungs und Kontaktmöglichkeiten im Gesundheitszentrum.

Wir schreiben jetzt an den VDPP, weil wir drei Gesellschafterinnen die Apotheke verkaufen wollen, - wenn möglich aber nicht an jemand x-beliebigen, sondern an jemanden, der die Möglichkeiten dieser Apotheke, eine sinnvolle Medizin zu vertreten und in Richtung sozialer Apotheke weiterzuarbeiten, nutzen möchte.

Der Grund für unsere Entscheidung aufzuhören war, daß wir alle drei wegen unserer privaten Situation nicht genügend anwesend sein können, um die Apotheke richtig zu führen, ihr ein neues Gesicht zu geben und die Kontakte zum GZ zu pflegen.

Wenn jemand aus dem VDPP Interesse hat: meldet Euch möglichst bald, da wir in nächster Zeit auch andere Angebote erwarten.

Viele Grüße von den Apothekerinnen der Apotheke am GZ Riedstadt

Thomas Hammer

Über Leichen zum Examen?

Buchbesprechung

Bundesverband Satis (Hg.), Über Leichen zum Examen?, Bochum, Timona-Verlag, 36,- DM

Obwohl meines Wissens nach Tierversuche während des Pharmazie-Studiums keine Rolle spielen, möchte ich trotzdem das Buch "Über Leichen zum Examen?" vorstellen, denn es ist ein gutes Beispiel für studentische Eigeninitiative, und seine Lektüre könnte von großem Interesse sein für StudentInnen und NichtstudentInnen, die sich Gedanken über Sinn und Unsinn von Tierversuchen machen.

Herausgeber des Buches ist der Bundesverband Satis (=Studentische Arbeitsgruppe gegen Tiermißbrauch im Studium). Satis wurde 1988 von StudentInnen in München gegründet. "Der Zweck des Vereins ist zunächst die Einführung einer Möglichkeit für StudentInnen, ihr Studium unter Berufung auf Ihre persönliche Gewissensfreiheit ohne den Mißbrauch von Tieren durchzuführen (...)." "Als langfristiges Ziel wird die Abschaffung sämtlicher Tierversuche und Versuche an Organpräparaten in der Ausbildung angestrebt." (Beide Zitate stammen aus der Satzung von Satis) Um das Erreichen dieser Ziele zu forcieren, ist dieses Buch ein wichtiger Meilenstein.

Der Herausgeber war nach eigener Aussage bemüht, sowohl Befürworter als auch Gegner von Tierversuchen zu Wort kommen zu lassen. Aus diesem Grunde wurden 300 Wissenschaftler, Politiker, Verbände und andere um eine Meinungsäußerung gebeten. Von diesen 300 war leider nur eine Handvoll bereit, dieses Angebot anzunehmen.

Das Buch ist in vier Teile untergliedert. Im ersten Teil mit dem Titel "Bestandsaufnahme" wird die heutige Situation hinsichtlich Tierversuchen an den Universitäten beschrieben. Tierversuche und Tierverbrauch während des Medizin-, Biologie- und Tiermedizinstudiums werden ebenso vorgestellt wie schon existierende Alternativen dazu. Außerdem wird ein Blick auf die rechtlichen Aspekte des Tierverbrauchs während des Studiums geworfen (Tierschutzgesetz, Ausbildungsordnungen).

Im zweiten Teil, "Diskussion" betitelt, kommen auf gut 300 Seiten diejenigen zu Wort, die bereit waren, ihre Meinung pro oder contra Tierversuch kundzutun. Neben Beiträgen von Tierversuchsgegnern wie z. B. Dr. Bernhard Bambeck, dessen Buch "Mythos Tierversuch" im VDPP-Rundbrief Nr. 13, 1992 (S. 30f) vorgestellt worden ist, findet man auch solche von Befürwortern von Tierversuchen. Hier sei beispielhaft Professor Wolfgang Kuschinsky genannt, der am physiolog. Institut der Uni Heidelberg lehrt.

"Ago ergo sum" ist dann der dritte Teil überschrieben. In ihm findet man wie im darauf folgenden Anhang, dem vierten Teil, Tips, was man als Tierversuchsgegner während des Studiums beachten muß und an wen man sich mit der Bitte um Hilfe wenden kann.

Sieht man einmal von der peinlichen Umschlagsgestaltung ab, ist das Buch "Über Leichen zum Examen?" durchaus gelungen. Es enthält viele wichtige Informationen und Denkanstöße für diejenigen, die dieser Themenkreis interessiert oder die sich während ihres Studiums damit auseinandersetzen müssen. Für alle, die Kontakt zum Bundesverband Satis aufnehmen wollen, sei hier noch die Adresse genannt: Satis e.V., Vaihinger Str. 6, 70567 Stuttgart

Ute Meyerdirks-Wüthrich

Neue Buchtips

Barbara von Bellingen, Mord und Lautenklang, Ein Kriminalroman aus dem Mittelalter, Econ Verlag, 14,- DM

Barbara von Bellingen ist mir durch ihren Vorzeitroman "Tochter des Feuers" bekannt. Sehr empfehlenswert!

Gret Grundun ist 20 Jahre alt und seit sechs Jahren im Dienst von Doktor Minutus. Als Findelkind wuchs sie unter der Obhut von Schwester Immawlata - Apothekerin aus Berufung - in einem Nonnenkloster auf. Gret lebt, wie das von einer Frau ihres Standes erwartet wird, sittsam unauffällig, verwandelt sich aber, als in ihrer Umgebung dunkle Verbrechen aufzuklären sind, in eine Detektivin.

Sie besucht immer wieder Mutter Immawlata in dem altvertrauten, kräuterduftgeschwängerten Laboratorium und erhält von ihr den wichtigen Hinweis, über die Wirkung von Schlangengiften. Grets Nachforschungen werden nicht gern gesehen. Mehrere Anschläge auf ihr Leben sind die Folge. Mit der Hilfe von Freunden kommt sie dem Täter auf die Spur - bis sie schließlich den Schuldigen vor Gericht bringen kann.

Ingrid Noll, Die Apothekerin, Diogenes Verlag, 36,- DM

Das Comeback der Rosemarie Hirte aus dem Bestseller "Der Hahn ist tot" als unberechenbare Beichtmutter der Apothekerin Hella, die unter ihrem Helfer-, Retterinnen- und Muttertrieb leidet, der sie immer wieder an die falschen Männer und in die abenteuerlichsten Situationen geraten läßt.

