

Inhalt

Jürgen Große 3
Grüßworte des Vorstands

Frauenseminar:

Ildikó Szász 4

Frauenkloster Reutberg

Christl Trischler / Ilona Yousif 5

Frauenseminar 95 Bernried

Ingeborg Simon 13
Berliner Kammerspiele

Udo Puteanus 15
Pharmakoökonomische Studien

Udo Puteanus 18
Kommentar

Termine und Veranstaltungen 19

Eugen Eschenlohr 20
Bioethik in Pharmazie und Medizin

Michael Höckel 24
Viertes Netzwerktreffen in Leipzig

Bernd Rehberg 25
Fünftes Netzwerktreffen in Kassel

Netzwerk „Apotheken im VDPP“ 26

Udo Ament 31
Erläuterungen

Jürgen Große 32
Konstituierende Sitzung des Gesamtvorstands
am 25. März 1995 in Leipzig

Thomas Hammer 33
Vorstandssitzung vom 28.5.95

Finanzplan 36

Who's who im VDPP - Fragebogen 38

Dokumentation

Arbeitsgemeinschaft Arzt/Apotheker 40

Stellungnahme des IPPNW 43

nie wieder 45

Editorial

Jetzt, nachdem wir einen Scanner mit Texterkennung benutzen, werde ich oft gefragt, "wie hätten Sie's denn gern?" Das ist eben eine Frage der Erfahrung, die sich mit der Zeit herstellt.

Im allgemeinen gilt: Wer Texte nicht per Modem auf die Telefonleitung geben kann oder 'ne Diskette schicken, nimmt am besten eine ganz normale Schrifttype wie Courier - was sich für Schreibmaschinen-Schreibende ja von ganz allein ergibt. Je besser das Farbband und die Reinigung der Typen, desto leichter für uns. Für Satzzeichen gilt als Faustregel: Sie werden direkt an das vorhergehende Wort angeschlossen (ausgenommen z.B. Anführungsstriche unten).

Beim Papier sind weiße A4-Bögen die besten. Das Ganze per Post oder Fax an uns. Beim Faxen bitte kurz vorher anrufen, damit wir das Fax-Gerät einschalten.

Artikel und Beiträge bitte bis zum 1. September wieder an:

Christa Augustin
Alsterdorfer Str. 18
22299 Hamburg
Tel. 040/476564 (Fax zeitw.)

Impressum

Der Rundbrief ist eine Veröffentlichung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e.V., Fleming-Apotheke, Grindelallee 182, D-20144 Hamburg, Tel./Fax: 040/458768, Bankverbindung: Postgiroamt Berlin, BLZ 100 100 10, Kto. 200 47 - 105
Redaktion: Dr. Christa Augustin (verantwortlich), Thomas Hammer
Layout und Satz: Ulf H. Thomas

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

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Das Gutachten des Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion für das Gesundheitswesen liegt vor. Für die Versicherten bedeutet es eine recht weitgehende Entsolidarisierung, euphemistisch auch als Stärkung der Eigenverantwortung bezeichnet. Das System der gesetzlichen Krankenversicherung würde sich, folgten dem Gutachten auch entsprechende Gesetzesänderungen, dem der privaten Krankenversicherung in vielen Punkten annähern.

Die Vorschläge des Sachverständigengutachtens für den Bereich Apotheken und Arzneimittel enthalten - zur Erleichterung unserer Standesvertretung - überraschend wenige Änderungen. Versandapotheken, Apothekenketten, Fremdbesitz, Dispensierrecht für ÄrztInnen, Abschaffung der Apothekenpflicht, gestaffelte Krankenkassenrabatte etc. werden abgelehnt, obwohl sie zu den ansonsten radikal marktwirtschaftlich ausgerichteten Vorschlägen des Gutachtens gepaßt hätten.

Die ABDA scheint zuversichtlich, die vorgeschlagenen Festbeträge für rezeptpflichtige Arzneimittel, die Aufhebung der Preisverordnung für apothekenpflichtige Arzneimittel und die Möglichkeit der Bildung von Sozietäten mehrerer Apotheken in der politischen Diskussion auch noch verhindern zu können.

Insbesondere der letzte Punkt könnte für uns aber - wenn uns die ausführliche Fassung des Gutachtens vorliegt, und wir wissen, was mit Apothekensozietäten nun genau gemeint ist - ein Grund sein, uns in die Diskussion einzumischen. Vielleicht könnte hier eine mögliche Organisationsform für das Netzwerk Sozialer Apotheken geschaffen werden, allerdings auch für Parma- und Guten-Tag-Apotheken.

Der Vorstand allein wäre mit dieser Diskussion allerdings überfordert. Die Aktivität von mehr Vereinsmitgliedern ist vonnöten. Die verhältnismäßig traurige Beteiligung am letzten Netzwerk-Treffen läßt fürchten, daß die Diskussion der Sachverständigen-Thesen von anderen bestimmt werden wird.

Für den Vorstand: Jürgen Große

Frauenkloster Reutberg

Ildikó Szász

Die Betätigung von Frauen in der Pharmazie schon lange vor ihrer offiziellen Zulassung zum Apothekerberuf wird häufig erwähnt. Leider befassen sich nur wenige historische Untersuchungen mit diesem Thema. Gut belegbar ist, daß es in einigen Frauenklöstern Apotheken gab, welche von den Nonnen in eigener Regie betrieben wurden. Im Zusammenhang mit den Forschungen zum Thema '100 Jahre Studium der Pharmazie für Frauen' wurde stets auch ein Blick auf die Zeit vor 1899 geworfen. Nicht zuletzt deshalb führte im Vorfeld des VddP-Frauenseminars 1995 eine Exkursion zum 1618 gegründeten Frauenkloster in Reutberg (Bayern). Die museale Apotheke des Klosters ist noch nahezu vollständig in den ursprünglichen Räumen vorhanden und gilt als eine der besterhaltensten Barockapotheken überhaupt. Es handelt sich um die ehemalige Apotheke des Heilig-Geist-Spitals in München, die dem Kloster 1688 komplett geschenkt wurde (die Tochter des Spenders lebte im Kloster). Neben einer Vielzahl schönverzierter Standgefäße besitzt das Kloster einen Rezepturtisch mit Aufbauten, Kräuterbücher aus dem 17. Jahrhundert und handgeschriebene Rezeptsammlungen. Die Apotheke wurde zunächst von einem seit 1651 im Kloster lebenden Franziskanerpater betrieben, ab 1700 jedoch von den Nonnen selber. Unbedingt erwähnenswert ist Schwester Elisabeth Ferster. Sie ging beim Münch-

ner Apotheker Franziskus Orthmayer in die Lehre und erhielt die ab 1758 in Bayern erforderliche Approbation. Dies mag als ein Beispiel dafür gelten, daß im Rahmen der Klosterpharmazie der Laienstatus von Nonnen offiziell überwunden werden konnte zu einer Zeit, wo dies Frauen meist verboten war.

Die Reutberger Klosterapotheke war stets eine Konkurrenz für die umliegenden Apotheker, da die Nonnen über ihren eigenen Bedarf hinaus, stets unter caritativen Aspekten, die umliegende Bevölkerung mit preiswerten oder kostenlosen Arzneimitteln versorgten. Die „Kunden“ durften das Kloster dabei nicht betreten. Eine Drehtür ermöglichte es, die schriftlichen Wünsche entgegenzunehmen und bei einer weiteren Drehung das Medikament nach außen zu befördern, ohne daß die Schwestern dabei sichtbar wurden. Diese Klosterapotheke ist heute noch unverändert erhalten.

Ab 1910 durfte die Apotheke nur noch für den internen Gebrauch arbeiten. Bis zum 2. Weltkrieg stellte man noch einen Melissengeist her, der dann in München verkauft wurde. Der Mangel an Alkohol brachte diese Produktion zum Erliegen. Eine Schwester, welche als letztes Relikt eine Calendulasalbe herstellte ist vor kurzem gestorben.

Die in strenger Klausur lebenden Franziskanerinnen haben andere Sorgen als den Verlust ihrer pharmazeutischen Historie. Es fehlt an Nachwuchs. Die 14 betagten Bewohnerinnen konzentrieren ihre ganze Hoffnung zur Zeit auf 2 jüngere Nonnen. Die Haupteinnahmequelle des Klosters ist eine verpachtete Brauerei, eine der wenigen noch eigenständigen Bayerns, die im ständigen Kampf gegen die großen Monopole unterzugehen droht.

Leider blieben viele unserer brennenden Fragen an die hochbetagte Schwester Angela unbeantwortet. Sie hatte die Aufgabe, uns die Apotheke zu zeigen und muß im übrigen in regelmäßigen Abständen das Inventar warten. „Wenn ich abstaube, schaue in manchmal, was noch in den Gefäßen ist“ sagt zu verschmitzt und hat schon das eine oder andere undichte Gefäß mit Blumentopfuntersetzern abgesichert. Einen ungefähren Eindruck, wie die Nonnen einst ihre Apotheke betrieben haben nehmen wir dennoch mit nach Hause.

Christl Trischler / Ilona Yousif

Frauenseminar 95 Bernried

Thema: Konzept für Ausstellung „100 Jahre Pharmaziestudium für Frauen“

Anwesend: Gudrun Hahn, Christiane Hefendehl, Dorothea Hofferberth, Urda Jochheim, Ulrike Kappler, Ildiko Szasz, Christl Trischler, Ilona Yousif.

Beginn: Freitag abend 20h , 9.6.95

Tagesordnung:

1. Wahl der Tagungsleiterin und Protokollführerin
2. Organisatorisches, Grußadressen
3. Adressen aktualisieren
4. Bericht vom Vortag
5. Berichte von Ingeborg Simon, Ildiko Szasz und Ulrike Kappler
6. Material sichten
7. Schwerpunkte setzen
8. Ziel formulieren
9. Arbeitsverteilung
10. Festlegung von Zeit und Ort
11. Weiterführung des Frauenseminars
12. Sonstiges

Die Tagesordnung wurde nach einer Änderung so wie oben angegeben angenommen.

Ta.O.1: Tagungsleiterin: Gudrun Hahn, Protokoll: Christl Trischler und Ilona Yousif

Ta.O.2: Es gab einige Probleme mit dem Versand der Einladungen. Das konnte geklärt werden.

Grüße von Ingeborg Simon, die uns ein umfangreiches Arbeitspapier sandte (Anlage),

... von Bea Arker Maertin, die uns 2 Festschriften des ersten Mädchengymnasiums (Magdalena Neff als Schülerin) schickte,

... von Christine Szlachcic (Postkarte),

... von Gabi Beiswanger und Katrin Benter,

... von Ute Blanke, die in letzter Minute absagen mußte und trotzdem einen Scheck über 130.-DM schickte (als Spende sozusagen).

Der Vorschlag, eine Arbeitsgruppe „Ausstellung“ zu schaffen und vom Frauenseminar abzukoppeln, wurde angenommen. Der Arbeitskreis „Ausstellung“ trifft sich je nach Bedarf jeweils für einen Tag in Kassel, Berlin oder Hanburg. Der nächste Termin: 28.1.96 in Hamburg. Ulrike Kappler und Gudrun Hahn organisieren den Raum und evtl. Übernachtungsmöglichkeiten.

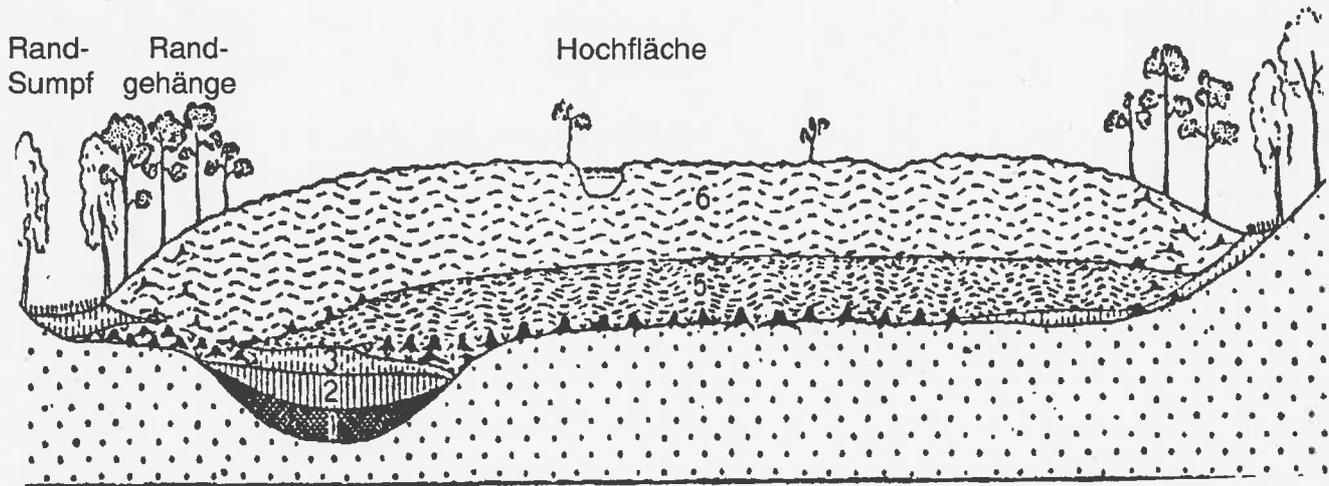
Das nächste Frauenseminar soll wieder in Kassel oder Berlin stattfinden. Der Termin wird festgelegt auf das Wochenende 11./12. Mai 96

Es entwickelte sich eine lebhafte Diskussion, welche Themen beim nächsten Seminar aufgegriffen werden sollen. (Vorgriff auf Ta.O. 12) Die Vorschläge im einzelnen:

Rentenversicherung im Versorgungswerk, Arbeitsrecht, Tarifrecht u.ä., Benachteiligung von Frauen?

Diätetika, Eßstörungen, bzw. Umgang mit betroffenen Patientinnen, Schlankkeitsideal. Abführmittel, Werbung usw. Thema erneut aufgreifen und Stellungnahme für die Öffentlichkeit erarbeiten.

Aufgabe einer Frauenbeauftragten, in welchen Kammern gibt es eine und was macht sie?



Schematischer Schnitt durch ein mitteleuropäisches Hochmoor, das zum Teil über einem verlandeten See, zum Teil durch Versumpfung eines Waldes entstanden ist. 1 Mudde, 2 Schilftorf, 3 Seggentorf, 4 Waldtorf, 5 älterer, 6 jüngerer Sphagnum-Torf. In der Mitte der Hochfläche ein wassergefüllter Kolk (Moorauge). Mineralischer Untergrund punktiert.

Einzelne Kapitel aus dem Ausstellungsthema

Frauengesundheit und Verhütung (siehe Buko-Kampagne)

Gynäkologische Krankheitsbilder - unterschiedliche Therapieansätze von Gynäkologen und Gynäkologinnen,

Feministische Sicht der AM-Therapie

Feministische Kritik an den Naturwissenschaften

Soziologie der Apothekerin

also 3 Themenkreise: Recht - Soziologie - Medizin

Ungeklärt und umstritten blieb die Frage: ein Thema/eine Referentin, oder mehrere Themen/mehrere Referentinnen und vorallem welches Thema. Kurzerhand wurde diese Frage auf den nächsten Tag verschoben.

Ta.O.4: Bericht vom Vortag: siehe Anlage

Unser 95 - Seminar sollte durch eine Excursion in ein Naturschutzgebiet, dem Bernrieder Moor, aufgelockert werden. Anfahrtsprobleme und eine ge-

ringere Teilnehmerinnenzahl als erwartet führten dazu, daß sich am Freitagnachmittag gerade mal 3 Teilnehmerinnen einfanden.

Trotz strömendem Regen spazierten wir, Urda, Ildiko und ich, los, zunächst auf einem kleinen Sträßchen an einem wunderschön und einsam gelegenen Einödhof vorbei, zwischen 2 Seen hindurch, dann durch lichten Wald. Es wurde immer feuchter, sowohl von oben als auch von unten. Die ersten Torfgräben zeigten sich. Mitten im Wald ein wunderschöner, buchstäblich schwarzer See, dahinter leuchtete hell ein zweiter See außerhalb des Waldes, dann ein Schild „Naturschutzgebiet“. Ein kleiner Pfad führte da hinein, er verlor sich im Wasser. Wir gingen also auf dem kleinen Sträßchen weiter in der Hoffnung, einen geeigneteren Zugang zum Moor zu finden. Das Bernrieder Moor ist ein typisches Hochmoor, ein Relikt aus der Eiszeit und in Süddeutschland nur noch in der Rhön so ausgeprägt erhalten. Die Zeichnung soll den Aufbau verdeutlichen.

Vorerst stiefelten wir nur im Randbereich herum. Etwas enttäuscht starteten wir einen zweiten Versuch, als wir, deutlich abgehoben vom saftigen Grün der umgebenden Wiesen, einen braunen, langgezogenen Hügel entdeckten. Tapfer stapften wir quer über eine patschnasse Wiese geradewegs darauf zu. Ein breiter Schilfgürtel verhinderte aber jedes Weiterkommen. Und so blieb uns gar nichts

anderes übrig, als umzukehren, unsere durchnässten Schuhe und Strümpfe zu trocknen und einen letzten Versuch auf den nächsten Tag zu verschieben.

Am Freitag war uns der Wettergott wohlgesonnen. Bei Sonnenschein, gleich nach dem Mittagessen ging's los. Alle 8 verzichteten auf ihre Mittagspause und diesmal hatten wir Glück. Wir fanden den richtigen Pfad, der geradewegs in das Moor hineinführte.

