

VDPP - Rundbrief

8. Jahrgang, Nr 37 / Dezember 1996

MITTEILUNGEN DES VEREINS DEMOKRATISCHER PHARMAZEUTINNEN UND PHARMAZEUTEN

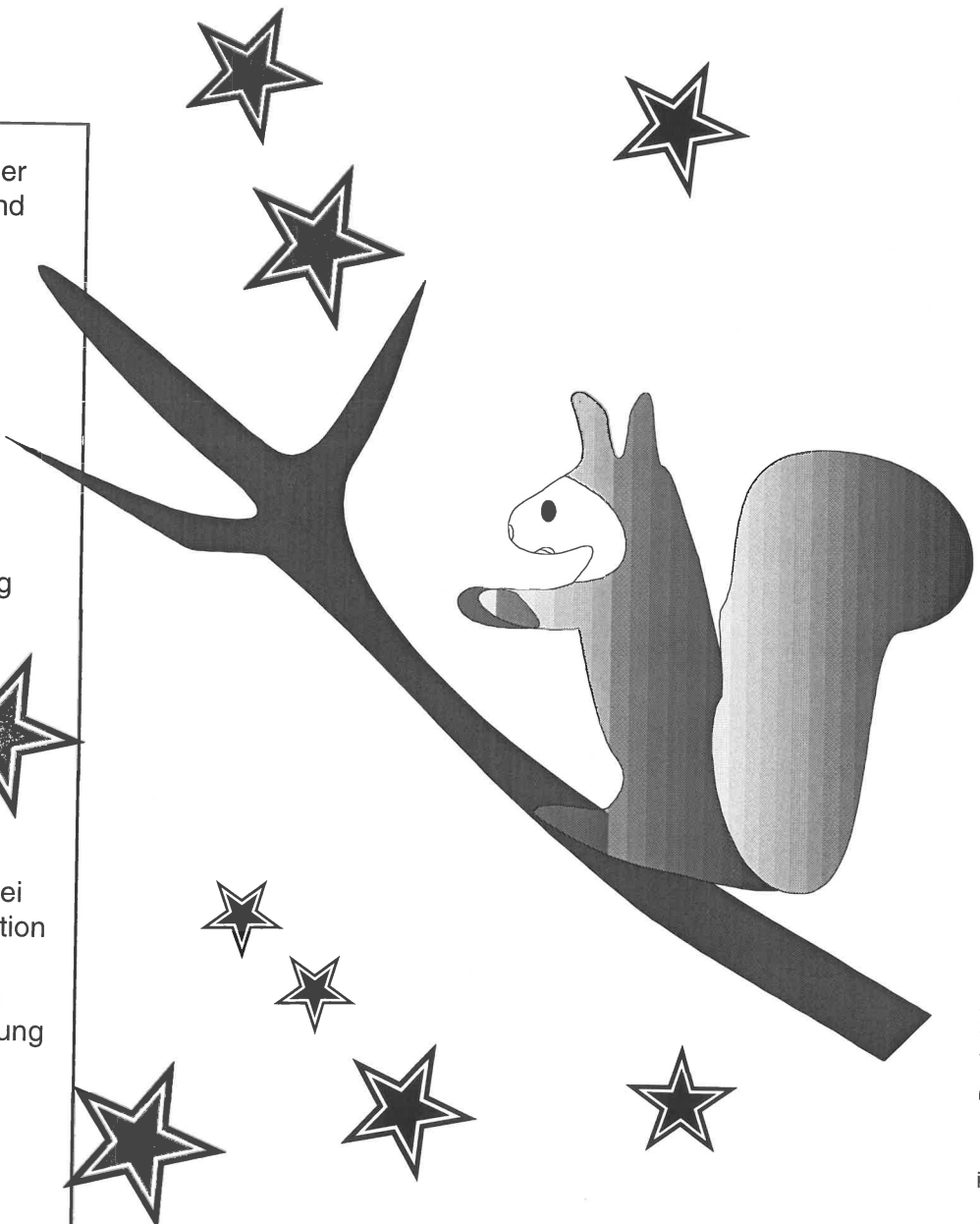
Verein demokratischer
Pharmazeutinnen und
Pharmazeuten