Frances Fyfield, Tiefer Schlaf, Apothekerkrimi, jetzt als Taschenbuch bei DTV

Ein Mord im Londoner East End - Margaret, die Frau eines Apothekers, wird von seiner Angestellten Kimberley Perry tot in ihrem Bett aufgefunden. Die schöne Kimberley wohnt mit ihrem Sohn gleich nebenan. Polizei und Staatsanwaltschaft werden eingeschaltet - aber war es wirklich Mord?

Irmgard Hüllfermann, Mit Lust und Eigensinn, Fischer Verlag, 14,90 DM

Gegen das falsche Frauenbild in unserer Gesellschaft, das ständigen Verzicht und andauernde Aufopferung fordert. Ein Buch für alle Frauen, die ihr Leben endlich selbst bestimmen wollen.

Ute Ehrhardt, Gute Mädchen kommen in den Himmel - böse überall hin", Verlag Krüger, 29,80 DM

Frauen trauen sich selten, deutlich zu sagen, was sie wollen. Sie fühlen sich leicht schuldig, wenn sie nein sagen. Sie achten darauf, andere nicht zu verletzen, nicht zu übergehen und niemanden zu enttäuschen. Ute Ehrhardt analysiert und erklärt, mit welchen Selbstbeschwörungen und impliziten Drohungen Frauen sich selbst daran hindern, ein erfülltes und selbstbestimmtes Leben zu führen, und sie zeigt Gegenstrategien auf.

Anette Bopp / Gerd Glaeske, Was hilft?, Medikamentenführer für Frauen, Verlag Antje Kunstmann, 39,80 DM

Gerd Glaeske ist uns allen, denke ich, wohlbekannt.

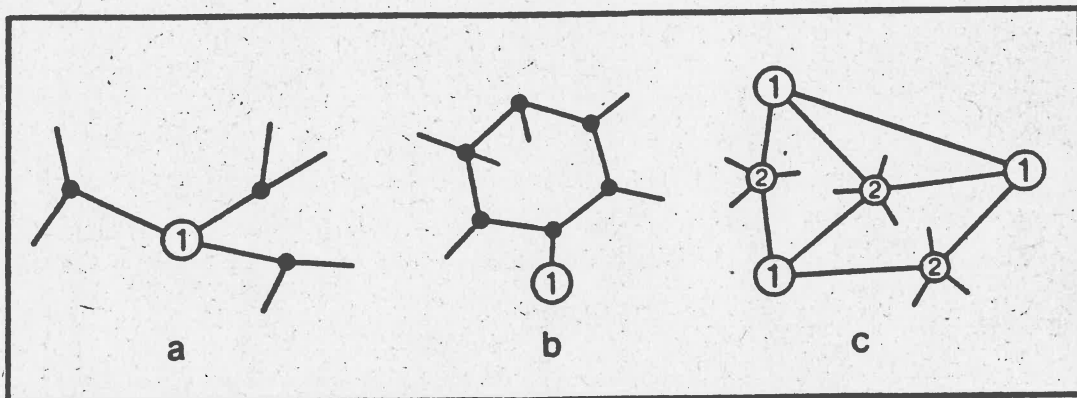
Anette Bopp ist Diplombiologin und freie Medizinjournalistin für z.B. GEO und Stiftung Warentest. Sie ist Autorin mehrerer Gesundheitsratgeber u. a. der Stiftung Warentest.

Frauen schlucken wesentlich mehr Medikamente als Männer - warum kriegen Frauen mehr und andere Medikamente verschrieben? Mit Psychopharmaka sind Ärzte bei ihnen schneller zur Hand; Männer bekommen aktivierendes, Frauen vor allem beruhigendes, ruhigstellendes - leiser-machendes verordnet: Tranquillizer und Psychopharmaka und - deutlich billigere Arzneimittel. Anpassung auf Rezept?

Nicht für die Patientin, die über die Vorgänge in ihrem Körper, mögliche Krankheitssymptome und sinnvolle Therapiemöglichkeiten informiert ist. Ausführlich werden deshalb die einzelnen Krankheitsbilder vorgestellt; Hinweise auf alternative Behandlungsformen z. B. Homöopathie und Pflanzenheilkunde ergänzen die kritischen Arzneimittellisten und machen das Buch zu einem unentbehrlichen Nachschlagewerk.

Aus dem Inhalt: Zyklusstörungen, Menstruationsbeschwerden, Verhütungsmittel, Arzneimittel während der Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit, Myome, Endometriose, Unfruchtbarkeit, Wechseljahre, Osteoporose, gutartige Brustkrankungen, Infektionen der Sexualorgane, Nieren- und Blasenentzündung, Inkontinenz, psychische Störungen, Schmerzen, Migräne, Magen-Darm-Beschwerden, Diäten- und Abmagerungsmittel, Venenleiden, Schilddrüsenerkrankungen, Akne, niedriger Blutdruck, Vitamine und Mineralstoffe.

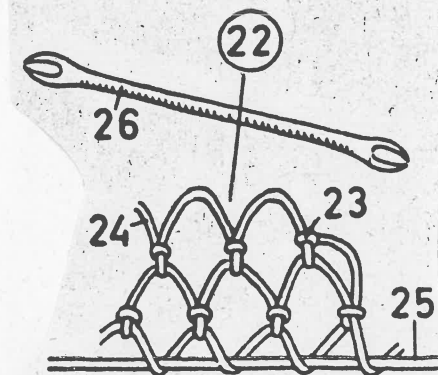
Bald ist Weihnachten - wünschen oder selbst verschenken!



Netzformen in der Versorgungs- und Energietechnik.

Auf den Dokumentationsseiten findet der geneigte Leser - die geneigte Leserin natürlich auch - folgende Dokumente:

Zuerst einmal veröffentlichen wir aus dem Papier der Spitzenverbände der Krankenkassen, das den Titel "Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung" trägt. Diesem Papier, das viele ApothekerInnen zur Weißglut gereizt hat, folgt dann der Aufruf der Internationalen Initiative gegen die geplante Bioethik-Konvention und des Europäischen Biotethischen Netzwerks. Obwohl die parlamentarische Versammlung des Europarates dieser Konvention Anfang Oktober die Zustimmung verweigert hat, ist es meiner Meinung nach wichtig, sich darüber eine Meinung zu bilden. Der Vorstand des VDPP wird auf seinem nächsten Treffen entscheiden, ob er diesen Aufruf mittragen wird. Wer weitere Informationen über diese Bioethik-Konvention haben will, wende sich bitte an die Geschäftsstelle des VDPP.