Im Randbereich wuchsen Fichten, Birken und Latschen, dazwischen Heidelbeeren, Preiselbeeren und Heidekraut. Immer schwieriger wurde es zwischen Wasserlachen hindurchzufinden. Bald liefen wir über einen mit Wasser vollgesogenen Torfmoostepich. Torfmoose - verschiedene Sphagnumarten können das 20fache ihres Eigengewichts an Wasser aufnehmen. Diese Moose haben keinen Kontakt zum Grundwasser (s. Zeichnung). Alle Pflanzen, die hier dazwischen wachsen, sind ausgesprochene Hungerkünstler. Sie müssen mit dem Regenwasser und dem, was der Wind anweht, vorlieb nehmen. Die eine oder andere wird ein wenig enttäuscht gewesen sein, weil so wenig zu sehen war. Die Bäume waren verschwunden, nur hie und da stand eine verkrüppelte Latsche - Pinus mugo. Zwischen dem Torfmoos blühten die Rosmarinheide - Andromeda polifolida und die Moosbeere - Vaccinium oxycoccus. Vermutlich war auch irgendwo die in Bayern sehr seltene Zwergbirke - Betula nana und der Sonnentau - Drosera rotundifolia. Der Sonnentau löst das Nahrungsproblem auf „bestialische“ Weise. Kleine Fliegen bleiben auf den mit Tentakeln besetzten Blättern kleben und werden „verdaut“. So kommt diese Pflanze zu den lebensnotwendigen Mineralstoffen. Denselben Trick benützt auch das Fettkraut - Pinguicula vulgaris, von dem wir ein Exemplar entdeckten. In einiger Entfernung leuchteten die weißen Büschel des Wollgrases - Eriophorum vaginatum - über dem braunroten Torfmoos. Da wir bis über die Knöchel in das matschnasse Moos einsanken und jedes weitere Eindringen eigentlich nur unnötige Zerstörung dieser einmaligen Pflanzengesellschaft bedeutet hätte, kehrten wir um und bummelten auf gemütlichen Wegen zurück nach Bernried. Eine Liste der Pflan-

zen, die mir im Gedächtnis geblieben sind und die während der 2 Wanderungen und beim Abendspaziergang zu sehen waren, lege ich bei (s.S. 1). Die lat. Namen sind zum Teil nach einer alten Nomenklatur und sicherlich sind einige Bestimmungen falsch und ungenau. Wir hatten nicht die Zeit um alle genau zu bestimmen und ... oft genug hätten wir uns auf den Bauch ins Wasser legen müssen um genauer hinsehen zu können. Ein großes Lob an alle: keine hat irgendwelche Pflanzen abgerupft und alle haben die widrigen Umstände - Wetter und Nässe - tapfer ignoriert.

Protokoll 2. und 3. Tag

Vorab: Dieses war der schönste VDPP-Tagungsort für mich, das Benediktiner-Kloster eingebettet in einem großen Garten mit Waldrand und direkt am Starnberger See, Kräutergarten im Innenhof, der leisen Fürsorge der Nonnen, schönen Zimmern, sehr gutem Essen, gemütlichen Tagungsräumen und Weinstübli im Keller. Danke vielmals Christl Trischler für die Organisation!

Tagesordnung - Samstag

5. Ideensammlung
6. Berichte: Ingeborg, Ildiko, Ulrike
7. Material sichten
8. Schwerpunkte festlegen
9. Zielvorgabe
10. Arbeitsverteilung

Die Fülle von Daten, Fakten, Informationen, Büchern, Zeitungsmaterialien aus alter Zeit haben wir in eine übersichtliche Form gebracht:

1. Ideensammlung mit 28 Unterpunkten und entsprechender Arbeitsverteilung. Diese Liste geht allen Frauen zu, die auf der Frauenseminaradressenliste als Interessentinnen aufgeführt sind. Sie ist gleichzeitig ein Aufruf an alle Frauen, sich an dem einen oder anderen Thema zu beteiligen. Damit es für die Arbeit einfacher ist, habe ich eine weitere Liste über Zeitungen, Bücher, Daten etc. erstellt.

2. Material- und Datenliste für die geplante Ausstellung. Diese Daten werden von Christiane Hefendehl als Datenbank angelegt. Wer weiteres Material hat, informiere Christiane zwecks Speicherung. Umgekehrt können gesuchte Bücher oder Zeitungsartikel bei Christiane erfragt werden.

Zur geplanten Sonderbriefmarke für Hildegard Neff, erste Pharmaziestudentin vor 100 Jahren, gibt es einen positiv klingenden Briefwechsel zwischen dem Bundespostministerium und Christiane Hefendehl, und einen negativ klingenden der ABDA als Antwort auf Ingeborg Simons Anfrage (siehe folgenden Anhang). Der Antrag kann formlos spätestens 14 Monate vor gewünschtem Termin gestellt werden, kann eine Begründung enthalten. Sinnvoll sind Begründungen auch anderer interessierten Stellen. Wer Bild- und Fotomaterial zum Ausstellungsthema hat, gebe es bitte Urda Jochheim, die diese Aufgabe übernimmt.

Schwerpunkte lassen sich erst festlegen, wenn der Gesamtzeitraum über 100 Jahre erarbeitet ist. Die Zeit vor 1930 bis heute ist noch lückenhaft und Bedarf noch einigem Fleiß. Erwähnt seien zur Materialdurchsicht z.B. die ABDA- Jahresberichte, Apothekerjahrbücher und statistische Jahrbücher.

Die vordergründigsten Zielvorstellungen sind:

1. Kontinuität von Vorurteilen über 100 Jahre bis heute
2. die daraus resultierenden Forderungen des VDPP
3. politische Entwicklung unseres Berufsstandes (heute zu ca. 75% weiblich, um 1900 gab es 14 weibl. Pharmaziestudentinnen!)

Wen wollen wir mit der Ausstellung erreichen? Die Fachöffentlichkeit auf dem Apothekertag Berlin 1999 aber auch Frauen aus anderen Bereichen, deshalb auch der geplante Ausstellungskatalog.

Wir brauchen noch Sponsoren überregional. Kosten für: Wechselrahmen, Stellwände, gestaltete Poster, Farbkopien, Kataloge, Grafiker, Layout, Vitrinen, Miete, Versicherung. (Foyerplatz bezahlt die ABDA)

Wir planen einen Schauspielsketch als Vorspann und/oder zur Abendveranstaltung: Ildiko weiß Näheres (Londer Schiebinger)

Sonntag - Tagosordnung

11. Sonstiges

12. Thema des nächsten Frauensem.

Wir verlesen und diskutieren das Buko-Papier zur Antischwangerschaftsimpfung. Der VDPP sollte dazu Stellung nehmen.

Dem VDPP liegt ein Fragebogen zur Approbationsordnung des Bundesministeriums 1989 vor. Inhalte:

- Erfahrungen mit der neuen Approbationsordnung bis 1995

- insbesondere, ob Ausbildungsinhalte den aktuellen Anforderungen an den Apothekerberuf gerecht werden

- und wie unter Berücksichtigung der bisherigen Erfahrung mit der praktischen Ausbildung und des Wandels der Pharmaz. Berufstätigkeit die praktische Ausbildung neugestaltet und intensiviert werden.

Arbeitsgruppe in Hamburg und Ingeborg Simon erstellen die Stellungnahme.

Wir diskutieren den neuen Parkinson-Test (Fötales Gewebe soll ins Gehirn implantiert werden. Fragen dazu: Müssen 8 Frauen gleichzeitig abtreiben? Ist die Absaugmethode noch möglich? Werden Drittweltländer als Organlieferant ausgenutzt? Die Fragen würden wir gerne auf dem folgenden BioethikSeminar 20./21.10. besprechen. Außerdem wenden wir uns an das FFGZ Frauengesundheitszentrum Berlin und die Zeitschrift Clio, Christiane Hefendehl übernimmt den Text zur Stellungnahme zur Fötalgewebetransplantation.

Weitere Adreßdaten für unseren Rundbrief: z.B. FFGZ, Berlin, Frauen in Naturwissenschaft und Technik.

Am 23./24.9.95 findet die Jahrestagung der Gesellschaft für Geschichte der Naturwissenschaft, Medizin und Technik in Bonn statt, auf der Ildiko einen Vortrag hält: „Geschlechterverhältnisse in den Naturwissenschaften“ Anmeldung nimmt Ildiko entgegen.

Termin für das nächste Frauenseminar:
12. Mai 96.

Ort: entweder Waldschlößchen, Göttingen, oder Niederkaufungen. Entgeltiges besprechen wir bei den nächsten VDPP-Treffen 20./21.10.95 und 28. Januar 96.

Themenvorschläge (können noch gemacht werden, zur Diskussion offen):

1. Soziologie der Apothekerinnen.

Sicher brauchen wir eine Referentin z.B. Marlies Bollo, Soziologin, Medizinerin, Heilpraktikerin, Dorothea wird sie fragen.

Bücher: Beruf der verfehlten Möglichkeiten, Ingrid Schubert, Wider die Natur, 1984, Frauen in Natur und Technik, Sabine Berghahn, Beatrix Tapisser, rororo.

Stichpunkte: Helfersyndrom, Selbstverständnis Apothekerin, Helferin usw., Rolle und Aufgaben von Frauenbeauftragten

2. Eßkrankheiten - Amphetamine

Referentin: z.B. Frau Caupen-Has, Uni Hamburg (Ulrike fragt sie), Gabi Beißwanger, Ingeborg Simon, Ulrike Faber

Ideen zum nächsten Frauenseminar bitte an Dorothea, Christl und Ildiko.

Zum Abschluß gab es noch ein köstliches Mahl und Christl fuhr uns etappenweise zum Bahnhof. Das Seminar war zwar rar besucht, aber dafür sehr arbeitsintensiv.

Wie haben unsere Großmütter gearbeitet?

Betr: Materialsammlung

Seit Jahrhunderten haben Frauen in Apotheken gearbeitet und seit nunmehr fast 100 Jahren dürfen Frauen in Deutschland Pharmazie studieren. Wer hat über die Anfänge der „Frauen in der Apotheke“ Dokumente, alte Urkunden, Studienbelege oder Fotos? Wem sind Frauen bekannt, die Ende 1800/ Anfang 1900 studierten?

Speziell suchen wir das „Abzeichen für Pharmazeutinnen“, das im Jahr 1926 neu aufgelegt wurde und „uns Pharmazeutinnen von der leider so häufig mit uns verwechselten Helferin unterscheiden soll“.

Aus den Materialien soll eine Ausstellung zum 100. Jahrestag der Zulassung von Frauen zum Studium erstellt werden. Kontakt über:

VdPP, c/o Apothekerin Ildiko Szasz, Parkstr. 47, 34119 Kassel,

ABDA · BUNDESVEREINIGUNG DEUTSCHER APOTHEKERVERBÄNDE



ABTEILUNG FÜR INFORMATION UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

ABDA · BUNDESVEREINIGUNG DEUTSCHER APOTHEKERVERBÄNDE
POSTFACH 5722 · 65732 ESCHBORN/TS.

Frau Apothekerin
Ingeborg Simon
Hewaldstraße 5

10825 Berlin

19. Januar 1994

Sehr geehrte Frau Simon,

wie bereits telefonisch avisiert erhalten Sie nachfolgend einige Hinweise, wie beim Antrag auf Herausgabe einer Sonderbriefmarke zu verfahren ist.

Der ABDA-Präsident hat ca. eineinhalb Jahre vor dem Jubiläumsjahr 1991 "750 Jahre Apothekerberuf" in einem Schreiben an den Bundesminister für das Post- und Fernmeldewesen um Prüfung auf Herausgabe einer Sonderbriefmarke gebeten und eine ausführliche Abhandlung beigelegt, die das Ereignis "750 Jahre Apothekerberuf" würdigt. Ferner gingen Schreiben an die damalige Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Frau Prof. Dr. U. Lehr sowie dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Dr. Nobert Blüm, in denen unter anderem die Bitte ausgesprochen wurde, den Antrag auf Herausgabe einer Sonderbriefmarke zu unterstützen und beim Postminister zu befürworten.

Bei der deutschen Bundespost ist ein sogenannter Programmbeirat etabliert, der die Anträge prüft. Das Votum dieses unabhängigen Gremiums bildet die Grundlage für die endgültige Entscheidung des Postministers, die in unserem Falle positiv ausgefallen war.

Zum Schluß noch ein wichtiger Hinweis: Für das Jahr 1991 erhielt das Bundesministerium für Post und Telekommunikation rund 700 Anträge auf Herausgabe einer Sondermarke. Von diesen rund 700 Anträgen wurden lediglich 17(!)

- 2 -

genehmigt, darunter die "Apothekermarke". Es kommt also sicher darauf an, daß Sie Ihren Anlaß (100 Jahre Wiederkehr der Zulassung zum Studium der Pharmazie, Medizin und Zahnmedizin) gut "verkaufen" können und der Programmbeirat der Bundespost dies als ein herausragendes Ereignis würdigt.

Für weitere Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A B D A
Abteilung für Information
und Öffentlichkeitsarbeit



Bernd Theimann

BUKO will sich neuem Schwerpunkt zuwenden

UnterstützerInnen für „Frauengesundheit“ gesucht

Die BUKO Pharma-Kampagne, mit der VDPP seit längerem gute Kontakte hat, wendet sich einem neuen Arbeitsschwerpunkt zu: Frauengesundheit und Verhütungsmittel.

Nachdem bisher in einigen speziellen Fällen Initiative ergriffen wurde (mit Erfolg), soll der Bereich ausgebaut werden. Dazu bittet BUKO um Fördermitglieder oder DauerspenderInnen. Hier ein Auszug ihres Briefes:

Im Leben von Frauen und Männern tauchen früher oder später Fragen auf, die zum Problem werden können: wie verhüte ich? Oder auch: verhüte ich? Welche gesundheitlichen und seelischen Beeinträchtigungen sind zu erwarten? Welche Gefahren gibt es bei langdauerndem Gebrauch des Mittels?

Für Frauen in der Dritten Welt sind solche Fragen ungleich schwerer zu beantworten als für uns. Nicht nur haben sie häufig gar keinen oder nur einen sehr beschränkten Zugang zu Verhütungsmitteln, sondern sie können meistens nicht einmal auf ein funktionierendes Gesundheitswesen zurückgreifen, das eine vertrauenswürdige Beratung und medizinische Behandlung gewährleisten kann. In Ländern der Dritten Welt dienen Verhütungsmittel nicht nur zur Regulation der Fruchtbarkeit, sondern werden von bevölkerungspolitischen Organisationen, Institutionen der Entwicklungshilfe und den Regierungen als geeignetes Mittel angesehen, das Wachstum der Bevölkerung auf der südlichen Erdhalbkugel zu verringern. Die Bedürfnisse von Frauen und Männern stehen meistens nicht im Vordergrund, wenn es um die Verteilung von Kontrazeptiva geht, um die Steigerung von „Akzeptanzraten“ oder um die Erforschung neuer Mittel.

Ein neuer Arbeitsbereich für die Pharmakampagne

Vor zwei Jahren brachte die Pharma-Kampagne zum ersten Mal die Probleme um einen Anti-Schwangerschafts-Impfstoff in die Öffentlichkeit. (...) Seit dieser Zeit greifen wir immer wieder Themen aus dem Bereich Frauengesundheit und Verhütungsmittel auf. (..)

Zum Beispiel ...

... bittet uns das Forum for Womens's Health in Indien um Informationen über Noristerat von Schering. (...) die Inderinnen wollen überprüfen, ob Noristerat in Indien mit denselben Einschränkungen und Anwendungsempfehlungen vertrieben wird wie in Deutschland.

... benötigen Frauen des chilenischen Offenen Forums für Reproduktive Gesundheit und Rechte dringend neuere Literatur über Sterilisationen mit Quinacrin (...)

... fragt die Vereinigung für den rationalen Gebrauch von Arzneimitteln aus Pakistan, für welche Indikationen das Abstillmittel Dopergin von Schering in Deutschland zugelassen ist. In Pakistan, soll stellt sich heraus, wird das Mittel auch für Brustentzündungen beworben, was medizinisch nicht gerechtfertigt ist.

Ingeborg Simon

Berliner Kammerspiele

Liste 1: Liste aktiver Apothekerinnen („Dehne-Liste“) (14)

Liste 2: Offizin - Apotheke („Zindler-Liste“) (31)
(Anm.: Zindler ist Vorsitzender des Berliner Apothekervereins)

Liste 3: Gemeinschaftsliste Berliner Apotheker („Stürzbecher-Liste“) (17)

Liste 4: Gemeinschaftsliste der angestellten Apotheker (Achterberg-Liste“) (13)

Liste 5: Fraktion Gesundheit („Simon-Liste“) (13)

Liste 6: LBA („Gottscholl-Liste“) (4)

Schon vor der Wahl war durchgesickert, daß die „Zindler“- und die „Dehne-Liste“ eine Koalition anstrebten. Was sie zu einem schien, war der Wunsch, die Ära Stürzbecher zu beenden und den Offizinapotheker in den Mittelpunkt ihrer Kammerpolitischen Arbeit zu rücken. Die von ihnen benötigte Mehrheit verfehlten sie knapp. Sie bemühten sich deshalb um die fehlenden Stimmen bei der „Achterberg-Liste“, scheiterten damit aber. Überhaupt war eine deutliche Distanz der anderen Listen gegenüber den Listen 1 und 2 erkennbar.

Alle, die im folgenden eine genüßlich dargebotene Skandalgeschichte erwarten, muß ich gleich zu Beginn enttäuschen! Meine Einblicke in das von Gerüchten begleitete Wahltheater mit unappetitlichem Vorspiel waren und sind nämlich immer noch äußerst beschränkt - auch wenn mir ein rechtes Presseorgan eine zentrale diabolische Rolle als Präsidentenmacherin unterschieben wollte. Die streckenweise zur Schmierkomödie verkommene Wahlzeremonie erlebte die „Fraktion Gesundheit“ von einem dunklen Logenplatz aus mit Blick auf eine nur mäßig ausgeleuchtete Bühne. Während sich hier kaum etwas tat, fand das eigentliche Schauspiel hinter den Kulissen statt, und nur gelegentlich drang etwas davon an unser Ohr. Ich möchte den Auftrag zur Berichterstattung auch mit einer standespolitischen Wertung - einer ausschließlich persönlichen - nutzen. Zum Wahlkampf waren 6 Listen angetreten, die um 92 Delegiertenstimmen kämpften (In Klammern stehen die Zahlen der gewonnenen Mandate):

Welche Absichten und Ziele einten eigentlich diese beiden Listen, die von ihrer Zusammensetzung her so gar nicht zusammenpassen wollten? Die „Dehne-Liste“ war ausdrücklich angetreten, um die Interessen der in den Offizinapotheken tätigen Angestellten zu vertreten. Wie glaubwürdig kann diese Absichtserklärung der „Dehne-Liste“ aber sein, wenn sie sich ausgerechnet mit dem Mann liiert, der gerade einen Großangriff gegen die noch im Bundesrahmentarifvertrag festgeschriebenen Arbeitnehmerrechte vorbereitet!