Unsere Ziele:

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

unabhängig -
überparteilich -
patientenorientiert



Inhalt

Thomas Hammer Grußworte des Vorstands	
Udo Puteanus Ein neuer Versuch - eine Zumutung?	
Jürgen Große Surfen in den Netzen	
§218-Gruppe, Kiel Wanderausstellung	
Jürgen Große VDPP-Vorstandstreffen vom 3./4. August 1996 in Limbach	
Michael Höckel Die zweite ERFA-Gruppensitzung fand in Bremen statt.	
Ute Meyerdirks-Wüthrich Neue Bücher	
Dokumentation	
VDPP-Pressemitteilung zur 3. Stufe der Gesundheitsreform	22
Emmrich, M, Bioethik-Konvention	23
Wunder, M., Grafenecker Erklärung zur Bioethik	25
Emmrich, M., Einmalige Erinnerungsarbeit - Bericht vom Nürnberger Ärztekongreß	31
Bundestagsdebatte zu Methadon	33
Nahrungsergänzungen sind überflüssig (AgV-Pressemitteilung)	35
PZ-Interview mit Magdalene Linz	37

Editorial

3	Rechtzeitig zu Weihnachten haben wir es nun doch wieder geschafft, den Rundbrief fertig zu bekommen, obwohl es zum ersten Mal seit
4	langer Zeit zwischen dieser und der vorherigen Ausgabe einen Zeitraum gab, in dem ich fast vergessen hatte, daß es den VDPP und seine
9	Publikation gibt. Kein Artikel, kein Anruf und das Schlimmste: Thomas Hammer war in weiter
13	Ferne in Urlaub und auch danach nur schwer wieder zu motivieren. Ich möchte an dieser
14	Stelle noch einmal hervorheben, daß hier ohne seinen Einsatz und seine Ideen keine Rundbriefe zustande kämen. Glücklicherweise hat er sich
17	ja wieder eingefunden, da sei ihm auch verziehen, daß auch er in seinen Grußwort (siehe Seite 3) in das pessimistische Vorstandshorn
18	bläst, wie leider häufig in letzter Zeit zu lesen. Glück hatten Thomas und ich, daß Udo Puteanus uns zufällig während einer Redaktions-
	sitzung besuchte und drei Tage später seinen Artikel zur Kieler Positivliste (unaufgefordert)
	schickte. So, damit schließe ich dieses ungewöhnlich persönliche Editioial und hoffe, damit
	wenigstens an dieser Stelle dem Wunsch nach mehr persönlichen Nachrichten aus dem Vereins-
	leben nachgekommen zu sein.

Ein schönes Weihnachtsfest Euch allen aus
Hamburg

Christa Augustin

**Redaktionsschluß für die nächste Ausgabe:
15. Januar 1997**

Impressum

Der Rundbrief ist eine Veröffentlichung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e.V., Fleming-Apotheke, Grindelallee 182, D-20144 Hamburg, Tel./Fax: 040 / 45 87 68, Bankverbindung: Postgiroamt Berlin, BLZ 100 100 10, Kto. 200 47 - 105
Redaktion: Dr. Christa Augustin (verantwortlich), Thomas Hammer
Layout und Satz: Ulf H. Thomas, Tel./Fax/DFÜ 040 / 47 65 64, eMail: neptun-hh@T-online.de (Beiträge bitte in den üblichen Textverarbeitungsprogrammen)

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

Liebe Mitglieder

Wußtet ihr schon, daß unsere Mitgliederzahl bei 100 angekommen ist?