- 22 die Filetarbeit (Netzarbeit, das Filament)
 23 die Filetschlinge (der Filetknoten)
 24 der Filetfaden
 25 der Filetstab
 26 die Filetnadel (Netznadel, Schütze, Filiernadel)

Spitzenverbände der Krankenkassen

Im Wortlaut...

Aus dem Papier der Spitzenverbände der Krankenkassen mit dem Titel „Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung“ veröffentlichen wir das Kapitel „5.3 Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung“. Es hat folgenden Wortlaut:

5.3 Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung

Für die Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung in der GKV gilt gleichfalls, daß Wettbewerbselemente immer dann zu nutzen sind, wenn sie der Wirtschaftlichkeit oder Qualität der Versorgung dienen. Dafür bestehen unterschiedliche Anknüpfungspunkte. Angebot und Nachfrage auf dem Arzneimittelmarkt gliedern sich in mehrere Ebenen, die jeweils durch spezifische Wettbewerbsintensivitäten gekennzeichnet sind. Die Rolle der Krankenkassen beschränkt sich bisher nur auf die Finanzierung der von den Ärzten verordneten Leistungen. Im Rahmen der zukünftigen Wettbewerbsstruktur ist eine aktivere Nachfragerrolle der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich.

Mit der Positivliste wird gegenwärtig ein Verzeichnis für die gesamte GKV erstellt, mit dem das Arzneimittelangebot auf therapeutisch nützliche und zweckmäßige Arzneimittel begrenzt werden kann. An diesem Verzeichnis soll auch im Wettbewerb der Kassenarten festgehalten werden. Der gesetzlichen Krankenversicherung sollte jedoch die Möglichkeit eingeräumt werden, z. B. in besonderen Versorgungsmodellen eigene, nach pharmakökonomischen Gesichtspunkten zusammengestellte Arzneimittellisten zu vereinbaren, die sich lediglich auf Teile der Positivliste beziehen.

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen streben eine Differenzierung des Arzneimittelangebotes in „unverzichtbare“, „unumstrittene“ und „sonstige“ Arzneimittel an. In die gemeinsame Positivliste fallen lediglich

Inhalt des Kassenpapiers zur Zukunft der GKV

1. Einleitung
2. Rahmenbedingungen
3. Ziele der gesetzlichen Krankenversicherung
4. Leistungsumfang und Finanzierung der GKV
5. Wettbewerbliche Steuerung im Gesundheitswesen.
 - 5.1 Weiterentwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung
 - 5.2 Weiterentwicklung der stationären Versorgung
 - 5.3 Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung

„unverzichtbare“ und „unumstrittene“ Arzneimittel.

An diesen drei Gruppen sollten die Formulierung der Richtgrößen, die Zuzahlungsregelungen sowie die möglichen Vertriebswege ansetzen. Während die erforderliche Ausgrenzung der „sonstigen“ Arzneimittel (umstrittene und unwirksame) durch die künftige Positivliste erwartet werden kann, ist innerhalb der Positivliste eine Unterscheidung zwischen „unverzichtbaren“ und „unumstrittenen“ Arzneimitteln bis heute nicht vorgesehen. Sie könnte der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen überlassen bleiben. Da allerdings eine entsprechende Differenzierung der Zuzahlung der Versicherten befürwortet wird, sollte ein Auftrag an das „Institut Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vorausgehen, die Arzneimittel der Positivliste gegliedert nach Indikationsgebieten, Stoffgruppen und Stoffen sowie Therapierichtungen zusammenzustellen.

Innerhalb der Positivliste als „unverzichtbar“ gekennzeichnete Arzneimittel, für die künftig keine Zuzahlung des Versicherten vorgesehen werden sollte, sollten auch vom Arzt abgegeben werden können. Dabei kann es sich allerdings nur um eine eng begrenzte Zahl von Mitteln mit eindeutiger Indikation handeln. Auf „unumstrittene“ Arzneimittel sollten auch weiterhin Eigenanteile der Versicherten erhoben werden, die den heutigen Zuschlägen im Umfang entsprechen. „Sonstige“ Arzneimittel sollten nur mit besonderer Begründung des Arztes zu Lasten der GKV (ggf. mit höherer Zuzahlung) verordnungsfähig sein oder der Selbstmedikation überlassen bleiben.

Arzneimittelrichtlinien und Therapieempfehlungen sowie indikations- bzw. stoffgruppenbezogene Richtgrößen sollten weiterhin gemeinsam und einheitlich vereinbart werden.

Für in hohem Maße spezifisch wirkende Arzneimittel mit enger (seltener) Indikation, die nicht zur allgemeinen Anwendung bestimmt sind, sollte künftig die Verordnung und die Abgabe auf Ärzte mit entsprechender Weiterbildung beschränkt werden.

Hierzu sind arzneigesetzliche Voraussetzungen zu schaffen. Die gebietsge-

bundene Verordnungsermächtigung ist – international weithin üblich – eine weitere qualitätssichernde Maßnahme der Arzneimittelversorgung.

Die Defizite der Ausbildungsordnung für Mediziner in den Bereichen Pharmakologie und Pharmakotherapie werden seit vielen Jahren diskutiert. Insofern kann auch bei der im europäischen Vergleich hohen Zahl von 50 000 verkehrsfähigen bzw. verordnungsfähigen Arzneimitteln eine ausreichende Informiertheit der Ärzte über die therapeutisch erwünschten bzw. unerwünschten Wirkungen nicht erwartet werden. Für eine verbesserte Qualifikation wird eine institutionalisierte Pflichtfortbildung gefordert. Zudem sind die Vertragsärzte regelmäßig und zeitnah über die von ihnen verordneten Arzneimittel zu informieren. Nach dem Grundsatz „Beratung vor Regreß“ ist eine individuelle Pharmakotherapieberatung sicherzustellen. Ein darauf ausgerichtetes Beratungskonzept ist von der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen gemeinsam zu entwickeln.

Die GKV hält am Festbetragsmodell fest, das inzwischen von mehreren EU-Mitgliedern aufgegriffen worden ist. Es beläßt dem Hersteller das Recht, seine Preise ohne staatliche Einflußnahme zu kalkulieren und ist insoweit Formen der Preis- oder Gewinnkontrolle anderer EU-Mitglieder überlegen. Festbeträge sind auch für imitatorische Innovationen erforderlich, um den Patentschutz für echte therapeutische Neuentwicklungen faktisch zu verbessern und der Parallelforschung, die auf die Umgehung von Patenten gerichtet ist, nicht weitere Anreize zu geben.