Während Zindlers „Angebote“ als ADA-Vorsitzender bundesweite Empörung bei den Apothekenbeschäftigten ausgelöst haben, scheinen die Angestellten der „Dehne-Liste“ davon völlig unberührt. Das macht nachdenklich! Offenbar stört es sie auch nicht, daß Zindler beabsichtigt (so nachlesbar in einem von ihm verfaßten Vereinsrundschriften kurz vor der Wahl), die Interessen des Berliner Apothekervereins in der künftigen

Kammerarbeit stärker als bisher einzubringen. Die hervorragende Placierung vieler seiner Vereinsvorstandsmitglieder (incl. des Geschäftsführers) auf den vorderen Listenplätzen unterstreicht diese erklärte Absicht für jeden erkennbar.

Dehne selbst ist zwar noch formal Angestellter (in der väterlichen Apotheke), steht Aber auch schon mal im Unternehmerlager, wenn es gegen Angestellteninteressen geht - wie - z.B. beim letzten Apothekertag, als er gegen eine angemessene Vertretung von Angestellten in den ABDA-Gremien stimmte.

Nicht nur mir ist die Berliner Koalition aus Angestellten und Unternehmern unverständlich.

Ich kann mir ihr Zustandekommen eigentlich nur mit der Unerfahrenheit und standespolitischen Blauäugigkeit der meist jungen KollegInnen der „Dehne-Liste“ erklären. Sie haben offenbar nicht rechtzeitig erkannt, daß sie für Zindler vor allem die höchst willkommene Funktion eines Feigenblattes erfüllen. Aus seiner Sicht lassen sich unternehmerisch bestimmte (Vereins-)Interessen mit Angestellten in der Koalition natürlich leichter durchsetzen.

Solche Mutmaßungen würde Zindler natürlich als große Unterstellung zurückweisen. Er selbst formulierte seine Motive während einer Zusammenkunft aller ListenführerInnen wie folgt: Auf die Frage einer Kollegin, was ihn - Zindler - eigentlich politisch und inhaltlich von Stürzbecher unterscheidet und trenne, antwortete er: nichts! Er wolle lediglich den Generationswechsel an der Spitze der Berliner Kammer! Daß dieses gelogen war, wurde schon kurz darauf am Wahlabend deutlich, als seine Liste eine 52-jährige als Präsidentenkandidatin vorschlug.

Der Wahlausgang ist allgemein bekannt. Stürzbecher wurde mangels einer wirklichen Alternative von den Listen 3 bis 6 als das „kleinere Übel“ wiedergewählt. Diese Wahl war aber auch eine Wahl gegen Zindler, der es Stürzbecher übrigens mit der Gegenkandidatin aus seiner Liste sehr leicht gemacht hatte, zu gewinnen (sie war wirklich er-

bärmlich und peinlich in ihren Aussagen). Sicherlich taten auch die auf Zindlers Konto gehenden Entgleisungen und Diffamierungen während des Wahlkampfes ein übriges.

Fazit?

Die Auseinandersetzungen im Berliner Wahlkampf haben bis in die persönlichen Fehden hinein deutlich gemacht, daß im angeblich so einheitlichen Berufsstand eine zunehmende Polarisierung auch zwischen den unterschiedlichen Interessen und Zielen von Kammern und Vereinen stattfindet.

Auf dem Hintergrund einer fortschreitenden Ökonomisierung und Privatisierung des Gesundheitsmarktes und der damit verbundenen - politisch gewollten - Verschärfung des Wettbewerbs auf Seiten der Anbieter wird es den Kammern immer schwerer fallen, sich einer Instrumentalisierung durch die Vereine zu entziehen. Auf Bundesebene ist sie bereits seit langem erfolgreich mit der ABDA und deren jährlich inszenierten Willensbekundungen (= Hauptversammlung) institutionalisiert.

Diese rechtlich höchst zweifelhafte Verbindung zwischen einer Körperschaft und einem Verein ermöglicht eine Standespolitik nach dem Motto: Soviel Ethik wie nötig - soviel Monetik wie möglich!

Daß da für die Mehrheit der angestellten ApothekerInnen nichts Gutes zu erwarten war und ist, erleben sie seit Jahren - auch in den Kammern, die lt. Satzung die Interessen aller Mitglieder zu vertreten haben.

Die Frage: Kammern wozu und wie lange noch drängen sich mir nach den Berliner Kammerwahlen stärker auf, als zuvor.

Udo Puteanus

Pharmakoökonomische Studien

Ein Symposium der privaten Universität Witten/Herdecke am 5. und 6. Mai 1995

Am 5. und 6. Mai 1995 trafen sich in den Räumen der privaten Universität Witten/Herdecke interessierte Vertreter aus der pharmazeutischen Industrie, privaten Forschungsinstituten, den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung zum ersten deutschen pharmakoökonomischen Symposium.

Internationale Bestrebungen

Hintergrund der Veranstaltung sind internationale Bestrebungen, mit Hilfe von pharmakoökonomischen Studien Arzneimittel auch auf ihren ökonomischen Wert hin zu überprüfen. Aus klinischen Studien der Phase I bis III werden zulassungsrelevante Erkenntnisse gewonnen, die bisher die wichtigsten und oftmals einzigen Bewertungsgrundlagen für die Therapie mit neuen Arzneimitteln in Deutschland waren. Ob die einzelnen Präparate ökonomische Vorteile gegenüber älteren Therapieverfahren haben, war bisher nur in Ausnahmefällen Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen.

In Zeiten knapper werdender finanzieller Ressourcen reichen aus klinischer Forschung stammende Bewertungen offensichtlich nicht mehr aus. In Australien wurde bereits seit 1987 mit ersten Überlegungen begonnen, pharmakoökonomische Studien zu initiieren, wie Dr. J. G. Brecht von der Gesellschaft für interdisziplinäre Forschung und Beratung im Gesundheitswesen in Hamburg berichtete. Unter Leitung von Deborah A. Freund wurden dort pharmakoökonomische Studiendesigns erarbeitet. Seit 1992 sind Ergebnisse aus solchen Studien vorgeschriebene Bewertungsgrundlagen im offiziellen Zulassungsverfahren für neue Arzneimittel. Aber auch in Kanada, Großbritannien und den USA sind die Überlegungen in den neunziger Jahren soweit vorangekommen, daß man sich inzwischen auf erste Studienstandards verständigt hat. Ähnliche Studienstandards (Guidelines, Guideprinciples oder Richtlinien) werden auch in Italien oder der Schweiz diskutiert. In den meisten Ländern waren es statliche Stellen, die die Erstellung von solchen Studien förderten und Standards verlangten.

In Deutschland sind solche Überlegungen noch nicht sehr weit gediehen. Um in Zukunft auf diesem Gebiet nicht auf der Stufe eines Entwicklungslandes stehenzubleiben, plädierte Prof. Chr. v. Ferber, Universitätsklinikum Köln für Kinder- und Jugendpsychiatrie, für mehr Anstrengungen auf dem Gebiet der Epidemiologie als Voraussetzung für Pharmakoökonomie als Teil der Gesundheitsökonomie. Es dürfe beispielsweise nicht sein, wie gerade in einem Bundesland geschehen, daß von Datenschützern die Auswertung von Krankenkassendaten untersagt wurde. Damit sei eine der wichtigsten Grundlagen gesundheitsökonomischer Betrachtungsmöglichkeiten verwehrt worden. In diesem Sinne waren sich alle Teilnehmer einig: Es muß mehr auf den Gebieten Epidemiologie, Gesundheitswissenschaften (Public Health) und ökonomischen Herangehensweisen getan werden, um sich mit zukünftigen finanziellen Problemen wissenschaftlich auseinandersetzen zu können.

Das Interesse der Pharmazeutischen Industrie

Doch was ist bei der Erstellung pharmakoökonomischer Studien zu beachten? Wie kann dafür ge-

sorgt werden, daß solche Studien allgemein akzeptiert werden und ihre Wissenschaftlichkeit durch Reproduzierbarkeit gewährleistet ist? Da es sich um einen neuen Wissenschaftszweig handelt, sind z.Z. noch keine allgemein gültigen Verfahrensweisen, wie es z.B. die GMP-Richtlinien für die klinischen Prüfungen darstellen, vorhanden.

Dr. C. Sieger, Vertreter des Arzneimittelherstellers Bristol-Meyers Squibb aus München, und Dr. R. Ohlrogge, von der Firma Rhone-Poulenc Rorer, Köln, referierten über die Notwendigkeit pharmakoökonomischer Studien und über Fragen, die die pharmazeutische Industrie von gesundheitsökonomischen Studien beantwortet haben möchte. Hier wurde deutlich, wie wichtig der pharmazeutischen Industrie die Erstellung von Guidelines für solche Studien ist. Denn nur wenn verbindliche Rahmenbedingungen festgeklopft werden, kann die Akzeptanz der Studien erhöht werden, was gerade für die forschenden Firmen und ihre zukünftige Produktstrategie von außerordentlich großer Bedeutung ist. Es sollten wissenschaftlich einwandfreie Studienergebnisse vorgelegt werden, die auch bei den Behörden und vor allem den Krankenkassen akzeptiert werden.

Ein negatives Beispiel, wie pharmakoökonomische Untersuchungen mit wissenschaftlich fragwürdigen Methoden und Ergebnissen durchgeführt werden könne lieferte ebenfalls ein Vertreter aus der pharmazeutischen Industrie. Dr. M. Schlander von Byk Gulden Lomberg Chemische Fabrik GmbH, Konstanz, versuchte anhand von Ergebnissen aus der Phase III klinischer Studien, die finanziellen Vorteile von Pantoprazol gegenüber Ranitidin und Omeprazol bei Magen-Darm-Ulcera zu belegen. Auch von allen anderen Teilnehmern des Symposiums, die in der Mehrzahl pharmazeutische Hersteller vertraten, konnten derartige Untersuchungen und Ergebnisse nicht ernst genommen werden. Andererseits verwahrten sie sich aber gegen die Einschätzung, daß das Auftreten von Autoren der pharmazeutischen Industrie bereits ausreichen würde, die Ergebnisse der Studien grundsätzlich in Zweifel zu ziehen. Unwissenschaftliche Studiendesigns und die mißbräuchliche Verwendung bereits vorliegender Daten seien zwar möglich, aber hoffentlich nur eine Ausnahme.

Probleme pharmakoökonomischer Studien

Aber auch ein anderes Problem wurde am Beispiel der Pantoprazol-Untersuchung deutlich: Ist es überhaupt möglich und sinnvoll, Ergebnisse aus Phase III-Studien für pharmakoökonomische Studien zu verwenden? Während Vertreter der Industrie diese Frage mehrheitlich bejahten, was aus Kostengründen verständlich erscheint, wurde von Vertretern wissenschaftlicher Einrichtungen anders argumentiert.

Prof. M. Linden von der psychiatrischen Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Rudolf Virchow in Berlin-Charlottenburg formulierte am pointiertesten die grundsätzliche Kritik an diesen Studien. Seiner Meinung dürfe man auf keinen Fall Ergebnisse von Phase I-III-Studien für solche Betrachtungen verwenden. Während man bei Phase III-Studien ganz gezielte Fragestellung in einem experimentellen Design untersuche, sei die Realität in der ambulanten Versorgung der Patienten viel komplexer. Und nur die Realität könne Ergebnisse liefern, die auch für die Realität relevant seien. Diese kritische Einstellung wurde auch von Dr. R. Schaltenbrand vom Institut für Forschung und Entwicklung der Universität Witten/Herdecke geteilt. Er warnte vor allem davor, Ergebnisse pharmakoökonomischer Studien aus Daten klinischer Studien der Phase III zulassungsrelevant werden zu lassen.

Wie unterschiedlich bereits Medikamente aus der gleichen Indikationsgruppe eingesetzt werden, wies Prof. Linden an einem Beispiel nach. Untersuche man den Einsatz von Neuroleptika in der ambulanten Versorgung, stelle man fest, daß die Mittel nur von einem Bruchteil der Ärzte für die Indikation eingesetzt werden, für die sie die Zulassung erhalten haben.

Patient und Arzt sind im Therapieprozeß zwei subjektiv handelnde Personen, die den Therapieerfolg gegenseitig beeinflussen. Der Arzt treffe weit aus häufiger „Wahrscheinlichkeitsentscheidungen“, als dies für die Situation in einer klinischen Studie zutrefte. Während in der Situation einer klinischen Studie verschiedene Institutionen und Ärzte nach vorher festgesetzten Normen über Ein-

und Ausschlusskriterien entscheiden, sei es in der ambulanten Versorgung das Beziehungsgeflecht zwischen Arzt und Patient, das zu einer bestimmten Therapieentscheidung führe. So konnte der Vortragende in einer Untersuchung feststellen, wie unterschiedlich Psychopharmaka in den vergangenen Jahren in West- und Ost-Berlin zum Einsatz kamen.

Außerdem sei der Einsatz der Präparate auch immer ein Ergebnis der Einstellung der Patienten zu Arzneimitteln: Habe der Patient (oder auch der Arzt) von vornherein ein kritisches Verhältnis zu Arzneimitteln, werde er sicherlich mit weniger bzw. auch mit anderen Mitteln behandelt. Zusätzlich werfe die Einnahme der Präparate bei solchen Patienten Compliance-Probleme auf. Da es sich zudem in der ambulanten Versorgung oftmals um multimorbide Patienten handele, seien Ergebnisse aus Studien an monomorbidem Patienten wenig aussagekräftig.

Positionen der Krankenkassen

Auf die Bedeutung pharmakoökonomischer Studien für die gesetzliche Krankenversicherung verwiesen Dr. G. Glaeske vom Verband der angestellten Krankenkassen (VdAK) in Siegburg und W. Bencic von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse in Linz. Auch sie setzten sich dafür ein, keine Ergebnisse aus Phase III-Studien für pharmakoökonomische Betrachtungen zu verwenden.

Anknüpfend an die Vorträge der Vertreter der pharmazeutischen Industrie befürworteten die Vertreter der Krankenkassen grundsätzlich die Erstellung solcher Studien. Es sei ja schließlich gesetzlicher Auftrag der Krankenkassen, zusammen mit den Ärzten für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung der Versicherten zu sorgen. Dafür sei es notwendig, daß neben den Wirksamkeitsnachweisen in Zukunft auch ökonomische Betrachtungen eine Rolle spielen. Keinesfalls dürften pharmakoökonomische Studien jedoch zur Preislegitimierung für neue Arzneimittel eingesetzt werden, sollen sie von den Krankenkassen akzeptiert werden. Außerdem

müsse sichergestellt werden, daß auch für den einzelnen Hersteller negative Ergebnisse der Öffentlichkeit zugänglich werden.

Allerdings könne ein neues Präparat sinnvollerweise erst dann seinen ökonomischen Vorteil beweisen, wenn für die Behandlung der entsprechenden Krankheit eine allseits anerkannte Standardtherapie bestehe, gegen die das neue Präparat getestet werden könne. Auf diesem Gebiet sei man in Deutschland z.Z. noch nicht sehr weit. Man frage sich allerdings auch, ob die bereits existierenden pharmakoökonomischen Studien in Australien, die für die Zulassung eines neuen Präparates eingereicht werden müssen, auf ihren tatsächlichen Nutzen hin untersucht und bewertet worden seien.

Es komme nämlich auch darauf an, neben der Summe der Kosten für Arzneimittel auch eventuelle Krankenhausaufenthalte und sonstige abgerechnete Leistungen der Ärzte zu berücksichtigen, um die Rationalität des Einsatzes von Arzneimitteln eines Arztes richtig beurteilen zu können. Nicht zuletzt die Frage der Lebensqualität unter einer bestimmten Therapie sei ein Thema, das für den einzelnen Patienten wichtig und für die Bewertung eines Arzneimittels unerlässlich sei.

Die Krankenkassenvertreter plädierten dafür, auch die den gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung stehenden Daten für die wirtschaftliche und wissenschaftliche Betrachtung einer Arzneimitteltherapie einzusetzen. Es sei notwendig, diese Daten zu analysieren und für die wissenschaftliche und damit auch ökonomische Betrachtung der Therapiestrategien zu nutzen.

Fazit

Allen Rednern und Teilnehmern wurde auf diesem Symposium bewußt, welche Probleme sich mit der Erstellung von pharmakoökonomischen Studien ergeben. Um so notwendiger sind Richtlinien oder Guidelines, an denen sich diese Studien in Zukunft messen lassen müssen. Man darf aber nicht vergessen, daß Probleme grundsätzlicher Art, wie Multimorbidität oder individuelle Arzt-Patienten-Beziehung, häufig eine Schiefelage der Erkennt-

nisse mit sich bringen können. Festzuhalten ist jedenfalls, daß nur eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Pharmakologen, Ökonomen, Medizinern, ja auch von Psychologen und Soziologen, in dem neuen Wissenschaftszweig „Pharmakoökonomie“ vernünftige Studienresultate liefern wird.

Und trotzdem: pharmakoökonomische Studien werden in Zukunft gebraucht. Erkenntnisse aus diesen Studien müssen in zukünftigen Therapie-

strategien Berücksichtigung finden. Sie werden auf jeden Fall von Seiten der pharmazeutischen Industrie als Argumente für ihre Präparate genutzt werden, so daß alle, die sich mit dem rationalen Einsatz von Arzneimitteln auseinandersetzen, nicht umhin kommen werden, das kritische Lesen dieser Studien zu erlernen. Interessenten werden sich sicherlich auch den Termin für das 2. Symposium dieser Art am 13. und 14. Oktober 1995 in der Universität Witten/Herdecke vormerken.

Udo Puteanus

Kommentar

Pharmaindustrie auf neuen Wegen

Zeiten knapper werdender finanzieller Ressourcen für Arzneimittelhersteller verlangen von den Strategieabteilungen der Industrie neue Ideen, eigene Produkte im Markt zu plazieren. Viele Ärzte greifen auf alte und bewährte Arzneimittel zurück und widerstehen häufiger der Industriewerbung, neue oder vermeintlich neue Arzneimittel würden auf jeden Fall die Therapieerfolge verbessern. Generika und Festbeträge senken die Rendite für die Firmen, und es fällt vor allem der

sog. forschenden Pharmaindustrie zunehmend schwerer, den Vorteil ihrer Produkte herauszustellen.