So begann das Geleitwort des Vorstands, das Gundrun Hahn vor 7 Jahren voller Freude für den Rundbrief Nr. 1 geschrieben hat. Und so könnte es voller Bedauern auch in einem der nächsten Rundbriefe heißen, wenn wir uns nicht bald einmal gemeinsam die Frage stellen, welche Rolle der VDPP für uns noch spielt. Beim Lesen der letzten Rundbriefe hatte ich den Eindruck, daß die Gereiztheiten, denen dort Ausdruck verliehen wurde, ihren Grund in einer fortschreitenden Entfremdung der Mitglieder untereinander haben könnten. Und ist es ein Zufall, daß manche von uns plötzlich nichts mehr von sich hören lassen und für den Vorstand und die Geschäftsstelle nicht mehr erreichbar sind? Die Gründung des VDPP hatte doch gerade zum Ziel, einen Zusammenschluß all jener zu schaffen, die alleine und in kleinen Gruppen gegen eine verkorkste Gesundheitspolitik oder den Mief der herkömmlichen Apotheken vorgehen wollten.

In 7 Jahren passiert natürlich einiges. Nicht nur in einer Ehe oder Beziehung sondern anscheinend auch im Vereinsleben. Unsere Interessen und unsere Lebensumstände haben sich geändert. Was geblieben ist, sind die Probleme um uns herum. Wir sollten die nächste Mitgliederversammlung am 1. und 2. März 97 in Bad Godesberg dazu nutzen, eine Bestandsaufnahme unserer Vereinsarbeit in Gang zu setzen. Damit würde sicherlich dem dann zu wählenden Vorstand die Arbeit erleichtert, und den alten und neuen Mitgliedern der VDPP möglicherweise wieder etwas näher gebracht werden.

Bis dahin erst einmal im Namen des noch amtierenden Vorstands am Ende des verflixten 7. Jahres alles Gute für 1997.

Für den Vorstand
Thomas Hammer

Udo Puteanus

Ein neuer Versuch - eine Zumutung?

Kieler Liste - Notwendige Arzneimittel

Verbraucherverbände engagieren sich verstärkt auf dem Gebiet der Arzneimittel

Seit Ende Oktober 1996 ist sie auf dem Markt: die „Kieler Liste“ - eine Empfehlungsliste für Arzneimittel der Verbraucher-Zentralen Hamburg, Niedersachsen, Berlin, Baden-Württemberg und der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände. Dies ist eine Liste der Arzneimittel - verfaßt von Lothar Flessau, Krankenkassen-Apotheker und Prof. Dr. med. Heinz Lüllmann, emeritierter Pharmakologieprofessor in Kiel -, die für den normalen Allgemeinarzt ausreichend ist, um über 90 Prozent seiner Patienten mit geprüften, qualitativ hochwertigen, preisgünstigen und allgemein anerkannten Arzneimitteln zu versorgen. Nach der Herausgabe des Ratgebers „Arzneimittel ohne Arzt - Selbstmedikation“ und der Broschüre „Arzneimittel vernünftig gebrauchen“ ist dies der nächste wichtige Schritt der Verbraucherverbände, auf dem Gebiet der Arzneimittelversorgung Flagge zu zeigen.

Der Hintergrund

Der Arzneimittelmarkt in Deutschland zeichnet sich seit Jahrzehnten durch hohe Intransparenz und Irrationalität aus. Ärzte und Patienten müssen sich in einem Markt zurecht finden, in dem ein Großteil der Produkte ihre Wirksamkeit nicht oder noch nicht nachgewiesen haben. Erst knapp 17.000 Präparate wurden nach dem Arzneimittelgesetz zugelassen, die restlichen gut 35.000 Präparate brauchen den Wirksamkeitsnachweis nicht oder noch nicht erbringen. Und auch wenn ein Arzneimittel zugelassen ist, muß es noch längst kein Arzneimittel sein, das für die Arzneimittelversorgung der Patienten ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich im Sinne des Sozialgesetzbuches ist.

Zumindest bis zum Jahr 2004 wird durch die derzeitige Arzneimittelgesetzgebung ein Altarzneimittelmarkt mitgeschleppt, der für die Verbraucher viele ungeprüfte und sicherlich viele unnötige Produkte enthält. Darunter befinden sich sogar viele Arzneimittel, für die eine Negativmonographie, also eine negative Bewertung von amtlicher Seite, vorliegt.