Während die Differenzierung von Arzneimitteln und Zuzahlungen, die Festbeträge, Arzneimittelrichtlinien und Therapieempfehlungen auch unter wettbewerblichen Bedingungen gemeinsam und einheitlich vereinbart werden sollten, sind die Vertriebssebenen (Groß- und Einzelhandel) für den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherung zu öffnen. Daher ist es aus Sicht der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich, die bestehenden Rahmenbedingungen in der Arzneimitteldistribution auf den Prüfstand zu stellen. Ziel der gesetzlichen Krankenversicherung ist es, Effizienzpotentiale in der Arzneimitteldistribution für die Versicherten zu erschließen und daher je nach Versorgungsstudie die wirtschaftlichste Belieferungsweise zu wählen. Der

deutsche Pharmagroßhandel ist von starken Konzentrationstendenzen geprägt. Auch die vertikale Integration von Hersteller- und Großhandelsebene nimmt zu. Hiervon wird auch der Einzelhandel nicht unberührt bleiben. Diese Problematik bedarf bei der zukünftigen Gestaltung der besonderen Aufmerksamkeit.

Insbesondere das Fremd- und Mehrbesitzverbot der Apotheker, das eine ineffiziente informistische Struktur im Arzneimitteleinzelhandel konserviert, und die Preisspannenverordnung, die verhindert, daß die vom Großhandel an die Apotheker gewährten, Rabatte auch an die Versicherten weitergegeben werden, sind in Frage zu stellen. Das auf dieser Ebene einschließlich der Rabatte bei Direktbezug bewegte Rabattvolumen wird auf 1,5 bis 2 Mrd. DM geschätzt. Es dient insbesondere zur Aufteilung von Lieferregionen des Großhandels und kommt dem Verbraucher bzw. Beitragszahler nicht zugute. Die Vorschriften des Rabattgesetzes sind auch im Arzneimittelsektor einzuhalten.

Zur Intensivierung des Wettbewerbs der Vertriebsformen sind für geeignete unverzichtbare und unumstrittene Arzneimittel, z. B. in der Dauermedikation bei chronischen Krankheiten, Versandapotheken zuzulassen, die aufgrund von Bestellungen aus Apotheken (Großhandelsfunktion) oder Verordnungen von Ärzten oder aus Versorgungsnetzen (Einzelhandelsfunktion) lieferberechtigt sind. Im Falle der Bestellung durch Ärzte sollte die Abrechnung entsprechender Verordnungen mit einem (geminderten) Fixzuschlag als Bearbeitungsgebühr durch den Arzt erfolgen.

Die genannten wettbewerblichen Möglichkeiten in der Arzneimitteldistribution können einerseits zum Gegenstand von Verträgen zwischen Krankenkassen und den Einrichtungen der Arzneimittelversorgung werden, andererseits von Versorgungsnetzen z. B. im Rahmen kombinierter Budgets genutzt werden.

INTERNATIONALE INITIATIVE GEGEN DIE GEPLANTE BIOETHIK-KONVENTION UND DAS EUROPÄISCHE BIOETHISCHE NETZWERK
(dieser Text ist in englischer und französischer Sprache im Ausland im Umlauf)

DAS ETHOS DER WISSENSCHAFT: WO STEHT DIE BIOETHIK IN EUROPA?

Noch in diesem Sommer will der Europarat die sog. "Bioethik-Konvention" unter Dach und Fach bringen. Prof. Honnefelder, der Leiter des neu gegründeten Bonner Institutes für Wissenschaft und Ethik, beschreibt sie als ein Regelwerk, das "die Europäische Menschenrechts-Konvention fortschreiben soll ... und den Schutz der Menschenrechte und Würde des Menschen in Bezug auf die Anwendung der Biologie und Medizin zum Gegenstand hat".¹

Spätestens seit der prominente Heidelberger Theologe, Dietrich Ritschl, der auf eine langjährige Tätigkeit in amerikanischen Bioethik-Kontexten zurückblicken kann, zu dem erstaunlichen Urteil kam, daß "... für unsere ethischen Überlegungen **nichts Entscheidendes vom Rechtscharakter der Menschenrechte abhängt ...**"² (uns. Hervorh.), ist äußerste Wachsamkeit geboten, wenn im Zusammenhang mit der Bioethik der Begriff "Menschenrechte" bemüht wird.

Die jetzt als Vorentwurf vorliegende "Bioethik-Konvention", die wohl ungewollt ihren Weg in die Öffentlichkeit gefunden hat, bestätigt, daß Wähler und Wählerinnen gut daran tun, die Allianz von Forschung, Verwertungsinteressen und Politik genau unter die Lupe zu nehmen.

Die Konvention geht zurück auf Beschlüsse der Europäischen Ministerkonferenz von 1985 in Wien und der Europäischen Justizminister in Edinburgh, die dazu führten, daß im September 1990 das sog. "Ad Hoc Committee on Bioethics" mit der Ausarbeitung eines Rahmens beauftragt wurde, der "gemeinsame, allgemeine Standards zum Schutz der **menschlichen Person** im Kontext der Entwicklungen der biomedizinischen Wissenschaften festlegt".³ (uns. Hervorh.) Mit

dem Begriff der 'Person' wird die dezente Weichenstellung des Unternehmens bereits offenkundig.

Im Nov. 1992 wurde das Ad-Hoc-Committee in "Steering Committee" umbenannt und gleichzeitig politisch aufgewertet. Die für die Ausarbeitung der "Konvention zum Schutz der Menschenrechte und der Würde des Menschen in Bezug auf die Anwendung von Biologie und Medizin: Bioethik-Konvention" zuständige Arbeitsgruppe besteht aus 8 (in Worten: ACHT) Mitgliedern, die unter Ausblendung der öffentlichen Diskussion einen Völkerrechtsvertrag vorbereiten, der die Interessen und Geschicke (geht man als Minimalbasis vom Europa der Zwölf aus) von ca. 320 Mio (in Worten: DREIHUNDERTZWANZIG MILLIONEN) Bürgerinnen und Bürger berührt, die nicht die geringste Kenntnis von diesen Vorgängen haben. Das ist "praktizierte Demokratie" im Zeichen der 'Bio-Macht' (M. Foucault).