Wenn die Zeiten härter werden, verläßt auch die bislang als einheitlicher Block auftretende pharmazeutische Industrie ihre bekannten Strategien. Die Bildung des Verbandes der forschenden Arzneimittelhersteller (VfA) war der bisher deutlichste Ausdruck einer Zersplitterung innerhalb des Herstellerlagers. Doch mit einer gezielteren Interessenvertretung allein ist es den Strategen nicht getan. Es müssen neue Ideen her um alte Positionen halten zu können und verlorene Marktanteile zurückzugewinnen. Da wird auch im kleinen Kreis nicht verschwiegen, daß für ihre „innovativen“ Arzneimittel über andere Vertriebswege nachgedacht wird, um für die Kostenträger die Preise erträglich zu halten und für die Hersteller den Gewinn zu sichern. Damit scheint auch die Aufkündigung des bisherigen guten Verhältnisses zum Großhandel und den Apotheken nahe zu sein.

In diesem Zusammenhang müssen die Bemühungen gesehen werden, in Deutschland einen neuen Wissenschaftszweig etablieren zu wollen: die Pharmakoökonomie. Und die Zeiten dafür stehen ja auch nicht schlecht. Denn auch die Kostenträger

sehen sich in der Pflicht, ihre finanziellen Mittel gezielt und erfolgreich einzusetzen. Von daher müssen sie ein Interesse an pharmakoökonomischen Studien haben.

Doch der Teufel steckt bekanntlich im Detail. Wer macht die Studien, welche Standards müssen bei der Erstellung des Studiendesigns eingehalten werden, wer überwacht die Einhaltung dieser Standards, wie lassen sich seriöse von weniger seriösen pharmakoökonomischen Studien unterscheiden? Von klinischen Studien und vor allem von den sog. Anwendungsstudien ist ja hinlänglich bekannt, wie Studienergebnisse frisiert werden können, wie verschieden sie interpretiert werden

und wie es auch immer wieder gelingt, für einzelne Präparate negative Studienergebnisse zu verschweigen.

Auch bei pharmakoökonomischen Studien wird man sicherlich nie hundertprozentig sicher sein können, welchen tatsächlichen Wert man ihnen zumessen kann. Als Pharmazeutinnen und Pharmazeuten werden wir nicht umhin können, das Lesen und Bewerten dieser Studien erlernen zu müssen, wollen wir den Argumenten der pharmazeutischen Industrie kritisch begegnen.

Termine und Veranstaltungen

Treffen der Regionalgruppen

Hamburg: Zeit: 14t-tägig, genaue Termine zu erfragen bei der Fleming-Apotheke
Ort: bei Bernd Rehberg, Brahmsallee 18

Berlin: Zeit: 16.08./20.09./18.10
Ort: Café Blisse,
Blissestr. 14, Berlin-Wilmerstorf

Hessen: Zeit: keine Meldung

VDPP-Veranstaltungen

Vorstandstreffen

Zeit: 23.09.95, 10 Uhr
Ort: zu erfragen bei Katja L.

Netzwerktreffen

Zeit: 24.09.
Ort: Einladung erfolgt Mitte August

Herbstseminar

Zeit: 21.10.95 unter Vorbehalt: 10h Quality Hotel,
Hochstr. 2/3, 13357 Berlin

Eugen Eschenlohr

Bioethik in Pharmazie und Medizin

Dürfen Halbgötter in Weiß aus dem Vollen schöpfen?

Die Ethik beschäftigt sich mit den Normen menschlichen Handelns und deren Rechtfertigung. Die Bioethik ist ein Teilgebiet dieser Disziplin, welches sich z.B. mit Fragen zu Geburt, Leben und Tod in Zusammenhang mit biologisch-medizinischer Forschung und Therapie befaßt. In den USA ist Bioethik bereits seit 1971 ein eigener interdisziplinärer Lehr- und Forschungsbereich. Hier in Europa soll nun politisch und gesellschaftlich erörtert und festgelegt werden, was von dem technisch längst Machbaren auch als „gesellschaftsfähig“ und tragbar angesehen werden kann. Ein erster Anlauf dazu war der Entwurf für eine sogenannte „Bioethik-Konvention“ (vgl. bitte Rundbrief 27/95, S.23) im Rahmen der EG, an dem „Expertenrunden“ aus dem Bereich der Naturwissenschaften und Anwenderkreise (!) bereits seit 1985 rumfeilschten. Diese wurde jedoch nach vehementen Protesten in der Öffentlichkeit im Oktober 1994 von der parlamentarischen Versammlung des Europarates abgelehnt. Unter anderem sah der Entwurf vor, daß verschiedene gentechnologische Experimente und Eingriffe an sogenannten „incapacitated

persons“ erlaubt sein sollten. Nach angelsächsischem Verständnis fallen darunter Menschen, die durch Geistesschwäche, körperliche Krankheit oder Behinderung, hohes Alter, Rauschgiftsucht, chronische Trunksucht oder aus einem anderen Grunde „... nicht ausreichend imstande sind, ihre Situation zu beurteilen und verantwortliche Entscheidungen zu treffen und mitzuteilen.“ Damit wäre einer Entwicklung Tür und Tor geöffnet worden, wie sie seit der im 3. Reich praktizierten Medizin hinlänglich bekannt ist. Entgegen den Vorgaben des sogenannten Embryonenschutzgesetzes in Deutschland sah der Entwurf der Bioethik-Konvention auch die Forschung an menschlichen Embryonen bis zum 14. Lebenstag vor. Im Artikel 17 des Konventionsentwurf sollten Gentests zur Voraussage von Erbkrankheiten als Gesundheitsvorsorge oder zum Zweck der wissenschaftlichen Forschung erlaubt sein. Damit war eine Weichenstellung hin zu einer genetischen Durchleuchtung des Einzelnen und zu einer „eugenischen Selektion“ der Bevölkerung zu befürchten. Ferner standen Eingriffe in der menschlichen Keimbahn lange Zeit - im Vorfeld des Entwurfs - zur Debatte.

Auch wenn die „Steine des Anstoßes“ in diesem Entwurf so riesig waren, daß sich selbst ansonsten „fortschritts“freundliche politische Gruppierungen dagegen aussprechen mußten, sieht man doch, was bereits heute in Anwenderkreisen der Gentechnologie praktiziert oder zumindest ange-dacht wird und als ethisch vertretbar gilt. In anderen, weniger demokratischen Ländern, ist man der Realisierung einer „eugenischen Gesellschaft“ dagegen schon ein Stück näher gekommen:

So beschloß im Oktober 1994 der ständige Ausschuß des Volkskongresses der Volksrepublik China das Gesetz über „Rassenhygiene und Gesundheitsschutz“. Dieses sieht vor, daß schwangere Frauen, deren Föten als Träger von Erbkrankheiten diagnostiziert oder ernstlich abnormal sind, angewiesen werden, die Schwangerschaft abzubrechen. Ziel ist es, durch „statische Gesundheitsvorsorge vor der Geburt“ (= Zwang zur pränatalen Diagnostik) die Zahl der bisher jährlich 460.000 behinderten Neugeborenen drastisch zu verringern.

Im verfassungsgemäß demokratischen Statesystem Deutschland jedoch versucht man/Industrie, neben der Etablierung einer (für alle möglichen Anwendungsfelder der Gentechnik) fruchtbaren politischen und rechtlichen Basis auch den Boden in der Öffentlichkeit keimfähig zu machen. Die aus vielerlei Gründen (mangelnde Transparenz der Anwenderseite, Nichtöffentlichkeit bei Genehmigungsverfahren, Störfälle in der involvierten chemischen Industrie) mangelnde Akzeptanz für die neuen Technologien bzw. ethische Bedenken sollen durch Ethik-Institute minimiert werden, die seit einigen Jahren aus dem Boden schießen.

Mit staatlichen und wirtschaftlichen Fördermitteln entstand z.B. Anfang 1994 an der Universität Bonn das „Institut für Wissenschaft und Ethik“. Einer der damit involvierten Wissenschaftler, Professor Sass, formulierte bereits 1989: „Das Fazit der bisherigen Diskussion lautet, daß gegen eine präventive (negativ-eugenische) gentechnische Intervention an der menschlichen Keimbahn keine zwingenden Einwände zu erheben sind, falls diese Technik hinreichend sicher gehandhabt werden kann.“ Der ebenfalls im Institut tätige Professor Birnbacher nannte in seinem für 1994 geplanten Forschungsvorhaben namens „Medizinische Ethik“ als einen der möglichen Themenbereiche „Leben als Mittel zum Zweck - Embryonenforschung, Nutzung fötalen Gewebes, Humanexperimente, Organtransplantationen“. Damit wird sehr deutlich die Zielsetzung des Instituts in Bonn: Es soll das, was technologisch bereits heute machbar ist unter dem Logo „Bioethik“ legitimiert und für die Gesellschaft hoffähig gemacht werden (mit Forschungsgeldern u.a. aus Steuermitteln!) weil es in großen Teilen dem bestehenden Werteverständnis bzw. der aktuellen Ethik nicht mehr standhält. Gefährlich ist, wenn durch derartige Institutionen (in München etablierte der deutsche Genpapst Professor Winnacker sein „Ethikinstitut“ gleich mal an der evangelischen theologischen Fakultät) „bioethische“ Normen in den Bereich der politischen Entscheidungsgremien fließen, weil es an Alternativen fehlt. Daher ist es um so wichtiger, daß sich die kritische Öffentlichkeit und besonders die alternativen Verbände im medizinischen Sektor Ihrerseits in die Bioethikdebatte einschalten.

Mag es in Bereichen der Lebensmittelherstellung oder der Landwirtschaft schon ethisch höchst fragwürdige Beispiele gentechnologischer Anwendungen geben (Turbo-Kuh, sog. Chimären aus verschiedenen Tierarten (z.B. Schaf + Ziege = Schiege) Krüppelschweine mit menschlichen Wachstumshormonen, Patente auf Lebewesen) so steigert sich die Brisanz im Bereich der Pharmazie bzw. der Medizin noch mehr. In diesen Bereichen hat die Gentechnik mit der größten Akzeptanz durch die Gesellschaft zu rechnen weil man/frau damit die Hoffnung auf Lösung so mancher Probleme (z.B. Heilung von Krebs) verbindet. Wo dabei der ethische Schlußstrich zu ziehen ist wird ein Krebskranker bei Diskussion des Krebsmaus-experiments sicher anders sehen als ein Umweltschützer, ein Behinderter bei Betrachtung pränataler Diagnostik sicher anders als die Cheftage einer Krankenversicherung.

Mit der pränatalen Diagnose von Krankheiten, bei denen es noch keine Therapie gibt, ist es für den nun gläsern gewordenen Menschen aber nicht getan. Eine mögliche Abtreibung (wer vermag hier den Grenzstrich zum „lebenswerten Leben“ zu ziehen?) oder Nachteile von Geburt an für sich selbst (z.B. Nachteile bei Sozialversicherungen) oder für seine Angehörigen (Gruppenzwang wegen Geburt eines „Kostenfaktors“ für die Allgemeinheit) stehen zu befürchten.

Die Diagnose von Gendefekten bei Erwachsenen birgt zum einen die Chance, berufsbedingte Krankheiten evtl. im Vorfeld zu vermeiden, andererseits das Risiko von Arbeitsplatzverlust, Benachteiligung beim Versicherungsträger (z.B. Risikogruppenzuschlag zum Beitrag) sowie eine weiter andauernde Tolerierung krankheitsverursachender Arbeitsbereiche (Anpassung des Menschen an die Arbeitswelt, anstatt Humanisierung derselben!).

Hier wird sehr deutlich, daß Gentechnologie im medizinisch-pharmazeutischen Bereich sicherlich mit manchen Erwartungen, jedoch auch mit teilweise erheblichen ethischen Bedenken verbunden ist. Aus Angst vor diesen Risiken können wir uns als Gesellschaft im Interesse betroffener Mitglieder neuen Technologien sicher nicht vollständig verschließen, jedoch sollten wir uns auf alle

Fälle laufend vor Augen halten, welche Methoden wir ethisch gegenüber den schwachen Mitgliedern unserer Gesellschaft, unserer Umwelt bzw. Schöpfung sowie den nachfolgenden Generationen gut heißen können.

Literatur:

Zeit - Punkte, Nr. 2 / 1995 - „Was darf der Mensch“
Die Zeit, 20079 Hamburg

WHO - Publikation: Bioethics, Issues and Perspectives, WHO Geneve

Vorankündigung

Auch ein „hüllenloses“ Berlin ist immer wieder eine Reise Wert

Zum Beispiel am Samstag, dem 21.10. 1995, an dem der VDPP sein Herbstseminar 1995 zum Thema „Bioethik“ veranstaltet, wozu alle Interessierten recht herzlich eingeladen sind !!

Worum geht es?

A. Darstellung der Entwicklung der Bioethikdebatte im wissenschaftlichen, gesellschaftlichen und politischen Bereich / ethisch relevante Entwicklungen in der Gentechnologie.

B. Versuch der Beantwortung folgender Fragen:

1. Inwieweit tangiert Bioethik den Bereich der Pharmazie?
2. Darf sich der VDPP der Bioethikdiskussion entziehen?
3. Gibt es im Verein einen gemeinsamen Nenner zur Bioethik - Ist im Programm darauf näher einzugehen?
4. Wie und wann wollen wir zukünftig bei Diskussionen und politischen / gesellschaftlichen Entscheidungen im Bereich Bioethik (re-)agieren?

Wie soll das Ganze ablaufen?

A. Geplant sind zum einen Redebeiträge verschiedener Gäste, z.B. einer VertreterIn des GEN (Gen Ethisches Netzwerk in Berlin) zur bisherigen Entwicklung, eines Mitglieds des Europaparlaments speziell zum Werdegang der stark umstrittenen Bioethik-Konvention, eines Naturwissenschaftlers und evtl. eines Wissenschaftssoziologen.

B. Ferner ist aufgrund der zu erwartenden hitzigen Diskussionen eine anschließende Bearbeitung einzelner, besonders brisanter Punkte in einzelnen Arbeitsgruppen (je nach Teilnehmerzahl am Seminar) vorgesehen.

C. Zur inhaltlichen Vorbereitung auf das doch sehr komplexe Thema sollen die Interessierten vorab (nach ihrer Anmeldung) eine Infomappe zugesandt bekommen.

D. Im Idealfall kann bereits zu Abschluß des Seminars eine Stellungnahme an die Presse und/oder den Vorstand bzw. eine Empfehlung zur Programmergänzung an die nächste MV herausgegeben werden.

Weitere Informationen:

Veranstaltungsort: Berlin
Seminargebühren: 80 DM (Studenten, Arbeitslose 40 DM)

Die Vorbereitungen zum Herbstseminar sind derzeit am laufen. Im nächsten Rundbrief werden weitere Einzelheiten bekannt sein. Interessierte mögen sich bitte bereits frühzeitig entweder in der Geschäftsstelle oder bei Eugen Eschenlohr, Tel: 07355 / 7791, melden.

Anmeldetalon: Ja, selbstverständlich möchte ich am Herbstseminar teilnehmen!

NAME:

ADRESSE:

ÜBERNACHTUNG: JA / NEIN

IM HOTEL (ca. 150 DM):

Bitte besorgt mir eine Privatunterkunft:

Überweisungen bitte auf das Konto 20047 - 105 bei Postgiroamt Berlin BLZ 10010010

Michael Höckel

Viertes Netzwerktreffen in Leipzig

Am Freitag den 24.03.95 fand in Leipzig das 4. Netzwerktreffen statt, es nahmen acht ApothekerInnen teil. Die Tagesordnung sah folgendes vor: 1. letzte Überarbeitung der Selbstverpflichtungserklärung 2. die Erhebung von betriebswirtschaftlichen Daten zur Umsetzung der Selbstverpflichtungserklärung im Rahmen von ERFA-Gruppen 3. Qualitätsmanagement 4. weitere organisatorische Leitung

Zu Punkt 1: Udo Ament übernimmt die redaktionelle Überarbeitung der ausdiskutierten Änderungen und die Veröffentlichung der vorläufig endgültigen Fassung der Selbstverpflichtungserklärung im Rundbrief. Als Einleitung zur Selbstverpflichtungserklärung wird eine Präambel verfaßt, verantwortlich für die Ausarbeitung ist Bernd Rehberg zusammen mit Ulf Thomas. In die Präambel soll die inhaltliche Formulierung, daß das Netzwerk eine vom VDPP ausgehende Organisationsform ist.

Zu Punkt 2: es werden alle am Netzwerk interessierten KollegInnen angeschrieben, die schon an Netzwerktreffen teilgenommen haben und ApothekenleiterInnen sind. Es ist Ziel erste ERFA-Gruppen zu gründen. Das Netzwerkprojekt wird auch

den anderen VDPP-Mitgliedern noch einmal vorgestellt und es wird um Teilnahme der ApothekenleiterInnen an ERFA-Gruppen und Übernahme der Selbstverpflichtungserklärung gebeten. Die Gründung von ERFA-Gruppen ist der nächste wichtige Schritt zur Zusammenarbeit von Apotheken im Rahmen des Netzwerkes. In den ERFA-Gruppen sollen sich ApothekenleiterInnen unter professioneller Leitung (Moderation) beraten, die weiteren Ziele abstecken und Kostenfaktoren bei der Umsetzung der Selbstverpflichtungserklärung erkennen und diskutieren. Die ERFA-Gruppen müssen auch untereinander in Kontakt stehen, denn sie sind die aktiven Austauschgremien, in denen strategisch und informell gearbeitet wird. Die professionelle Leitung soll ein schnelles und effektives Arbeiten in diesen Gruppen ermöglichen. Es müssen betriebswirtschaftliche Daten erhoben und verglichen und Konzepte unter Berücksichtigung dieser Daten ausgearbeitet werden. Die einzelnen Netzwerkmitglieder sollten Apotheken von anderen Mitgliedern besichtigen und Wettbewerbsanalysen vornehmen lassen. Eine Außenwerbung, außerhalb des VDPP, sollte vorerst nicht aktiv vorgenommen werden. B. Rehberg ist Kontaktperson zur Hochschule für Wirtschaft und Politik in Hamburg zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei der Durchführung des Netzwerkkonzeptes, der Selbstverpflichtungserklärung und der ERFA-Gruppen-Aktivitäten.