Bereits bei flüchtiger Lektüre des Regelwerkes wird deutlich, daß es hinter dem Nebelschleier des "Schutzes der Menschenrechte" in Wirklichkeit um die gesetzgeberische Festschreibung der freien und ungehinderten Forschung im Humanbereich, den Zugriff auf das notwendige Forschungsmaterial (gemeint ist der Mensch in seiner Genese) und den freien Datenverkehr geht.

Programmatisch ist der Artikel 14, der die freie und ungehinderte Forschung auf den Gebieten Medizin und Biologie festschreibt, und zwar entsprechend den "einschlägigen Schutzvorschriften". Daß die alles andere als ein Bollwerk des Patientenschutzes sind, demonstriert die Erfahrung mit der Verwässerung des Nürnberger Codex durch die Deklaration von Helsinki (1964) und die Deklaration von Tokyo (1975) augenfällig. Insbesondere die deutsche Delegation hatte sich damals beim Weltärztebund ins Zeug gelegt, damit nicht "... sogenannte gesellschaftliche Interessen ... die Oberhand über die Auffassung der forsschend tätigen Ärzte gewinnen ..." Am Ende konnte das Deutsche Ärzteblatt zufrieden konstatieren, "So wie (die Fassung) jetzt lautet, ist der Zugriff staatlicher Behörden auf die Freiheit der Forschung

hörden auf die Freiheit der Forschung blockiert-
"4

Dies entspricht genau einer bioethischen Lieblingsdoktrin: In ihrer Auseinandersetzung mit Hans Jonas, der bekanntlich für eine Ethik der Grenzen, der Vorsicht plädiert und mahnt, daß der Wissenschaftler gerade dort, wo Techniken das Leben der Menschen verändern, um so weniger frei sei, diese Techniken ohne Beschränkung voranzutreiben, weisen die amerikanischen Medizinethiker diese Auffassung kategorisch zurück, weil eine solche Beschränkung "... im direkten Widerspruch zur Freiheit steht, die eine fundamentale Voraussetzung für das Ethos der Wissenschaft ist".⁵

Sieht so das "Ethos der Wissenschaft" aus?

Artikel 6 regelt die Forschung an Menschen, die im weitesten Sinne geistig oder körperlich eingeschränkt oder hilflos sind: den sog. "incapacitated persons". Gemäß Schlußklausel der Konvention sollen die engl. und franz. Fassung des Textes verbindlich sein und deshalb muß man sich an die Definition der "incapacitated person" nach englischem Recht halten, um sich Klarheit zu verschaffen, wer dieser 'ausgewählte Kreis' ist: "... Personen, die durch Geisteskrankheit, Geistesschwäche, körperliche Krankheit oder Behinderung, hohes Alter, Rauschgiftsucht, chronische Trunksucht oder aus einem anderen Grunde (mit Ausnahme von Minderjährigkeit) nicht ausreichend in der Lage sind, ihre Situation zu beurteilen und verantwortliche Entscheidungen über ihre Person zu treffen und mitzuteilen".⁶

Abs. 1, Art. 6 sieht vor, daß Forschung an diesem Personenkreis nur erlaubt ist, wenn sie "dem unmittelbaren therapeutischen Nutzen des Probanden dient". Wie beruhigend!

Indessen, Abs. 2 erlaubt "in Ausnahmefällen" Eingriffe "ohne therapeutischen Wert", wenn Risiko und Belastung für den Probanden "minimal" sind. Der "Ausnahmefall" ist gegeben, wenn ein "übergeordnetes Interesse" vorliegt, wenn ein "ausreichender Schutz" gewährleistet ist, wenn "keine andere [gesunde] Person oder

Personengruppe zur Verfügung steht, oder wenn es "keine andere, ebenso wirksame Methode" gibt. Daß hier auch wieder die rassistische Ideologie vom wertvolleren und wertloseren Menschen mitschwingt, die wie eine breite Unterströmung durch die bioethische Philosophie fließt, mag das folgende Zitat zeigen, das sich in einer neueren Arbeit der Philosophin (FU Berlin) Ursula Wolf findet:

"
*Wie können Versuche an Tieren zulässig sein, wenn eine entsprechende Behandlung von Menschen, (...) die in ihren geistigen Fähigkeiten auf einer Ebene mit den Versuchstieren oder sogar darunter stehen, abgelehnt wird? (...) Versuche an schwachsinnigen Menschen sind in der Tat an und für sich moralisch zulässig.*⁷

“

Was "übergeordnete Interessen" oder "minimale Risiken" sind und wer das beurteilt, läßt der Gesetzgeber offen. Zu schließen ist daraus, daß der Forscher selber entscheiden darf, wann er diese Menschen seinem (grundlagen-)forscherschen l'art pour l'art aussetzen darf, das für sie nicht nur nutzlos, sondern evtl. sogar schädlich ist.

Sieht so das "Ethos der Wissenschaft" aus?

Artikel 17 regelt Gentests zur Voraussage von Erbkrankheiten. Sie sollen zur "Gesundheitsvorsorge oder zum Zweck der wissenschaftlichen Forschung" erlaubt sein, also auf der ganzen Linie (uns. Hervorh.). Hier werden die Weichen für die genetische Durchleuchtung des Einzelnen und, à la longue, die eugenische Sanierung der Bevölkerung gestellt. Die Konturen dieser Zukunft beginnen sich, vor der Öffentlichkeit abgeschirmt, bereits zu materialisieren: z. B. in dem seit einigen Jahren in Mainz und Magdeburg laufenden Programm zum Screening von Neugeborenen im Rahmen einer konzertierten europäischen Aktion, die in ein globales Screening-Programm der WHO eingebunden ist; hier werden auch wieder 'Sozialanamnesen' erhoben, bei denen uns alte Gespenster wie die Frage nach der "Rasse"

und "Hautfarbe" begegnen; oder in der Konzentrierten Aktion zur humangenetischen Beratung in Europa, die im April 1994 auf den Weg gebracht wurde.

Damit nicht genug: bei Vorliegen 'übergeordneter Interessen' dürfen die Testergebnisse auch "an Stellen ausserhalb des Gesundheitssektors" weitergegeben werden. Für 'übergeordnete Interessen' wird man getrost die Interessen von Arbeitsmarkt und Versicherungswirtschaft einsetzen können, für deren ökonomisches Kalkül 'Risikopersonen' kontraproduktiv sind.

Sieht so das "Ethos der Wissenschaft" aus?