Zu Punkt 3: das Qualitätsmanagement soll evtl. nach DIN ISO 9000/9004 verifiziert werden, U. Ament ist vorerst für die weitere Bearbeitung und Kontaktaufnahme zu den zuständigen Stellen verantwortlich. Der Erfahrungsaustausch in den ERFA-Gruppen soll für die Qualitätssicherung nutzbar gemacht werden, z.B. nähere Festlegung von Standards.

Zu Punkt 4: die organisatorische Leitung übernimmt weiterhin Udo Ament. Das nächste Netzwerktreffen findet am 9. Juli in 34119 Kassel, Parkstr.47 bei M. Höckel/I. Szasz Tel.0561/17798 statt. Bitte Anmeldungen nach Kassel direkt oder zur Geschäftsstelle.

Fünftes Netzwerktreffen in Kassel

Bernd Rehberg

Teilnehmer: Thomas Hammer, Jürgen Große, Gudrun Hahn, Christl Trischler, Michael Höckel, Bernd Rehberg

TOP 1: Präambel

Einige Formulierungen des Entwurfs von B. Rehberg und U. Thomas wurden modifiziert und ergänzt (siehe Schlußversion im Anschluß)

TOP 2: Michael Höckels Briefe

1. an VDPP-Mitglieder
2. an VDPP-Mitglieder die am Netzwerk schon mitgearbeitet haben.

Diese beiden Briefe sollen zu einem Seminar im Herbst aufrufen, bis Mitte August abgeschickt werden und bis zum 15.09.95 sollen die Antworten eingehen.

TOP 3: ERFA-Gruppen

Eine Moderation der ERFA-Gruppe wird als notwendig erachtet. Apothekenbetriebswirtschaftliches Know-How ist notwendig. Um einen Moderator zu bekommen (unsere bisherigen persönlichen Kontakte waren negativ) werden Anzeigen geschaltet in: TAZ, PZ, DAZ, Handelsblatt und ZEIT in der dritten August-Woche. Außerdem soll die Öko-Bank gefragt werden.

Die drei anwesenden Apothekeninhaber sind die Selbstverpflichtung mit Blick auf das, was bei ihnen schon umgesetzt wird, durchgegangen. Da es sich zeigte, daß bei ihnen die meisten Verpflichtungen schon verwirklicht sind, erscheint es sinnvoll, auch ähnlich gesinnte, nicht im Verein organisierte Apothekenbesitzer anzusprechen. Bezüglich der ERFA-Gruppen sollen deshalb persönliche Kontakte mit VDPP-Apotheken und anderen persönlich bekannten Apothekeninhabern aufgenommen werden, von denen eine Mitarbeit erwartet werden kann.

Netzwerk „Apotheken im VDPP“

Prolog

Die Mitglieder der im Netzwerk zusammengeschlossenen Apotheken im VDPP verpflichten sich zur Einhaltung der folgenden Grundsätze. Dies geschieht in der Erkenntnis der Notwendigkeit einer umfassenden und wirksamen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, die sich nicht am Markt, sondern vorrangig am Patienten orientiert. Es geschieht auch in der Erwägung, daß die Apotheke sinnvoll in das Gefüge der verschiedenen Gesundheitsbereiche integriert werden und entsprechend dem wissenschaftlichen, medizinischen und technischen Fortschritt im Gesundheitswesen mit allen Leistungsträgern zusammenarbeiten muß. Die in der Apotheke tätigen PharmazeutInnen, als die alleinigen Fachleute in der Ausgabe von Medikamenten, spielen durch vorgeschaltete, bürgernahe Position sowohl bei der Gesundheitsförderung und -behandlung als auch auf wirtschaftlicher und sozialer Ebene eine entscheidende Rolle. Es soll durch diese schriftliche Verpflichtung auch das Ansehen unserer Apotheken nach innen und außen gestärkt werden. Wer mit uns zu tun hat, weiß zukünftig, wie wir denken und handeln werden.

Selbstverpflichtung

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 Berufsordnung, 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 ApothekerIn 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) erwähnte Positivliste entscheidend sind.

§ 2: Werbung und Präsentation

1) Werbung wird, wenn überhaupt, nur betrieben für solche Arzneimittel, die nach Par. 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 Zube-

reitungen, 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 Beratungsgespräches. Dazu gehört insbesondere die Präsentation solcher Arzneimittel durch Sichtwahl, HV-Aufsteller oder Zahlsteller

§ 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 zur 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 Nebensortimentes müssen folgende Qualitätsmerkmale aufweisen:

-sinnvolle Zusammensetzung bzw. Konzeption nach anerkannten wissenschaftlichen Standards,

-hochwertige qualitative Beschaffenheit nach anerkannten pharmazeutischen, technischen 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 glei-

cher 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 bei jeder Abgabe von Arzneimitteln Anspruch auf inhaltlich richtige und vollständige Information und Beratung.

2) Eine inhaltlich richtige und vollständige Information über die abgegebenen Arzneimittel ist dann gegeben, wenn die PatientInnen und KundInnen in die Lage versetzt werden, die in Anlage 1) gestellten Fragen zu den von ihnen anzuwendenden Arzneimitteln richtig zu beantworten.

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

-sinnvolle therapiebegleitende und prophylaktische Maßnahmen,

-nichtmedikamentöse 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 Medien-

produkte 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 des Nebensortimentes nach anerkannten wissenschaftlichen Kriterien verglichen und bewertet werden. Auf keinen Fall werden auch solche Publikationen angeboten, die geeignet sind, einen Vielverbrauch oder irrationalen Mehrverbrauch von Arzneimitteln in irgendeiner Weise zu initiieren oder zu fordern. 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

1) 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 Tätigkeiten vorgesehenen Räume als auch für die Organisation der Anfertigung von Rezepturen und Defekturen bzw. der Labortätigkeit sowie für die Dokumentation der einzelnen Arbeitsschritte.

2) Es wird ein Katalog der im einzelnen als Mindestanforderungen durchzuführenden Maßnahmen erstellt.

§ 7: Fortbildung

ApothekenleiterInnen und pharmazeutische MitarbeiterInnen sind verpflichtet, sich mindestens alle

zwei Jahre für fünf Tage fachlich fortzubilden. Diese Fortbildung wird als Arbeitszeit behandelt; die Kosten werden von der Apotheke getragen.

§ 8: Ausbildung

Auszubildenden und PraktikantInnen werden alle erforderlichen Lernmittel 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; Heil- und Pflegeberufe,
- 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, Landesorganisationen, Fachpresse und allgemeine Presse), soweit diese dem Programm des VDPP nahestehen oder bereit sind, mit dem VDPP oder dem Netzwerk 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 unabhängigen 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 aufklärerischer Funktion angeboten sowie die Bereitschaft, bei der Erstellung von Arzneimittelbroschüren für VerbraucherInnen durch die Verbraucherorganisationen mitzuwirken.

§ 14: Zusammenarbeit mit ÄrztInnen

1) Es wird grundsätzlich anerkannt, daß ÄrztInnen in ihren 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.

Udo Ament

Udo Ament

Erläuterungen zur Neuen Version der Selbstverpflichtungserklärung

Die neue, Ende März 1995 auf dem Treffen der Netzwerk-Arbeitsgruppe in Leipzig beschlossene Fassung der Selbstverpflichtungserklärung ist gegenüber dem im Rundbrief Nr. 26 (November 1994) veröffentlichten Entwurf in folgenden Punkten verändert:

1) Einleitungssatz vor § 1):

Zeile 3) Vor der Passage „der Apothekenbetriebsordnung“ wird die Passage „der Berufsordnung“ eingefügt.

2) § 5) Information und Beratung

(Abs. 1) Ist neu gefaßt, damit hervorgehoben wird, daß ein Anspruch der PatientInnen auf Information und Beratung bei jeder einzelnen Arzneimittelabgabe anerkannt wird.

(Abs. 2) Definiert Information.

(Abs. 3) Definiert Beratung und weist auf eine im Rundbrief Nr. 26 auf Seite 10 abgedruckte Liste von Fragen hin.

(Hier war der Rundbrief-Redaktion ein Fehler unterlaufen, der im folgenden Rundbrief korrigiert wurde: die hier vorliegende Fassung ist gegenüber der Korrektur unverändert.)

(Abs. 5) Nach der Passage „Arzneimittel oder Artikel“ und vor das Wort „bewertet“ kommt die Passage „des Nebensortimentes nach anerkannten wissenschaftlichen Kriterien verglichen und“ (ebenfalls Korrektur eines redaktionellen Fehlers in Rundbrief Nr. 26)

(Abs. 5) Vor das Wort „Mehrverbrauch“ kommt das Wort „irrationalen“ (z.B. bei berechtigter Indikation und Unterdosierung kann ein Mehrverbrauch durchaus sinnvoll sein).

3) (§ 6) Rezeptur und Defektur; Labortätigkeit

Der Par. wird aufgeteilt in Absätze 1) und 2). Die bisherige Fassung des Par. wird zu Abs. 1); Abs. 2) kommt neu hinzu.

4) (§ 7) Fortbildung

Der Par. wird komplett gestrichen und den Wunsch der Gruppe der Hamburger ApothekenleiterInnen entsprechend neu gefaßt. Ich habe mir erlaubt, diese Passage redaktionell und auch geringfügig inhaltlich zu verändern: „ApothekenleiterInnen und pharmazeutische MitarbeiterInnen“ (damit die LeiterInnen nicht von der Fortbildungspflicht ausgenommen sind), und „behandelt“ statt „betrachtet“. Ich bin sicher, daß die Hamburger gegen diese Korrektur nichts einzuwenden haben. Die von ihnen geforderte Fassung lautet wie folgt:

„Die pharmazeutischen MitarbeiterInnen der im Netzwerk vertretenen Apotheken sind verpflichtet, sich mindestens alle 2 Jahre für 5 Tage fachlich fortzubilden. Diese Fortbildung wird als Arbeitszeit betrachtet, die Kosten werden von der Apotheke getragen.“

5) (§ 8) Ausbildung

Satz 1 wird gestrichen (diese Verpflichtung besteht ohnehin); Satz 2 wird neu gefaßt.

6) (§ 11) Bündnispartner

Dritte Position in der Aufzählung der Bündnispartner: „ÄrztInnen; Heil- und Pflegeberufe“ statt „ÄrztInnen und andere Heilberufe“.

Letzte Position: „soweit“ statt „sowie“, außerdem Streichung der Passage „Apotheken im VDPP“ nach dem Wort „Netzwerk“ (der Titel „Netzwerk Apotheken im VDPP“ ist lediglich ein - umstrittener - VDPP-interner Arbeitstitel)

Konstituierende Sitzung des Gesamtvorstands am 25. März 1995 in Leipzig

Ort: Jugendherberge Leipzig, Käthe-Kollwitz-Straße 64-66, 04109 Leipzig

Beginn: 17.45 Uhr

TeilnehmerInnen: alle neugewählten Mitglieder des Gesamtvorstands (Udo Ament, Jürgen Große, Thomas Hammer, Christiane Hefendehl, Katja Lorenz und Christl Trischler)

Tagesordnung:

1. Wahl der VersammlungsleiterIn und der ProtokollführerIn
2. Festlegung der Tagesordnung
3. Wahl des geschäftsführenden Vorstands (Vorstand nach §26 BGB)
4. Aufgabenverteilung im Vorstand
5. Verschiedenes

Jürgen Große

1. Thomas Hammer wird mit 6:0:0 zum Versammlungsleiter gewählt. Jürgen Große wird mit 6:0:0 zum Protokollführer gewählt. Der Versammlungsleiter stellt fest, daß die Versammlung ordnungs- und fristgemäß einberufen wurde und beschlußfähig ist.

2. Die Tagesordnung wird in der abgedruckten Form beschlossen.

3. Es werden zur Wahl in den geschäftsführenden Vorstand die ApothekerInnen Jürgen Große, Thomas Hammer und Christl Trischler vorgeschlagen. Sie werden mit sechs Stimmen ohne Gegenstimme und ohne Enthaltung einstimmig gewählt. Die gewählten nehmen die Wahl an.

Der neue geschäftsführende Vorstand besteht damit aus:

Jürgen Große, Furtweg 34 9, 22523 Hamburg,
Thomas Hammer, Breite Straße 114, 22767 Hamburg,
Christl Trischler, Korellweg 20, 64297 Darmstadt.

4. Udo Ament wird mit 6:0:0 zum Kassenwart gewählt. Christiane Hefendehl übernimmt die Pressearbeit. Jürgen Große und Thomas Hammer kümmern sich um die Geschäftsstelle.

5. Das nächste Treffen des Gesamtvorstands soll am 28. Mai 1995 in Hamburg stattfinden. Am 19. April 1995 wollen Jürgen Große und Thomas Hammer beim Notar die Eintragung des neuen geschäftsführenden Vorstands erledigen.

Ende 18.00 Uhr

Thomas Hammer

Vorstandssitzung vom 28.5.95

Anwesende: Jürgen Große, Thomas Hammer, Christiane Hefendehl, Christl Trischler, als Gast: Gudrun Likus

TOP 1: Wahl der Tagungsleitung und der ProtokollführerIn

Tagungsleitung: Christl Trischler

Protokollant: Thomas Hammer

TOP 2: Genehmigung der Tagungsordnung

Die TO wurde um einen TOP erweitert: TOP 13: Diskussion über das Positionierungspapier, TOP 14: Verschiedenes

TOP 3: Protokoll der Vorstandssitzung in Leipzig am 25.3.95

Das Protokoll wurde in der dem Vorstand vorliegenden Fassung genehmigt.

TOP 4: Bericht aus der Geschäftsstelle

a) Der VDPP beteiligt sich an der Kampagne „Atomwaffen abschaffen ... bei uns anfangen“, die im Vorfeld der Verhandlungen um eine Verlängerung bzw. Neufassung des Nichtverbreitungsvertrages für Atomwaffen von mehreren Initiativen und Verbänden ins Leben gerufen wurde (s. Dokumentation RB 29).

b) Kurz vor der Abstimmung des Europaparlaments über die Richtlinien zum Schutz biotechnologischer Erfindungen wurden im Namen des Vorstandes verschiedene EuropaparlamentarierInnen angeschrieben, mit der Bitte, diese Richtlinien zu Fall zu bringen. Am 1.3.95 wurden sie dann überraschenderweise tatsächlich vom Europaparlament abgelehnt. Das Büro der Abgeordneten Claudia Roth von den Grünen hat als einziges auf diesen Brief geantwortet.

c) Nach der MV in Leipzig wurde ein dort verlesener Brief, der sich gegen eine geplante Schließung der Abteilung für Geschichte der Pharmazie und der Naturwissenschaften an der TU Braunschweig aussprach, an den Präsidenten der TU und an die Fraktionen der im niedersächsischen Landtag vertretenen Parteien geschickt. Die SPD-Fraktion schickte bisher als einzige eine Antwort darauf. (Siehe Dokumentation in diesem Rundbrief)

d) Auch die IGUMED (Interdisziplinäre Gesellschaft zur Umweltmedizin) hat erfreulicherweise von der Existenz des VDPP erfahren und bekundete Interesse an Informationen über unsere Arbeit. Der Vorstand bittet Eugen Eschenlohr, Kontakte zum IGUMED herzustellen, die einen kontinuierlichen Gedanken- und Informationsaustausch ermöglichen sollen.

e) Einige Tage vor der MV in Leipzig meldet sich die Coordination gegen Bayer-Gefahren in der Geschäftsstelle mit der Frage, ob es nicht die Möglichkeit gebe, während der MV mit einem Vertreter der Coordination über eine intensivere Zusammenarbeit beider Organisationen zu diskutieren. Dieses mußte von unserer Seite aus verneint werden, da dafür in Leipzig die Zeit zu knapp bemessen sei. Der Vorstand hofft, auf einer der nächsten Vorstandssitzungen einen Vertreter der Coordination begrüßen zu können.

f) Die BUKO-Pharma-Kampagne informierte uns über ihren Plan, einen Bereich „Frauengesundheit und Verhütungsmittel“ zu einem eigenständigen Arbeitsschwerpunkt auszubauen und erbittet dafür eine Finanzierungshilfe. Der Vorstand ruft die Vereinsmitglieder auf, dieses Projekt finanziell zu unterstützen. Der VDPP selbst wird momentan nichts spenden, da erst vor kurzem die Kampagne gegen die Impfung gegen Schwanlgerschaft finanziell unterstützt worden ist.

g) Das Koordinationsbüro 'Kein Patent auf Leben' berichtet, daß am 21./22.11.95 in München eine Anhörung am Europäischen Patentamt stattfinden wird, bei der Einsprüche gegen das Patent auf die sog. Krebsmaus mündlich vorgetragen werden können. Der Vorstand sieht momentan keine Möglichkeit, an dieser Anhörung teilzunehmen.

h) Das Bundesministerium für Gesundheit hat mit einem Schreiben verschiedene pharmazeutische Verbände aufgefordert, sich bis zum 15.7.95 dazu zu äußern, welche Erfahrungen sie mit der neuen Approbationsordnung aus der Jahre 89 gemacht haben und welche Verbesserungsvorschläge geltend gemacht würden. Das Ministerium hat dafür einen Fragebogen zusammengestellt. Der Vorstand bedauert, daß dieser Fragebogen wegen seines opulenten Umfangs (30 Seiten) nicht im Rundbrief veröffentlicht werden kann. Er soll jedoch bis zur nächsten Vorstandssitzung in den Regionalgruppen HH, Berlin und Hessen diskutiert werden. Der Vorstand wird die Ergebnisse dieser Diskussionen bei der Beantwortung des Fragebogens berücksichtigen.

TOP 5: Kassenbericht

Da der neue Kassenwart Udo Ament aus nachvollziehbaren Gründen nicht anwesend sein konnte, fiel der Kassenbericht kurz aus. Das im Frühjahr veranstaltete Journalismus-Seminar kostete dem Verein 253 DM, die MV in Leipzig brachte ein Plus von 37,50 DM. Dem Verein geht es finanziell weiterhin recht gut.

TOP 6: Bericht der Vorstandsmitglieder

Christiane Hefendehl schickte den während der MV formulierten Brief (s. RB 29) an den Bundesaußen- und den Bundesinnenminister, an den Bundesrat, den Petitionsausschuß, die Fraktionen des Bundestages, an verschiedene Tageszeitungen und an die Fachpresse. Weder DAZ noch PZ veröffentlichten den Brief. Nur der Petitionsausschuß bestätigte den Eingang des Briefes und will sich dazu zu gegebener Zeit äußern.

Christl Trischler war mit der Vorbereitung des Frauenseminars beschäftigt.

Thomas Hammer und Jürgen Große kümmerten sich zusammen mit Gudrun Meiburg um die anfallenden Arbeiten in der Geschäftsstelle. Außerdem wurden von beiden beim Notar die notwendigen Unterlagen für die Eintragung des neuen geschäftsführenden Vorstandes beim Amtsgericht eingereicht.

TOP 7: Bericht aus den Regionen

Aus folgenden Regionen lagen Informationen vor:

Hamburg: Überlegungen, wie man innerhalb eines Netzwerkes Qualitätskontrollen durchführen könnte, und Informationen, wie ERFA-Gruppen im Apothekenwesen funktionieren, standen im Mittelpunkt der Treffen in HH.

Hessen : Beim letzten Treffen ging es um folgendes: Man sieht weiterhin die Notwendigkeit, die vereinsinterne Diskussion um die Positionierung wieder aufzunehmen. Entsetzt war man über die Vorstellungen der ADA hinsichtlich eines neuen Tarifvertrages. Christl Trischler telefonierte daraufhin mit dem hess. Apothekerverein, um ihren Unmut zu äußern. Der Vorstand des VDPP wird sich nach dem nächsten Treffen der Tarifparteien nochmals mit diesem Thema befassen.

Franz Kirchner ist von einer Repräsentantin von Nexus davon informiert worden, daß sie immer noch dringend eine ApothekerIn oder einen Apotheker suchen. Die Regionalgruppe fragte sich, ob man diese Aufgabe bei der momentanen Verschär-

fung der kriegerischen Handlungen im ehemaligen Jugoslawien überhaupt wahrnehmen könne. Der Vorstand wird sich erkundigen, wie Nexus unterstützt werden kann.

TOP 5: Rückblick auf die MV

Die MV wurde als gelungen angesehen. Der Vorstand dankt allen, die an dem Gelingen der Veranstaltung beteiligt waren. Inwieweit jedoch ein verkleinerter Vorstand die anliegenden Aufgaben bewältigen kann, muß die Zukunft zeigen.

TOP 9: Frauenseminar

Christl Trischler berichtet, daß die Vorbereitungen für das Frauenseminar gut vonstatten gehen. Sie will zusammen mit Christiane Hefendehl dafür sorgen, daß über den Verlauf des Seminars im Rundbrief berichtet wird.

TOP 10: Herbstseminar

Leider mußte der Organisator Eugen Eschenlohr seinen Besuch kurzfristig absagen. Er informierte den Vorstand jedoch ausführlich telefonisch über seine Planung. Die Suche nach kompetenten Referenten stellt sich als schwierig heraus, da bei vielen der Terminkalender für dieses Jahr schon gefüllt ist. Eugen Eschenlohr hofft aber, noch einige Koryphäen zu finden. Bei der nächsten Vorstandssitzung will er den Vorstand über die Fortschritte informieren. Geeinigt hat man sich auf den Termin des Seminars: 21.10.95. Der Vorstand wird die Regionalgruppe Berlin bitten, einen Tagungsort zu finden.

TOP 11: Schwerpunkte der Vorstandsarbeit bis zur nächsten MV

- a) Initiierung des Netzwerks
- b) Optimierung der Zusammenarbeit mit anderen Organisationen.
- c) Diskussion um die Positionierung

TOP 12: Rundbrief, Öffentlichkeitsarbeit und Kontakte

Ulf Thomas ist auf der Suche nach einem guten preiswerten Scanner, um die Herstellung des Rundbriefs zu erleichtern. Der Vorstand wird bei der nächsten Vorstandssitzung überlegen, an wen der Rundbrief in der Zukunft als Information über den Verein geschickt wird. Außerdem sollen Adressen von Organisationen zusammengetragen werden, die eventuell noch nichts vom VDPP gehört haben.

TOP 13: Positionierungspapier

Der Vorstand wird diejenigen anschreiben, die bei der Abfassung des ersten Positionierungspapieres beteiligt waren, um sie für eine weiterführende Diskussion zu gewinnen.

TOP 14: Verschiedenes

Christl Trischler wird den VDPP für die Arbeitsgruppe „Zusammenarbeit von Beschäftigten im Gesundheitswesen“ anmelden, die sich während der Jahreshauptversammlung des VDÄÄ im September zusammenfinden soll.

Einige Mitglieder der Vereins nahmen an einem Treffen nichtselbstständiger ApothekerInnen teil, zu dem Magdalene Linz vom BVA geladen hatte und daß am 29/30. 4. in Hannover stattfand. Es ging unter anderem um Möglichkeiten der besseren Einbeziehung Nichtselbstständiger in die Standespolitik und ihrer Beteiligung an Arbeitskreisen Arzt/Apotheker. Ein Ziel von M. Linz ist die Gründung eines regelmäßig tagenden Forums Nichtselbstständiger ApothekerInnen aus allen Bereichen der Pharmazie. Sie wurde dabei von allen Beteiligten unterstützt.

Dem Vorstand lag eine Studie des Antirassismusbüro Bremen vor, in der davon die Rede ist, daß die Bremer Polizei mutmaßliche schwarze Drogenhändler gezwungen hat, Ipicacuanha-Sirup zu schlucken, um ein Erbrechen zu erzwingen. Der Vorstand wird sich bei seinem nächsten Treffen noch einmal mit diesem Thema befassen.

Finanzplan

Leider sind im letzten Rundbrief ausgerechnet bei diesem Kapitel (Geld) etliche Tipp-Fehler durch die Korrektur gerutscht. Hier jetzt die bereinigte Fassung (echt nachgerechnet).

Finanzplan 1/95 - 12/95		
Einnahmen:	Mitgliedsbeiträge:	30.000,-
	Spenden:	1.500,-
	Zinsen aus Sparguthaben	200,-
		<hr/>
		31.700,-
Ausgaben:	Rundbrief	8.500,-
	Honorar Rundbrief	1.800,-
	Geschäftsstelle	800,-
	Gehalt Gudrun Meiburg	3.500,-
	Porto (inkl. RB)	7.500,-
	Telefon	900,-
	Seminare/Veranstaltungen	5.000,-
	Projektgeld (für Netzwerk)	10.000,-
	Reisekosten	2.000,-
	Unterstützung von PProjekten befreundeter Organisationen	1.000,-
	Bankgebühren	200,-
	Scanner + Software für Rundbrief	1.000,-
	<hr/>	
		42.200,-

Who's who im VDPP

Achtung, Achtung!

Vorletzter Aufruf für das Who's who. Bisher haben sich etwa 30 Mitglieder offen zum VDPP bekannt, indem sie den Fragebogen für das Who's who des VDPP ausgefüllt an die Geschäftsstelle geschickt haben. Ihnen gebührt unser Dank!

Damit die Herstellung dieses wichtigen Werkes richtig lohnt, sollten aber noch mindestens 20 - 30 (warum nicht 100?) Mitglieder mitmachen. Also: sofort hinsetzen, Schreibgerät zur Hand nehmen und sich selbst darstellen. Denn wir haben doch keine Geheimnisse voreinander, oder?

Selbst ich werde mich noch bequemen, den Fragebogen auszufüllen, da die Erstausgabe des Who's who noch vor Weihnachten erscheinen soll.

Gruß Thomas

(Bitte Rückseite ausfüllen, heraustrennen, zusammenfalten und einsenden)

An die
Geschäftsstelle des VDPP
Fleming-Apotheke
Grindelallee 182
D-20144 Hamburg

Who's who im VDPP - Fragebogen

(Selbstverständlich ist der Umfang der Beantwortung einzelner Fragen in Euer Ermessen gestellt)

Daten nicht im Rundbrief veröffentlichen, nur zum Verbleib in der Geschäftsstelle

Name, Vorname, ggf. Titel



Geburtstag

PLZ, Ort

Straße

Telefon

Fax

Adresse (dienstlich):

Genauere Bez. der Arbeitsstelle



PLZ, Ort

Straße

Telefon

Fax

Status:

Student PJ

AngestellteR in ...

ApothekenbesitzerIn PächterIn

öffentlicher Apotheke

Krankenhausapotheke

PTA-Schule

Wissenschaft u. Verwaltung

..... (sonstiges)

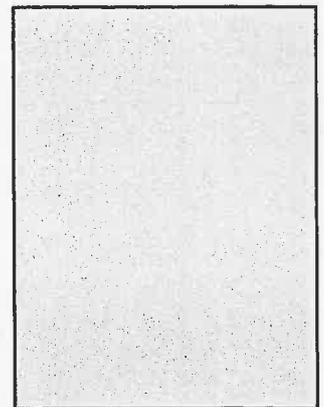
z. Zt. nicht berufstätig

Kontakte zu anderen Initiativen/Organisationen: ...

Interessen: ...

Veröffentlichungen: ...

Weitere Angaben zur Person: ...



Foto

Trotzdem

Der Dokumentationsteil fällt dieses Mal in eine tiefes Sommerloch. Trotzdem hält die Redaktion 3 Beiträge für veröffentlichungswert. Da ist zuerst einmal das **Antwortschreiben der SPD-Fraktion des Niedersächsischen Landtages** auf den offenen Brief des VDPP an den Präsidenten der TU-Braunschweig (s. RB 29, S. 25). Dann ist da noch das „**Vorstellungspapier**“ der **neu geschaffenen „Arbeitsgemeinschaft Arzt-Apotheker“**, das am 18.5.95 in der PZ veröffentlicht wurde. Für alle diejenigen, die sich im VDPP Gedanken zu diesem Thema gemacht haben, sollte dieses Papier

von großem Interesse sein. Als letztes folgen noch **2 Stellungnahmen zur Verlängerung des Atomwaffensperrvertrages**, nämlich vom Vorstand des IPPNW und von Mitgliedern der Nichtregierungsorganisationen, die an dem Hintergrund der geplanten Atomtests der französischen Regierung im Pazifik nicht uninteressant.

Die Redaktion ruft alle Mitglieder auf, uns Beiträge für den Dokumentationsteil zuzuschicken, da wir nicht wissen, ob unsere Auswahl immer gut ankommt.

Thomas Hammer

SPD-Fraktion im Niedersächsischen Landtag
Hinrich-Wilhelm Kopf-Platz 1, 30159 Hannover

VDPP
Herrn
Jürgen Große
Grindelallee 182
20144 Hamburg

Hannover, den 24.04.95 hux/be

Schließung der Abteilung für Geschichte der Pharmazie an der TU-Braunschweig

Sehr geehrter Herr Große,

für die Zusendung Ihres Schreibens zu o. a. Sachverhalt bedanken wir uns.

Angesichts der haushaltspolitischen Notwendigkeiten im Land Niedersachsen sieht die SPD-Landtagsfraktion keine Alternativen zu den im Landeshaushalt beschlossenen Kürzungen. Davon ist auch der Hochschuletat nicht auszunehmen, der mit einem finanziellen Einsparziel von 16,7 Mio jährlich belastet ist. Im Rahmen eines Strukturkonzepts soll gewährleistet werden, daß die Einsparungen nicht durch linearen Stellenabbau an den Hochschulen, sondern nach strukturellen Gesichtspunkten erfolgen sollen. An der Erarbeitung dieses Konzepts sind neben Vertretern des Ministeriums auch Mitglieder der Landeshochschulkonferenz beteiligt.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, daß die SPD-Landtagsfraktion die Umsetzung der Zielvorgaben, die an den einzelnen Universitäten in unterschiedlicher und selbstverantwortlicher Weise vorgenommen wird, nicht im Einzelfall bewerten kann. In die Entscheidungsprozesse der jeweiligen Hochschule soll von unserer Seite nicht eingegriffen werden.

Mit freundlichen Grüßen

Erika Huxhold
Parlamentarische Referentin

Arzt und Apotheker: Eine neue AG stellt sich vor

PZ. Die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände und der BDA – Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzterverband haben am 10. Mai in Wiesbaden die »Arbeitsgemeinschaft Arzt/Apotheker« gegründet. Damit haben sich zwei Berufe zusammengeschlossen, die 1989 durch das Gesundheitsreform- und 1992 das Gesundheitsstrukturgesetz besonderem politischen Druck ausgesetzt sind, hieß es auf der Gründungsveranstaltung. Kosteneinsparungen dürften nicht zu einer qualitativen Verschlechterung der Arzneimittelversorgung führen.

Erklärtes Ziel der Arbeitsgemeinschaft ist es, zum Wohle der Patienten im organisierten Dialog zu einer Verbesserung der Arzneimitteltherapie, zur Minderung von Arzneimittelrisiken und zur Senkung von Krankheitskosten beizutragen. Dies solle in Arbeitsgruppen von Ärzten und Apothekern geschehen, die sich regelmäßig treffen, um die Qualität der Arzneimittelberatung und -versorgung zu verbessern.

Die Vertreter der Verbände sprachen von »einer sinnvollen Einrichtung zur Optimierung der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung unter Beach-

tung ökonomischer Interessen«. Hierbei dürfe allerdings »die Grenze zwischen ärztlicher Therapie und pharmazeutischer Beratung nicht verwischt werden«. In regionalen Gesprächskreisen sollen sich medizinisches und pharmazeutisches Wissen ergänzen. Im ersten Schritt werden Fragen der Compliance und der Selbstmedikation sowie die Generikaproblematik diskutiert werden.

Durch die Kooperation von Arzt und Apotheker soll der Arzneimittelmarkt für die Selbstmedikation transparenter gemacht werden. Ebenso wird die Schaffung einer Transparenz im Generikamarkt unter den Aspekten Qualität, Preis und Verfügbarkeit im Markt angestrebt. Die pharmazeutischen Hersteller sollen aufgefordert werden, durch Bereitstellung notwendiger Qualitätsdaten zur Transparenz beizutragen.

Projektziele

Die arzneipolitische Entwicklung ist seit dem Gesundheitsreformgesetz 1989 und dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 durch folgende Prämissen gekennzeichnet:

1. Bildung von Festbetragsgruppen nach § 35 SGB V mit der Folge einer wachsenden Standardisierung des Arzneimittelangebotes für die ambulante Versorgung, mit der weiteren Folge einer Verkleinerung der Preisbandbreite der miteinander für eine bestimmte Indikation im Wettbewerb

stehenden Medikamente, deren pharmazeutische Qualität nicht ausreichend transparent ist.

2. Verschärfung der Diskussion über sogenannte »umstrittene Arzneimittel« auf der Grundlage der Arzneimittelklassifikation des Arzneiverordnungs-Reports und der in der Diskussion befindlichen »Positivliste« (§ 92 a SGB V),

3. Verstärkte Diskussion über Rationalisierungsreserven im Bereich der GKV-Arzneimittelausgaben, Budgetierung der Arzneimittelverordnungen sowie eventuell die Einführung von Richtgrößen im ambulanten Sektor durch das am 1. Januar 1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz,

4. Erschwerte Arzneimittelinnovation durch wachsende arzneimittelrechtliche Auflagen sowie kritische Betrachtung der Nutzen-Risiko-Relation von Arzneimitteln in der Fachwelt,

5. Zunehmende Arzneimittelkritik in den Medien,

6. Wachsende Anteile in der Selbstmedikation auf der Grundlage des OTC-Apothekenverkaufes sowie stark steigender Umsatz von freiverkäuflichen Arzneimitteln außerhalb der Apotheken.

Es gibt vier Marktsektoren:

1. preisvergleichsintensive Standardarzneimittel,
2. patentgeschützte Präparate,
3. Selbstmedikations-Arzneimittel,
4. umstrittene Arzneimittel.

Die weitere Entwicklung der Arzneimittelversorgung im ambulanten Sektor wird wesentlich mitbestimmt durch die Einführung der Krankenversicherungskarte und die Verpflichtung der Vertragsärzte, die Patientendiagnosen und damit die Indikationen zur Arzneimitteltherapie kodiert auf den Abrechnungsbelegen zu erfassen. Die Apotheker werden verpflichtet, die Pharmazentralnummer bei der Abrechnung der Verordnungsblätter aufzutragen und die Abrechnungsdaten den Krankenkassen zu übermitteln.

Die drei letztgenannten Maßnahmen des Gesetzgebers führen dazu, daß bei den Krankenkassen Massendateien errichtet werden können, aus denen errechnet werden kann, für welche Patientengruppen bei welchen Diagnosen welche Arzneimittel zu welchem Preis verordnet worden sind. Dieses Datenmaterial könnte die Grundlage für spätere Richtgrößen liefern.



Vertreten die kooperierenden Heilberufsverbände: Professor Rainer Braun und Dr. Hermann Vogel für die ABDA sowie Dr. Klaus-Dieter Kossow und Dieter Robert Adam für den BDA.

Foto: Werner W. Wille

In der Folge dieser Entwicklung sinken die Deckungsbeiträge der Arzneimittelhersteller beziehungsweise Lieferanten wegen des verschärften Preisvergleichs. Damit fehlt insbesondere für das unter Preisdruck stehende Standardpräparatesortiment die finanzielle Grundlage für eine Arzneimittelkommunikation zwischen Pharmaindustrie und Ärzten und Apothekern beziehungsweise zwischen Pharmaindustrie und Öffentlichkeit im bisherigen Umfang.