Artikel 16 erlaubt Eingriffe in das Genom aus therapeutischen und diagnostischen Gründen, solange damit kein Eingriff in die Keimbahn verbunden ist. Sieht man davon ab, daß hier der Eindruck erweckt wird, die somatische Gentherapie sei eine ganz normale routinemäßige Handlungsvariante im Heilgeschehen - was nicht zutrifft, sondern es handelt sich immer noch um ein genehmigungspflichtiges Experiment, meistens an Todkranken oder Sterbenden, - so scheint es eindeutig: kein Eingriff in die Keimbahn!

Ein alternativer Formulierungsvorschlag zeigt aber, welche Optionen offen gehalten werden sollen, denn hier heißt es, daß solche Eingriffe "... nur insoweit durchgeführt werden (dürfen), als ... sie nicht mit dem Ziel der Keimbahn-Manipulation erfolgen." Und über kausale oder nicht-kausale 'Ziele', die ein Forscher im Hinterkopf haben mag oder die erfreulicherweise völlig 'zufällig' seinen Weg gekreuzt haben, läßt sich selbstverständlich trefflich streiten.

Aus einem Begleitpapier zu Händen der Arbeitsgruppe geht im übrigen hervor, daß die Gruppe das im Konventions-Entwurf festgeschriebene Verbot der Keimbahnintervention als "Kompromiß" wertet, da sie gleichzeitig zustimmt, "daß diese Regelungen in einigen Jahren im Lichte der biomedizinischen Entwicklungen überdacht werden muß."⁸ Das ver-

meintliche Verbot erweist sich damit als sein genaues Gegenteil, nämlich die Zulassung von "biomedizinischen Entwicklungen", deren Faktizität zu gegebener Zeit in die Konvention eingehen soll.

Sieht so das "Ethos der Wissenschaft" aus?

Der Artikel 15 regelt die Forschung an In-Vitro-Embryonen und sieht nur vordergründig nach Restriktion aus: Während das Erlaubtsein der Forschung an In-Vitro-Embryonen in zahlreichen europäischen Ländern noch kontrovers diskutiert wird und die legislative Meinungsbildung nicht abgeschlossen ist, prescht die Konvention hier vor und ebnet die Kontroverse ein, indem sie in aller Eideutigkeit die Forschung an bis zu 14 Tage alten Embryonen erlaubt. Diese Begrenzung auf den 14. Tag ist nur scheinbar eine Einschränkung, denn sie entspricht schlicht dem Stand des technischen Know-How und dem Forschungsbedarf.

Darüberhinaus zeigt sich an dieser Stelle, daß der Konventionstext praktisch nur die Fassade vor einer Vielzahl der eigentlich geltenden Hintergrund-Abreden darstellen wird. Die Arbeitsgruppe nennt das 14-Tage-Limit "eine sehr vorsichtige Regelung", obwohl sie damit zugibt, daß hier die weitestgehende (englische) Position festgeschrieben wird. Soll dies aber als "vorsichtige Regelung" verstanden werden, ist absehbar, daß über Absprachen oder Ausnahmebestimmungen für bestimmte Teilnehmer (siehe Artikel 33 = Vorbehalte) die Aushebung jeglicher Begrenzungen ins Auge gefaßt wird. Auch das Verbot der "Herstellung menschlicher Embryonen ausschließlich für Forschungszwecke" fungiert als optische Täuschung: "Da einige Staaten mit dieser Regelung Schwierigkeiten haben könnten, wird die Möglichkeit erwogen, zu diesem Artikel Vorbehalte zuzulassen."⁹ Außerdem: Wer die Herstellung von menschlichen Embryonen "ausschließlich für Forschungszwecke" verbietet, der will mit der Qualifizierung "ausschließlich" natürlich ein Türchen zu beliebigen anderen Zwecken *neben der Forschung oder über die Forschung hinaus* offenhalten.

Sieht so das "Ethos der Wissenschaft" aus?

Der brisante Bereich der Organtransplantation soll in einem Zusatzprotokoll geregelt werden. Die dafür eingesetzte Arbeitsgruppe soll einen Handlungsrahmen schaffen, der die "Organbeschaffung von Verstorbenen fördert", den "Organhandel verhindert" und die bevorzugte Berücksichtigung von Empfängern ausschließt.¹⁰ Diese Zielsetzungen zeigen, daß der Organtransfer als selbstverständlich vorausgesetzt wird, dagegen die Formel 'kein Organhandel' täuscht. Vielmehr will die Medizin den Organmarkt selber bewirtschaften. Im Hintergrund der Formulierung aus Artikel 11: Weder der menschliche Körper noch Teile davon dürfen als solche einen finanziellen Vorteil begründen" stehen massive monetäre Interessen von Forschung, Medizin und Bioindustrie.

Monetäre Interessen knüpfen sich per Definitionem nur an Eigentum im weitesten Sinne. Der Blick auf den hirntoten Leib als "herrenlose Sache"¹¹, deren sich andere bedienen können, der Blick auf den Menschen als Material, über das disponiert werden kann, erfährt in der aktuellen bioethischen Debatte weitere Eskalation:

” *Nach unserer Auffassung scheint es ganz natürlich, zu sagen, daß die Organe lebendiger Personen lebenswichtige Gesundheitsressourcen sind, die wie alle anderen lebenswichtigen Ressourcen gerecht verteilt werden müssen. Wir könnten uns daher gezwungen sehen, darauf zu bestehen, daß alte Menschen getötet werden, damit ihre Organe an jüngere, kritisch kranke Personen, umverteilt werden können, die ohne diese Organe bald sterben müßten. Schließlich benutzen die alten Menschen lebenswichtige Ressourcen auf Kosten von bedürftigen jüngeren Menschen.*¹²

“

Autoren: Peter Sandoe, Senior Research Fellow an der Universität Kopenhagen u. Vorsitzender der Dänischen Tierethik-Kommission.

Klemens Kappel, Mitglied der bioethischen Forschungsgruppe der Universität Kopenhagen.

Ausgenommen aus dem Zusatzprotokoll zur Organtransplantation sind ausdrücklich "Blut, Blutbestandteile, Eizellen, Sperma, embryonale und fetale Organe."¹³ Das läßt nur zwei Interpretationen zu: entweder sollen die bereits bestehenden Praktiken des Handels mit menschlich-embryonalem und fetalen Gewebe auch künftig geschützt werden, oder aber sie sollen der 'ethischen' Beurteilung ganz und gar entzogen werden. Vieles spricht für die erste Lesart, die zugleich Rückschlüsse zuläßt auf die Verstrickung des derzeit einflußreichsten Ethik-Gremiums in Europa in die betriebswirtschaftlichen Sachzwänge des weltweiten Fetalhandels.