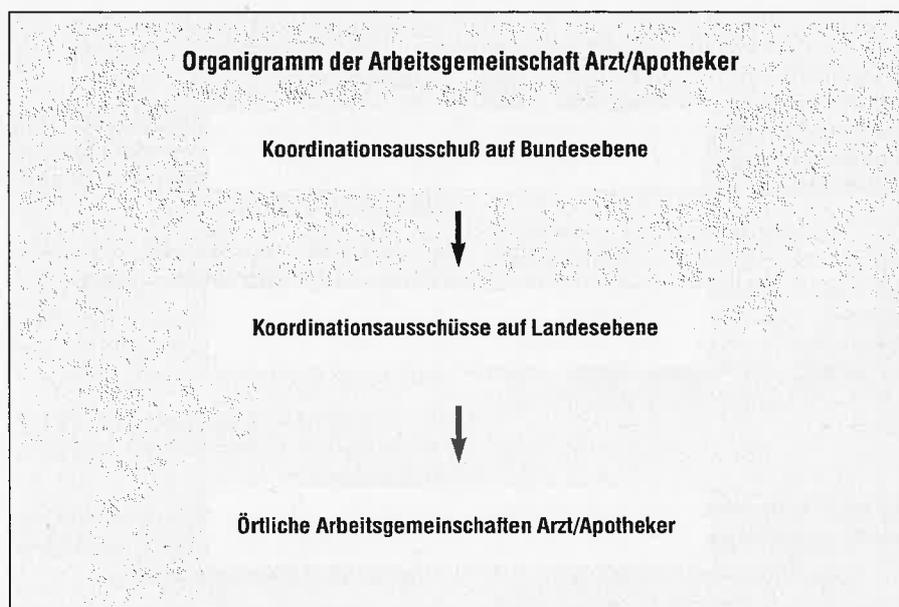
Mit der fallenden Bedeutung beziehungsweise Finanzierungsmöglichkeit der verkaufsorientierten Pharmakommunikation durch die Arzneimittelindustrie steigt zeitgleich die Bedeutung der Aktivitäten der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen für diesen Kommunikationssektor. Einzelne Krankenkassengruppen haben sogar Außendienste zur Information der Ärzte aufgebaut. Dem wollen wir eine unabhängige sachorientierte Kommunikation entgegensetzen.

Die wirtschaftliche Basis der Apotheker ist durch den oben angeführten Trend fallender Arzneimittelpreise (Preismoratorium) bei gleichzeitiger Abnahme der verordneten Arzneimittelmenge empfindlich getroffen. Die ABDA errechnete für das Jahr 1993 einen Einkommensverlust von durchschnittlich 27 Prozent pro Apothekenleiter (zum Vergleich: Einkommensminderung pro Durchschnittsvertragsarzt 22,5 Prozent).

Die Frage lautet daher, wie die für die wirtschaftliche Versorgung mit Arzneimitteln verantwortlichen Heilberufe – Vertragsärzte und Apotheker – eine durch die Pharmaindustrie reduzierte Pharmakommunikation qualitativ, quantitativ und zielgerichtet substituieren können.

Verhältnis Arzt und Apotheker

Die Sicherstellung der Fortbildung im Bereich der Arzneimittelanwendung (Pharmakommunikation) kann am ehesten durch die Zusammenarbeit von Apothekern und Ärzten erfolgen. Dem steht jedoch ein traditionell eher gespanntes Verhältnis entgegen. Es hat sich in der Vergangenheit eine Situation ergeben, in der die Ärzte eine intensive Tätigkeit der Apotheker auf den Sektoren Prävention, Selbstmedikation und Patientenberatung als Einmischung in ärztliche Aufgabenbereiche empfunden haben. Insbesondere der Anspruch aus Apothekerkreisen, bei einer durch den Arzt gestellten Indika-



*Träger der jeweiligen Arbeitsgemeinschaften sind die Dachorganisationen und die regionalen Organisationen der Projektbeteiligten.

tion und Festlegung des Wirkstoffes das konkrete Arzneimittel für den Patienten auszuwählen, ist auf den Protest der Ärzte gestoßen (aut idem).

Auch das von den Apothekern propagierte Modell »Pharmaceutical Care« bedarf der intensiven Absprache zwischen Apotheker und Arzt vor Ort.

Andererseits ist eine umfangreiche Bemusterung sowie die direkte Belieferung der Arztpraxen mit Sprechstundenbedarf auf die Kritik der Apotheker gestoßen, weil dies zu einem quasi Teildispensierrecht der Ärzte geführt hat.

Durch das Gesundheitsstrukturgesetz sind beide Berufe finanziell unter Druck geraten. Dies ist eine Entwicklung, die sich in der dritten Stufe vor allem für die Apotheker noch weiter verschärfen wird. Gleichzeitig ergeben sich Tendenzen, die Interessenskonflikte zwischen den beiden Berufen eher abbauen. Durch das Arzneimittelmüllbudget ist die Bereitschaft der Ärzte gewachsen, dem Patienten zur Selbstmedikation zu raten.

Notwendigkeit der Kooperation

Aus der Sicht der versorgungsbedürftigen Patienten ist eine Zusammenarbeit von Offizinapothekern und Ärzten notwendiger denn je, weil der Patient durch negative Veröffentlichungen, aber auch durch ständig sich ändernde rechtliche Rahmenbedingungen im Umgang mit dem Arzneimittel zunehmend verunsichert wird. Diskussionen über Arzneimittelmüllberge infolge von Non-Compliance sind Signale: Em-

pirische Studien weisen aus, daß sich etwa nur die Hälfte der Patienten anwendungsgerecht verhält, das heißt die Arzneimittel so einnimmt, wie sie verordnet worden sind. Andererseits gibt es Arzneimittelsektoren (Schmerzmittel, Mittel gegen Angst), wo eher von einem Vielgebrauch bis hin zum Mißbrauch gesprochen werden kann.

Diese Situation macht es erforderlich, sowohl die vom Arzt verordneten Arzneimittel als auch die vom Apotheker im Wege der Selbstmedikation abgegebenen Arzneimittel in Kooperation patientenbezogen über längere Zeit zu erfassen und deren Einnahme zu beobachten und zu koordinieren. In diesem Zusammenhang ist die von den Apothekern vorgeschlagene Einführung einer Patientenchipkarte sowie auch Pharmaceutical Care zu diskutieren.

Gemeinsame Problemfelder in Praxis und Apotheke

Im Bereich der erstattungsfähigen Standardpräparate sowie der innovativen Präparate werden Arzneimittel auf Verordnung des Arztes abgegeben. In den Sektoren der Selbstmedikations-Arzneimittel und »umstrittenen Arzneimittel« erfolgt die Arzneimittelabgabe von Fall zu Fall im Wege der Selbstmedikation durch den Apotheker oder auf Verordnung des Arztes oder auf Empfehlung des Arztes durch den Apotheker, ohne daß eine Verordnung zu Lasten der GKV erfolgt (Privatrezept oder rezeptfreie Empfehlung).

Besondere Bedeutung bei der Koordination besitzt der Hausarzt bereits.

Seine Kompetenz soll aufgrund des § 73 SGB V auch in bezug auf die Arzneimittelverordnung in Zukunft nach dem Willen des Gesetzgebers noch wachsen. Durch die steigende Selbstmedikation nimmt aber auch die Verantwortung der Apotheker zu.

Der Hausarzt koordiniert, gegebenenfalls in Kooperation mit Spezialisten, die Langzeittherapie chronisch Kranker. Dies setzt eine verbesserte Information auch über eine eventuelle Selbstmedikation voraus, beispielsweise durch Einsatz einer Patientenchipkarte.

Zielsetzung: organisierter Dialog und Kooperation

Die Zusammenarbeit zwischen Apothekern und Hausärzten kann idealerweise in Arbeitsgruppen geschehen, die sich regelmäßig treffen, um die Qualität der Arzneimittelberatung und -versorgung zu verbessern, zum Beispiel durch:

○ Sicherstellung der präparatebezogenen Wissens-, Könnens- und Verhaltensqualitäten beim verordnenden Arzt,

○ Verbesserung der Position des Arztes bei Auseinandersetzungen mit Prüfungsgremien,

○ Sammlung und Austausch von neuen Erkenntnissen über Daten zur Therapie, zu Risiken sowie zur Qualität von Arzneimitteln,

○ Austausch von Verordnungs-, Wirkungs- und Nebenwirkungsdaten,

○ Austausch von Informationen über Selbstmedikations- und Verordnungs-menüs über Datenträger (Chipkarte),

○ Kooperation im Bereich der Selbstmedikation mit dem Ziel der Risikominimierung,

○ Erarbeitung von Informationen für Apotheker und Ärzte zur Beratung in Fragen der Selbstbehandlung,

○ Verbesserung der Markttransparenz zum Zwecke einer rationalen und rationellen Arzneimitteltherapie,

○ Organisation von Arzneimittelanwendungs- und Beobachtungsstudien und gemeinsame Auswertung der Erfahrung,

○ Einladung von Experten zu Diskussionen über Arzneimittelfragen aus

Kreisen der Kammern, Fortbildungsakademien, Krankenkassen, KVen, Pharmaindustrie und wissenschaftlichen Institute,

○ Teilnahme an gemeinsamer Fortbildung und an Forschungsprogrammen, die überregional angeboten und organisiert werden,.

○ Diskussion ethischer Fragen,

○ Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit von Hausärzten und Apothekern, beispielsweise in Volkshochschulen, Hausfrauenverbänden, Kindergärten wie auch durch Vorträge, Betreuung von Patientengruppen et cetera und

○ Kooperation bei der berufspolitischen Interessenvertretung.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Arzt/Apotheker (BAA)

1. Stufe: Ein Rahmenvertrag zwischen ABDA und BDA regelt die gemeinsame Zusammenarbeit in diesem Projekt.

2. Stufe: ABDA und BDA nennen Projektbeauftragte zur Bildung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe. Aufgabe dieser Arbeitsgruppe ist, einen konkreten Themen- und Projektkatalog zu

entwickeln, mit dem sich der Koordinationsausschuß auf Bundesebene kurz-, mittel- und langfristig zu beschäftigen hat. Der Projektkatalog beinhaltet die Diskussions- und Fortbildungsthemen sowie Maßnahmen zur Unterstützung solcher Aktivitäten, die in den örtlichen Arbeitsgemeinschaften Arzt/Apotheker durchgeführt werden sollen (zum Beispiel Generika, Selbstmedikation und Compliance).

3. Stufe: Die Projektbeauftragten von ABDA und BDA konstituieren Arbeitskreise, die sich mit der Realisation des Themen- und Projektkataloges befassen. Die Arbeitskreise beschäftigen sich mit den Gebieten Wirtschaft, Wissenschaft sowie Logistik/Kommunikation. Themen der unter dem Stichwort »Wirtschaft« tätigen Arbeitskreise sind zum Beispiel Chipkarte, rationelle Arzneimittelverordnung und -bevorratung et cetera. Die wissenschaftlichen Arbeitskreise beschäftigen sich zum Beispiel mit Fragen der Selbstmedikation, dem State-of-the-Art in der medikamentösen Therapie bestimmter Indikationsgebiete, Arzneimittelökonomie und dergleichen. Die Arbeitskreise »Logistik und Kommunikation« übernehmen die Aufgaben Öffentlichkeits-

arbeit, Aufbau und Betreuung der Arbeitsgemeinschaften Arzt/Apotheker et cetera.

Aus der Tätigkeit der Arbeitskreise ergeben sich Empfehlungen, wissenschaftliche Materialien und Serviceangebote, die über die Landesverbände den örtlichen Arbeitsgemeinschaften zur Verfügung gestellt werden.

Die finanzielle Absicherung

Die Wirtschaftsgesellschaften von ABDA und BDA werden dazu in der Lage sein, die Anlaufkosten des Projektes zu finanzieren. Vorgesehen ist, bei der Realisierung des Projektes aber auch auf die wissenschaftlichen und finanziellen Ressourcen der Pharmaindustrie zurückzugreifen:

Ein Projekt, das sich mit Arzneimittelinformation und Qualitätssicherung in der medikamentösen Therapie beschäftigt, kommt ohne die Daten und das Know-how der Industrie nicht aus.

Vor dem Hintergrund sinkender Deckungsbeiträge und des größeren Einflusses der Krankenkassen und KVen auf die Arzneimittelverordnung wird es die Industrie zunehmend

schwerer haben, sich mit rein verkaufsorientierter Information wirksam bemerkbar zu machen. Arzneimittelkommunikation der Industrie wird nur dann glaubwürdig und damit erfolgreich sein, wenn sie nicht auf Suggestion, sondern auf Transparenz ausgerichtet ist.

Für die Pharmaindustrie wird es zunehmend beschwerlicher und effizienter sein, das Einzelgespräch mit dem Arzt zu führen. Transparente Pharmakommunikation im Sinne der Qualitätssicherung der Arzneimitteltherapie auf der Basis des Key-account wird zunehmend an Bedeutung gewinnen. Die ABDA und der BDA rechnen darum damit, daß es Pharmaunternehmen geben wird, die diesen neuen Weg der transparenten Pharmakommunikation im Sinne von Problemlösungsangeboten für Ärzte, Apotheker und Patienten mitgehen werden.

Begleitende Öffentlichkeitsarbeit

Die Ergebnisse der Arbeitskreise werden kontinuierlich durch Berichterstattungen der Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht. □

Stellungnahme der IPPNW zur Verlängerung des Atomwaffensperrvertrags

Bei der Verlängerungs- und Überprüfungs-konferenz in New York vom 17. 4. bis 12. 5. 1995 haben die 178 Vertragsparteien den Atomwaffensperrvertrag unbefristet verlängert. Die Konferenz verabschiedete eine Resolution zu den „Prinzipien und Zielen zur nuklearen Nichtverbreitung und Abrüstung“. Darin wurde vorgeschlagen: einen umfassenden Atomteststopp bis Ende 1996 abzuschließen; Verhandlungen über ein Verbot der Herstellung von spaltbaren Materialien für Atomwaffen zu beginnen; und die Reduzierung und letztlich die Beseitigung der Atomwaffen entschlossen anzustreben. Nach der Überprüfungsdebatte über die Erfüllung des Vertrags waren die Meinungen so unterschiedlich, daß die Konferenz sich auf keine Abschlusserklärung einigen konnten.

Die Chance, die Atomwaffenstaaten durch Druck zu weiteren Abrüstungsmaßnahmen zu verpflichten, konnte nicht genutzt werden. Wann sich eine solche Chance erneut ergeben wird, ist nicht abzusehen. Der Atomwaffensperrvertrag ist jetzt auf Dauer festgeschrieben, und damit wurde der Status der fünf „offiziellen“ Atomwaffenstaaten gesichert. So dürfen jetzt nach dem Willen der Vertragsparteien Atomtechnologie und -materialien ohne zeitliche Befristung weitergegeben werden. Die Rolle der latenten Atomkräfte wird damit vermutlich wachsen.

Wir halten diese unbefristete Verlängerung ohne ein verabschiedetes und verpflichtendes Abschlußdokument für kein befriedigendes Ergebnis, denn es bedeutet, daß:

■ weitere Abrüstungsmaßnahmen über START II hinaus nicht erfolgen müssen,

■ Atomwaffen weiter getestet werden können, ■ Atomwaffen weiter entwickelt und hergestellt werden können,

■ es keine Verpflichtung gibt, Verhandlungen über eine Konvention zur völligen Abschaffung von Atomwaffen zu beginnen.

Viele auf substantielle Abrüstung zielende Argumente wurden von der IPPNW und anderen Nichtregierungsorganisationen sowie von vielen Nichtatomwaffenstaaten vorgetragen. Die Atomwaffenstaaten blockten jedoch jegliche Kritik an ihren bisherigen, völlig unzureichenden Abrüstungsmaßnahmen ab. Das endlose Gerangel um den Abschlußbericht endete einmal mehr damit, daß es nicht gelang, den Überprüfungsprozeß zu vollenden. Das heißt, daß seit zehn Jahren kein Überprüfungs-dokument zustande gekommen ist.

Vor diesem Hintergrund von einem Konsens oder gar von Einstimmigkeit zu sprechen, ist unzutreffend. Die unbefristete Verlängerung war das Resultat geschickter Diplomatie, die eine Abstimmung über die befristete und an Bedingungen geknüpfte Verlängerung verhinderte. Eine Abstimmung hätte voraussichtlich die vorhandene Unzufriedenheit vieler Staaten mit dem Atomwaffensperrvertrag zum Vorschein gebracht. Der diplomatische Erfolg der Atomwaffenstaaten kam einer Demonstration der Macht der „Habenden“ über die „Nichthabenden“ gleich.

Die Doktrin der Atomwaffenstaaten zielt auf die Nichtweiterverbreitung von Atomwaffen, substantielle Abrüstung ist nicht ihr Interesse. Atomwaffen sollen in den Händen der vorhandenen Mächte bleiben. Kleinere taktische Atom-

waffen werden entwickelt. Die alte strategische nukleare Bewaffnung des Kalten Krieges ist überflüssig und kann als „Zugeständnis“ abgerüstet werden. Unterirdische Atomtestexplosionen sind ebenfalls nicht mehr nötig, weil man im Computer testen kann. Spaltbares Material muß nicht mehr hergestellt werden, weil es ohnehin einen Überschuß an Plutonium gibt. Entgegen der Behauptung des Deutschen Auswärtigen Amtes ist „der Alptraum eines Nuklearkrieges“ keineswegs vorbei.

Die IPPNW hat sich mit 200 Nichtregierungsorganisationen (NRO) zu einem Netzwerk „NGO Nuclear Abolition Caucus“ zusammengeschlossen. Das Netzwerk übergab eine Stellungnahme an die Konferenzdelegierten, wie die völlige Abschaffung aller Atomwaffen schrittweise zu erreichen ist.¹ Den Anfang macht die gemeinsam von vielen Staaten erhobene Forderung nach dem Beginn der Verhandlungen über eine Konvention zur Beseitigung aller Atomwaffen. Die Leistung der NROs, die Debatte über weitere Abrüstung zu forcieren, ist vom Präsidenten der Konferenz, Jayantha Dhanapala anerkannt worden. Wir werden weiterhin an allen Verhandlungen teilnehmen und sie durch alle geeigneten Mittel beeinflussen. Damit vertreten wir die Millionen von Menschen, die eine völlige Abschaffung der Atomwaffen fordern.

Berlin, den 26. Mai 1995 *Der Vorstand*

¹ Die Stellungnahme „ATOMWAFFEN ABSCHAFFEN“ von Vertretern aus Nichtregierungsorganisationen, die die Konferenz zur Überprüfung und Verlängerung des Atomwaffensperrvertrags beobachteten, ist von der IPPNW-Geschäftsstelle in Berlin erhältlich.

„ATOMWAFFEN ABSCHAFFEN“

STELLUNGNAHME

von Vertretern aus Nichtregierungsorganisationen, die die Konferenz zur Überprüfung und Verlängerung des Atomwaffensperrvertrags beobachten:

Die Beschlüsse der Delegierten bei der Überprüfungs- und Verlängerungskonferenz des Nichtverbreitungsvertrags werden entscheidenden Einfluß auf die globale Sicherheit der Zukunft ausüben und müssen daher im Bewußtsein ihrer ethischen Dringlichkeit und in Verantwortung für die Menschheit gefaßt werden.

Eine sichere und bewohnbare Welt für unsere Kinder und Enkel und alle künftigen Generationen ist nur möglich, wenn wir das Ziel erreichen, die Welt von Atomwaffen zu befreien und für die Zerstörungen der Umwelt und das menschliche Leiden, die als Hinterlassenschaft aus 50 Jahren Atomwaffentests und -produktion erwachsen sind, Abhilfe zu schaffen.

Desweiteren müssen die unauflösliche Verbindung zwischen „friedlicher“ und kriegerischer Nutzung atomarer Technologie und die Bedrohung für künftige Generationen, die die Erschaffung und der Einsatz langlebiger radioaktiver Materialien mit sich bringen, bewußt erkannt werden. Wir müssen uns auf saubere, sichere, erneuerbare Formen der Energieerzeugung verlegen, die kein Material für Massenvernichtungswaffen liefern und nicht auf Jahrtausende hinaus die Umwelt vergiften. Das wahre „unveräußerliche“ Recht ist nicht das auf Atomenergie, sondern das auf Leben, Freiheit und Unversehrtheit der Person in einer atomwaffenfreien Welt.

Eine atomwaffenfreie Welt kann nur behutsam Schritt für Schritt errichtet werden, darüber sind wir uns klar. Wir sind überzeugt, daß dies technisch machbar ist. Das einzige wirkliche Hindernis ist der Mangel an politischem Willen, insbesondere von Seiten der Atomwaffenstaaten. Genauso wie chemische und biologische Waffen verboten sind, müssen auch Atomwaffen verboten werden.

Wir rufen alle Staaten, vor allem die – erklärten und die tatsächlichen – Atomwaffenstaaten, auf, folgende Schritte zu unternehmen, um die Abschaffung von Atomwaffen zu erreichen. Außerdem legen wir den Delegierten dieser Staaten für den NPT dringend nahe, bindende Verpflichtungen zur Durchführung dieser Maßnahmen von den erklärten Atomwaffenstaaten zu verlangen und die Verpflichtungserklärungen im Abschlußbericht der Konferenz festzuschreiben:

1. Verhandlungen über eine Konvention zur Abschaffung von Atomwaffen, in der der stufenweise Abbau aller Atomwaffen innerhalb eines ausgearbeiteten zeitlichen Rahmens festgelegt wird und die wirksam dessen Überwachung und Durchsetzung regelt, sollen 1995 begonnen werden und bis zum Jahr 2000 abgeschlossen sein. *)
2. Unverzügliche Zusicherung, unter keinen Bedingungen Atomwaffen einzusetzen oder mit dem Einsatz zu drohen.
3. Ein wirklich umfassender Atomteststoppvertrag soll rasch zum Abschluß kommen. Er soll keinerlei Vorbehalte enthalten, jedoch die ausdrückliche Absicht, die Entwicklung von Atomwaffen durch alle Staaten auszuschließen.
4. Die Produktion und die Stationierung neuer und weiterer atomarer Waffensysteme ist einzustellen. Der Abzug und die Demontage stationierter atomarer Waffensysteme soll begonnen werden.
5. Militärische sowie kommerzielle Herstellung und Wiederaufarbeitung aller waffenfähigen radioaktiven Materialien ist zu verbieten.
6. Alle waffentauglichen radioaktiven Materialien und nuklearen Anlagen sämtlicher Staaten sind internationaler Rechenschaftspflicht, Beobachtung und Sicherstellung zu unterstellen. Eine internationale öffentliche Registrierung allen waffentauglichen radioaktiven Materials ist einzuführen.
7. Forschung, Entwurf, Entwicklung sowie experimentelle Labortests von Atomwaffen einschließlich, jedoch nicht beschränkt auf nichtatomare hydrodynamische Explosionen und Computersimulationen sind zu verbieten. Alle Atomwaffenlabors sind internationaler Kontrolle zu unterstellen, alle Atomtestgelände sind zu schließen.
8. Weitere atomfreie Zonen sind einzurichten ähnlich den mit den Verträgen von Tlatelolco und Raratonga geschaffenen.
9. Der Einsatz von Atomwaffen oder seine Androhung ist öffentlich und vor dem Weltgerichtshof als ungesetzlich anzuerkennen und zu erklären.
10. Eine internationale Energieagentur ist aufzubauen, die die Entwicklung nachhaltiger und ökologisch sicherer Energieträger vorantreibt und unterstützt.
11. Es sind Mechanismen zu schaffen, die sicherstellen, daß Bürger und Nichtregierungsorganisationen an der Planung und Kontrolle des Prozesses der Abschaffung von Atomwaffen beteiligt sind.

Eine Welt ohne Atomwaffen ist eines der Menschheitsziele. Dieses Ziel kann nicht durch ein Nichtverbreitungsregime erreicht werden, das einer kleinen Gruppe von Staaten das Recht einräumt, Atomwaffen zu besitzen. Die gemeinsame Sicherheit von uns allen erfordert den vollständigen Abbau aller Atomwaffen. Wir erheben Einwand gegen die unbefristete und bedingungslose Verlängerung des NPT. Unser Ziel ist die fristgemäße und bedingungslose Abschaffung der Atomwaffen.

*) Die Konvention sollte unumkehrbare Maßnahmen zur Abrüstung verfügen, unter anderem, jedoch nicht nur folgende: alle stationierten Waffensysteme abziehen und entschärfen; Sprengköpfe entschärfen und demontieren; Sprengköpfe und waffentaugliche radioaktive Materialien unter internationale Aufsicht stellen; ballistische Raketen und andere Trägersysteme zerstören. Die Konvention könnte auch die oben aufgeführten Maßnahmen einschließen, die unabhängig davon unverzüglich durchgeführt werden sollten. Wenn sie vollständig erfüllt ist, würde diese Konvention den NPT ersetzen.

New York, 25. April 1995 – Unterzeichner: Mitglieder des Gremiums von Nichtregierungsorganisationen zur Abschaffung von Atomwaffen und anderer Gruppen

50 Jahre Kriegsende. 50 Jahre Befreiung des KZ Auschwitz. Die Verantwortung der IG Farben.

Das Jahr 1995 steht weltweit im Zeichen des Kriegsendes vor 50 Jahren. Bereits jetzt steht fest, daß ein Thema in den vielen mahnenden Feierlichkeiten zu kurz kommt: Die Rolle der großen multinationalen Konzerne bei Vorbereitung und Durchführung des II. Weltkriegs, vornehmlich die Verantwortung der IG Farben.

Mitverantwortung für Krieg und Naziverbrechen

Die IG Farben, der Zusammenschluß von Agfa, BASF, Bayer, Hoechst und einigen kleineren deutschen Chemiefirmen, nahm damals als weltgrößter Chemiekonzern eine führende Rolle ein. Die IG Farben war der größte Einzel-Finanzier der NSDAP; sie befürwortete ausdrücklich deren Kriegspläne und schaffte mit ihren Hitler persönlich gemachten Zusicherungen der Lieferung von Treibstoff, Munition etc. überhaupt erst die Möglichkeit für die Nazis, einen internationalen Krieg loszubrechen. Der Vorstand der IG Farben legte seine Interessen z.B. in einem Papier mit dem Titel „Neuordnung“ nieder: Dort plante die IG Farben die (wirtschaftliche) Eroberung der Welt im Gefolge der nationalsozialistischen Heerscharen.

Die IG Farben mit ihren Niederlassungen, Töchtern und Verbindungen in aller Welt, auch in den USA, verdiente auf beiden Seiten der (West-)Front. Sowohl die Nazi-Bomber, als auch die Maschinen der West-Alliierten flogen mit IG Farben-Sprit. Die IG Farben verdiente an todbringenden Waffen, an Medikamenten für sterbende Soldaten, an der „Industrialisierung“ des Völkermords in den KZs, an der massenhaften Versklavung von Häftlingen und „Feindbevölkerung“, an der Einverleibung aller nur irgend geeigneten „eroberten“ Betriebe.

Perverse Verbrechen und Massenmord

In ihrer Profitgier hat die IG Farben keine Perversion ausgelassen: Für geringe Beträge von der SS „gekaufte“ Häftlinge wurden in grausamen „medizinischen und anderen Versuchen im Dienste der Wissenschaft“ bei vollem Bewußtsein zu Tode gequält; der Massenmord an der jüdischen Bevölkerung wurde mit dem Giftgas Zyklon B „perfektioniert“; im IG Farben eigenen KZ Auschwitz III (IG Monowitz) und seinen Nebenlagern wurden circa 370 tausend Häftlinge bis zum Tod ausgebeutet.

Während des Kriegs war bei den Siegermächten unter Führung der USA der Wille entstanden, den „Blutkonzern“, die Nazi-Führung und einige andere Konzerne und Großbanken vor ein internationales Kriegsverbrecher-Gericht zu stellen. Unmittelbar nach der Niederlage begannen die Vorbereitungen des Prozesses gegen die IG Farben unter Führung der US-amerikanischen Militärbehörden (nicht ein Manager der IG Farben fand sich in der Sowjetzone). Doch überraschend wurde der US-Staatsanwalt selbst Opfer mächtiger IG Farben-Kräfte in den USA

und des Wandels in der politischen Strategie der Westmächte hin zum Kalten Krieg. Der Chef-Ankläger wurde seiner Mittel beraubt, die Anklage verwässert und er persönlich als „Kommunist“ diskreditiert.

Milde Strafen

Trotzdem kam es im Juni 1947 noch zum Prozess. Doch: Alle Angeklagten kamen trotz erdrückender Beweislast mit lächerlichen Strafen bzw. sogar mit Freisprüchen bei bestimmten Anklagepunkten davon, nicht einer der Verurteilten mußte seine Strafe vollständig absitzen. Stattdessen nahmen sie ihre Posten in den alten IG Farben-Firmen und anderswo wieder auf und einige wurden sogar mit Orden der neuen Bundesrepublik ausgezeichnet. Der verurteilte IG Farben-Chef Fritz ter Meer z.B. war bereits 1956 wieder Vorsitzender des Aufsichtsrats bei Bayer.

Die IG Farben Nachfolger stellen (wie andere verstrickte Konzerne und Banken ebenfalls) ihre Geschichte von etwa 1925 bis 1952 im Hinblick auf die Verbrechen der Nazizeit lückenhaft, irreführend und/oder verharm-

losend dar. Bayer – die ehemalige IG Farben-Schwester Agfa gehört heute zum Konzern – schreibt z.B. in ihren „Meilensteinen“, die anlässlich des 125-jährigen Konzernjubiläums 1988 erschienen, zur „Verstrickung“ der IG Farben in den Naziterror (dieses Wort kommt natürlich nicht vor): „Man sah ... (die Verstrickung) als Folge einer Zwangslage, in der die meisten nicht anders gehandelt hätten und gehandelt haben.“ Die BASF bewies noch 1991 ihr mangelndes Schuldbewußtsein, indem sie „aus Versehen“ die letzten erhaltenen Überreste, Baracken, Gaskammern und Krematorien, des ehemaligen IG-Farben-KZs Schwarzhilde planierte.

Und heute?

Seien wir uns deshalb anlässlich des Gedenkjahrs 1995 stets bewußt: Jede der IG Farben-Firmen BASF, Bayer und Hoechst ist heute um ein Vielfaches mächtiger und gigantischer als die IG Farben seinerzeit. Diese drei Konzerne handeln trotz der formalen Auflösung der alten IG Farben in informeller Verbundenheit auf der Grundlage gemeinsamer Profitinteressen absolut homogen. Dafür stehen u.a. die Vermeidung jeder existenzgefährdenden Konkurrenz ebenso wie die Kontinuität beim gemeinsamen Besitz alter IG Farben-Werke im Ausland und die Teilung von Führungspositionen in nationalen und internationalen Chemie-Gremien in einvernehmlichem Wechsel.

Die Profitgier der großen deutschen Konzerne und Banken hat bereits zweimal innerhalb eines Jahrhunderts dazu beigetragen, die Welt in Schutt und Asche zu legen. Die IG Farben hatte wesentlichen Anteil daran. Ohne Aufarbeitung der Vergangenheit besteht jederzeit die Gefahr einer Wiederholung.



wieder!

Wir fordern:

- Anlässlich des 50. Jahrestages der Befreiung von Hitler und seinen Nazi-Schergen müssen die verantwortlichen Hintermänner aus der Wirtschaft in das Rampenlicht gestellt werden. Die IG Farben-Firmen BASF, Bayer und Hoechst und die noch immer existierende IG Farben i.L. müssen anlässlich dieses Gedenkjahres mit ihrer Schuld konfrontiert werden.
- Die angemessene Entschädigung aller IG Farben-ZwangsarbeiterInnen und ihrer Hinterbliebenen durch die Nachfolgefirmer muß endlich erfolgen.
- Die Nachfolgefirmer müssen die Finanzierung und den Erhalt der die IG Farben betreffenden Gedenkstätten Auschwitz und Schwarzheide sicherstellen.
- Die IG Farben-Nachfolger müssen endlich den freien Zugang zu ihren Archiven gewähren.
- Die IG Farben i.L. muß sofort aufgelöst, der Handel mit diesen „Blut-Aktien“ muß sofort unterbunden werden.
- Pensionszahlungen an ehemalige IG Farben-Verantwortliche müssen eingestellt werden.

Wir werden diese Forderungen in Gegenanträgen, Aktionen und Redebeiträgen in den Hauptversammlungen der IG Farben-Firmen vertreten. Beteiligung aller Interessierten ist erwünscht. Sollten Sie Aktien der IG Farben-NachfolgerInnen besitzen, bitten wir Sie um die Übertragung Ihrer Stimmrechte.

Vorträge zum Thema:

Wir stellen gegen Kostenerstattung erfahrene ReferentInnen, die ihre Vorträge auch mit einer Video-Vorführung verbinden können. Terminabsprachen (auch kurzfristig): Philipp Mimkes, Telefon 0211-333911, Fax 0211-333940.

Material zum Thema:

- Flugblatt „Die Blutspur führt nach Leverkusen“ 10 Stück: 2,- DM
- Erklärung „50 Jahre Kriegsende. 50 Jahre Befreiung des KZ Auschwitz. Die Verantwortung der IG Farben.“ 10 Stück: DM 2,-
- Stichwort Bayer Extra „Die Blutspur führt nach Leverkusen“, ca. 20 Seiten, DM 10,-
- Reader „Von Anilin bis Zyklon B“, ca. 160 Seiten, DM 15,-
- Buch „IG Farben – Die unschuldigen Kriegsplaner“, 242 Seiten, DM 24,80
- Infomappe 1 „IG Farben i.A. 1955 – 1990“, DM 10,-
- Infomappe 2 „IG Farben i.A. 1990 – 1995“, DM 30,-
- Video IG Farben i.A., VHS, ca. 15 Min., DM 35,-
- drei (Protest-)Plakate IG Farben, auch geeignet für Sandwiches etc., DIN A2, zusammen DM 20,-

ErstunterzeichnerInnen:

Aktion Alternativer BASF-
AktionärInnen (AABA)
c/o Prof. Jürgen Rochlitz
M 2,1

D-68161 Mannheim
0621-25824
Fax -24611

Hans Frankenthal
Auschwitzkomitee
Ruhrallee 80
D-44139 Dortmund
0231-129353
Fax -556445

Bundesverband Information
und Beratung für NS-Verfolgte
Kämmergasse 1
D-50676 Köln
0221-233323
Fax -234991

Coordination gegen
BAYER-Gefahren (CBG)
Postfach 15 04 18
40081 Düsseldorf
Fon 0211 - 33 39 11
Fax 0211 - 33 39 40

Dachverband der Kritischen
Aktionärinnen und Aktionäre
Schlackstraße 16
D-50737 Köln
0221-5995647
Fax -5991024

Höchster Schnüffler un' Maagucker
c/o Thomas Schlimme
August-Bebel-Straße 2a
D-65933 Frankfurt am Main
069-3808114
Fax -38995346

Vereinigung der Verfolgten des Naziregimes
Bund der Antifaschisten (VVN/BdA)
Landesverband Niedersachsen

Rolandstraße 16
D-30161 Hannover
0511-331136
Fax -3360221

VVN/BdA
Landesverband NRW
Gathe 55
D-42107 Wuppertal
0202-450629
Fax -450629

Verein zur Erforschung der
nationalsozialistischen Verfolgung
von Zwangsarbeitern
durch IG Farben in Auschwitz
Fettstraße 22
D-20357 Hamburg

Antwort-Coupon

bitte ausfüllen und einsenden
an Fax 0211 - 229 36 31
oder per Post:

An
„Nie wieder!“
c/o Axel Köhler-Schnura
Postfach 15 04 18
D-40081 Düsseldorf

- Ja, ich/wir unterstütze(n) die vorstehende Erklärung.
- Nein, ich/wir möchte(n) die Erklärung derzeit nicht unterstützen. Bitte informieren Sie mich/uns trotzdem über Ihre weitere Arbeit.
- Ich/wir bestelle(n) hiermit folgendes Material:

- Ja, ich/wir spende(n) zur Finanzierung der Aktionen DM _____ unter dem Stichwort „Nie wieder!“ auf das Konto Nr. 373 017 9617, bei der Ökobank Frankfurt, BLZ 500 901 00.
- Ja, ich/wir besitze(n) BASF-, Bayer- und/oder Hoechst-Aktien und möchte(n) Ihnen die Stimmen übertragen.

(Name, Anschrift, Telefon, Datum, Unterschrift)

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg

Udo Ament
Ringstr. 28
74838 Limbach
Telefon 06287-92080 (geschftl.)
06287-920812 o. -21 (priv.)
Telefax 06287-920820

Bayern

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

Berlin

Dr. Regina Schumann
Zimmermannstr. 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
Hohnsen 32
31134 Hildesheim
Tel.: 05121/877405

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