Sieht so das "Ethos der Wissenschaft" aus?

Die in der Konvention anvisierten Ziele: freie und ungehinderte Forschung, Zugriff auf das notwendige Material und freier Datenverkehr bedürfen der Akzeptanz und Kooperation des Beforschten. Die Zauberformel heißt "informierte Zustimmung". Damit der Beforschte zustimmen kann, braucht er Informationen. Das Informationsmonopol haben die Experten: sie diagnostizieren das Problem, sie bieten Lösungen an, sie quantifizieren Risiken, sie prognostizieren Chancen und Ausweglosigkeiten - dann ist man "informiert" und muß entscheiden. Die Konsequenzen der Entscheidung verantwortet man selber, der Wissenschaftler wird vom Anbieter zum Anwender, der nur noch auf Bestellung arbeitet.

Die informierte Zustimmung ist ein Ausschlußverfahren. Die Kombination von Personenbegriff, der immer nur Bestimmte meint (und andere nicht) und "informierter Zustimmung", die immer nur Bestimmte abgeben können (und andere nicht), erlaubt es, Interessen und Bevölkerungsgruppen gegeneinander auszuspielen.

Daß auch der "Schutz der Menschenrechte" in der Bioethik-Konvention nicht ungeschoren von der Interessenlobby davon gekommen ist, zeigt ein Blick auf die Entstehung der Konvention, denn nicht umsonst gehört die European Science

Foundation, der Dachverband der Europäischen Wissenschaftsorganisationen, zu den Mitgliedern des Ad-Hoc-Committee on Bioethics und späteren Steering Committees. Zuständig für den Bereich Medizin/Medizinethik im Dachverband sind die sog. europäischen Medical Research Councils, deren Executiv-Gruppe sich 1992 vom Entwurf der Konvention alarmiert zeigte. Sollte die Konvention in der damals vorliegenden Form ratifiziert werden, hieß es, "würde dies deutlich Einfluß auf die Möglichkeiten der nationalen Medical Research Councils haben, einigen ihrer Aufgaben nachzukommen."¹⁴

Um die Entwicklungen unter der Kontrolle der Wissenschaftslobby zu halten, beschloß man, eine Arbeitsgruppe (Panel on Bioethics) zu bilden, um den eigenen Standpunkt offensiver in die laufenden Beratungen über die Bioethik-Konvention einzubringen. Es ist zu vermuten, und bestätigt sich bei der Analyse, daß der jetzt vorliegende Konventions-Entwurf die Handschrift der europäischen Forschungslobby trägt.

Ganz abgesehen vom Inhalt des Dokuments deuten einige verfahrenstechnische Indizien auf die äußerst dünne Legitimationsbasis des Unternehmens und auf seinen grob und bewußt manipulativen Charakter. Die Konvention soll z. B. schon dann in Kraft treten, wenn drei Staaten, darunter zwei Mitgliedstaaten des Europarates, sie ratifiziert haben. Damit ist sichergestellt, daß die forschersich freizügigsten Kandidaten mit einer Fassung vorpreschen können, die dann als Druckmittel gegen die anderen Staaten verwendet werden kann. Dies dürfte nicht zuletzt mit Hilfe der nationalen Forschungsverbände geschehen, die sich nun auf einen europäischen "Konsens" berufen können und von ihren Regierungen, z. B. in Deutschland mit dem Argument der Wettbewerbsgleichheit für den "Wirtschaftsstandort Deutschland", Aktionsfreiheit fordern werden.

Wo der Konventions-Entwurf in der Präambel noch feierlich die großen Menschenrechts- und Bürgerrechtskonventionen beschwört, wo der Leiter des neuen Bonner Ethik-Institutes noch vollmundig von einer "Fortschreibung" der Men-

schenrechte redet, spricht das Büro für Technikfolgen-Abschätzung des Amerikanischen Kongresses nur noch nüchtern von einer "*lockeren Anbindung*" des geplanten Regelwerkes an die Europäische Menschenrechtskonvention. (uns. Hervorh.)¹⁵

Die Arbeitsgruppe, die für die Ausarbeitung des Konventions-Entwurfs zuständig ist, ist sich offenbar selber bewußt, daß die Konvention einer Überprüfung durch den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte kaum standhalten würde, denn einen entsprechenden Vorschlag nennt sie vage eine "Idee", die man "weiter prüfen" müsse.¹⁶

Es scheint, daß die geplante Bioethik-Konvention ihr Versprechen einlöst: bei der "Fortschreibung der Menschenrechte" werden die Menschenrechte im buchstäblichen Sinne fort geschrieben.

Literatur:

1. Schreiben von Prof. Dr. L. Honnefelder an Ministerin Anke Brunn v. 25.1.94
2. Dietrich Ritschl, Menschenwürde und Medizinische Ethik, in: Wege zum Menschen, Jan. 1976, S. 16-33
3. Europäisches Parlament, STOA, "Bioethics in Europe", Final Report, Luxembourg 1992, S. 257/258
4. zitiert nach L. Weiß, Freiheit der Forschung oder Schutz des Patienten?, in: FREITAG Nr. 11, 11.3.1994
5. Edmund D. Pellegrino/David C. Thomas, A Philosophical Basis of Medical Practice, New York, 1981, S. 33/34
6. Henry Campbell Black, Black's Law Dictionary. Definitions of the Terms and Phrases of American and English Jurisprudence, 5. Auflage, sowie Uniform Probate Code, Articles 5-101
7. Ursula Wolf, Das Tier in der Moral, Frankfurt, 1990, S. 110

8. Council of Europe, Steering Committee on Bioethics, "The draft Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Bioethics Convention", doc. CDBI/INF (93) 3 v. 18.11.93, S. 3

9. Doc. DCBI/INF (93) v. 18.11.93, S. 3

10. Doc. CDBI/INF (93) v. 18.11.93, S. 4

11. Forschungsarbeitsgemeinschaft Bioethik in Nordrhein-Westfalen, Antrag auf Gewährung einer Sachmittelhilfe für das Forschungsprojekt "Die Natürlichkeit der Natur und die Zumutbarkeit von Risiken", S. 4

12. K. Kappel, P. Sandoe, Saving the Young Before the Old - A Reply to John Harris, in: Bioethics, vol. 8 No. 1, 1994

13. Doc. CDBI/INF (93) v. 18.11.93, S. 4

14. European Science Foundation, Annual Report 1993, S. 11

15. Congress of the United States, Office of Technology Assessment, Biomedical Ethics in U.S. Public Policy, Washington, 1993, S. 53

16. Doc. CDBI/INF (93) v. 18.11.93, S. 4

VerfasserInnen:

Erika Feyerabend, Sozialpädagogin, Genarchiv Essen, FINRRAGE

Ursel Fuchs, freie Rundfunkjournalistin, Düsseldorf

Wilma Kobusch, Sprachwissenschaftlerin, Gelsenkirchen

Jobst Paul, Philologe, Sulz a. Neckar

Das Papier wird von folgenden Persönlichkeiten und Institutionen mitgetragen:

Prof. Dr. Gerhard Baader, Medizin-Historiker, Berlin; Dr. Wolfgang Baur, Dozent f. Deutsch und Ethik, München; Anne Becher-Hülshoff, Berufsschulpfarrerin, Düsseldorf; Christoph Beck, Dipl.-Päd., Diakonisches Werk Baden; Axel Becker, Sozialwerk, Evang. Stadtkirchenverband Köln; Dr. B. Böhm, Historiker, Kuratorium Gedenkstätte Sonnenstein/Pirna; Dr. Bettina Bouresh, Historikerin, Archiv Landschaftsverband Rheinland, Düren; Christian Bradl, Sprecher des Arbeitskreises Geistige Behinderung, Kerpen; Hans Branscheidt, Medico International e.V., Frankfurt; Hiltrud Breyer, Mitglied d. Europa-Parlaments, Deutschland, Matthias Brose, Hannover; Linda Bullard, Greens in the European Parliament, Belgien; Ute Daub, Dipl. Soziologin u. Journalistin, Frankfurt; Prof. Dr. Dr. Kalus Dörner, Chefarzt d. Westfälischen Klinik Gütersloh; Nikolaus Einhorn, Gestalt-Therapeut, Ges. f. angew. Tiefen-Ökologie, München; Kerstin Eitner, Hamburg; Gerda Engelbracht, Kulturwissenschaftlerin, Zentralkrankenhaus Bremen-Ost; Dr. Heinz Faulstich, Konstanz; Feministisches Frauengesundheitszentrum e.V., Clio, Berlin; Ludger Fittkau, Journalist, Politisches Bildungswerk NEW Essen; Prof. Dr. Gerda Freise, Göttingen; Armin Fruss, Historiker, Giessen; Dr. Phil. Petra Gehring, Philosophin, Bochum; Brita N. Gölle, Politikwissenschaftlerin, Oslo; Dr. Gisela Gräning, Biologin, Hamburg; Matthias Hamann, Arzt, Niedersächsisches Landeskrankenhaus Hildesheim; Sabine Henze, Deutsche Huntington-Hilfe, Mechernich; Prof. Dr. Erika Hickel; Kurt Hondrich, Sozialethischer Ausschuß, Evang. Stadtkirchenverband Köln; Anita Idel, Tierärztin, Barsbek; Dipl. Oec. Margret Jäger, Duisburger Institut f. Sprach- und Sozialforschung; Prof. Dr. Siegfried Jäger, Duisburger Institut f. Sprach- und Sozialforschung, Hans-Jürgen Jonas, Sonderschulpädagoge, Gesundheitsladen Köln; Wolf Kätzner, Archivar, v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel; Prof. Dr. Heidrun Kaupen-Haas, Inst. f. Medizin-Soziologie, Hamburg; Claudia Kirsch, Hamburg; Floriane Koechlin, Biologin, Schweizer Arbeitsgemeinschaft Gentechnol., Basel; Dr. Arnold Köpcke-Duttler, Privat-Dozent, Kist; Françoise Laborie, Soziologin, INRA, Paris; Dr. Helmar Lang,

Rechtsanwalt, Düsseldorf; Dr. Peter Liebermann, Rheinische Landesklinik Langenfeld; Klaus v. Lüpke, Theologe, Behindertenreferat des Ev. Stadtkirchenverbandes Essen; Christina Markert, Studentin, Oldenburg; Brigitten McManama, Soziologin, Hamburg; Ruth McNally, University of the West of England, UK; Frank Mehlis, Dipl. Päd., PRI-MEDIA Bonn; Dr. Hans Dieter Middelhoff, Chefarzt, Psychiatrisches Landeskrankenhaus Wiesloch; Jutte Moller, Hebamme u. Medizinhistorikerin, Dänemark; Ulrich Morlock, Student, Tübingen; Bence Holm Nielsen, Ärztin, Kopenhagen; Klara Nowak, Vors. d. Bundes d. Euthanasiegeschädigten u. Zwangssterilisierten; Linda Orth, Archivarin, Rheinische Landesklinik Bonn; Ingrid Reinecke, Journalistin, Hamburg; K. G. Scheler, Hamburg; Sabine Schleiermacher, Theologin, Hamburg; Dr. Hans-Walter Schmuhl, Historiker, Bielefeld; Ingrid Schneider, Dipl. Politologin, Redakteurin u. Lehrbeauftragte, Hamburg; Dr. Hans Ludwig Siemen, Dipl. Psych., Bezirkskrankenhaus Erlangen; Udo Sierck, Bibliothekar, "Autonom leben", Hamburg; Josef Simon, Pensionär, Bund d. Euthanasiegeschädigten u. Zwangssterilisierten; Rudi Tarneden, Sonderpädagoge, Köln; Petra Thorbrietz, Journalistin, Hamburg; G. Thieme, Hamburg; Brigitte Tomadich, Hamburg; Christoph Trapp, Pressesprecher d. Deutschen Zentralvereins homöopath. Ärzte, Bonn; Prof. Dr. Dr. A. Trojan, Inst. f. Medizin-Soziologie, Hamburg; Volker van der Locht, Dipl. Päd., Forum d. Behinderten- u. Krüppelinitiativen, Essen; Traugott Vitz, Gemeindepfarrer, Hilden; Anne Waldschmidt, Soziologin, Bonn; Dr. Ute Winkler, Soziologin, Frauengesundheits-Zentrum Frankfurt; Dr. Michael Wunder, Evangelische Stiftung Alsterdorf, Hamburg; Gisela Wuttke, Medizin-Soziologin, Kontaktstelle "Organspende", Billerbeck; Beate Zimmermann, Ärztin, Gen-Archiv, Essen

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg
Siehe Bayern

Bayern

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

Berlin

Susanne Bahrke
Elberfelder Str. 4
10555 Berlin
Tel.: 030/3921574 (priv.)
030/78007358 (Mo-Fr 9-15 h)

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