In anderen Ländern, wie Frankreich, Belgien, Österreich, Finland, Portugal, Dänemark, Italien, Spanien und den Niederlanden, sind seit längerem Listen verordnungsfähiger Arzneimittel gebräuchlich. Die Weltgesundheitsorganisation nennt ca. 240 unverzichtbare Wirkstoffe, mit denen mindestens 90 % aller Erkrankungen therapiert werden können. Auch Deutschlands Krankenhäuser haben längst Listen von 400 bis 600 Wirkstoffen, an die sich die Krankenhausärzte zu halten haben.

Gleichzeitig wird die Finanzierung des Gesundheitswesens immer schwieriger. Die Krankenkassen müssen seit einigen Jahren Einnahmeausfälle durch die Massenarbeitslosigkeit und den Rückgang der Lohnquote verkraften, während der Medizinbetrieb mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hohe Ausgabenzuwächse verursacht.

Sparzwänge in allen Bereichen des Gesundheitswesens waren und sind die Folge, die auch für die Arzneimittelversorgung gelten.

Erhöhte Zuzahlungen für Arzneipackungen, Negativlisten, Transparenzlisten, Preisvergleichslisten, Individuallisten, Positivlisten, Budgetgrenzen, Arzneimittel-Richtlinien - dies waren und sind die diversen Maßnahmen, die einerseits die Qualität der Arzneimittelversorgung und zum anderen deren Kosten-Nutzen-Verhältnis verbessern sollten.

Die Ärzteschaft stimmte 1992 den Plänen der Gesundheitspolitiker zu, eine Positivliste gesetzlich zu verankern.

Der Gesetzgeber bzw. die Regierungskoalition, strich die Positivliste 1995 wieder aus dem 5. Sozialgesetzbuch, obwohl allgemein bekannt ist, daß ca. 7 Mrd. DM für umstrittene Arzneimittel ausgegeben werden. Davon können laut Expertenschätzungen mindestens 2 Mrd. DM ohne Qualitätsverlust für die Arzneimittelversorgung eingespart werden.

Die Positivliste wurde gestrichen, die Budgetgrenzen für die Arzneimittelausgaben der GKV blieben jedoch im Gesetz.

Inzwischen scheint die Ärzteschaft erneut stark verunsichert zu sein. Es häufen sich die Schlagzeilen, in denen die Ärzte ankündigen, nur noch das allernotwendigste oder das Lebensnotwendigste zu verordnen. Handlungsempfehlungen für die Ärzte werden in Krisensitzungen erarbeitet, ja sogar konkrete Listen sind inzwischen wieder im Gespräch. KBV-Vize Dr. Peter Schwoerer wurde in der Ärztezeitung zitiert, jetzt sei ein Notprogramm erforderlich, er wolle eine Positivliste, notfalls die von Huber. Gemeint ist der Präsident der Ärztekammer Berlin, Ellis Huber, der bekanntlich eine Berliner Positivliste herausgegeben hat.

In dieser Situation wollen, ja müssen die Verbraucherverbände als Interessenvertretung der Versicherten und Patienten tätig werden und sich mit einer eigenen Empfehlungsliste für mehr Transparenz und Kostenbewußtsein einsetzen. Denn für die Verbraucher ist in der derzeitigen Situation im allgemeinen nicht erkennbar, welche Arzneimittel tatsächlich anerkannt, unumstritten und notwendig sind.

Was bietet die Liste?

Was der Arzt benötigt, um sich auf dem Gebiet des Arzneimittelangebotes sicher zu fühlen, ist eine Liste derjenigen Wirkstoffe, deren Wirksamkeit für bestimmte Indikationen außer Zweifel steht und deren Nebenwirkungen aufgrund breiter internationaler Anwendung ausreichend bekannt sind. Ferner interessieren unter den gegebenen ökonomischen Bedingungen auch die Kosten. Daher sollte eine praktikable Liste notwendiger Arzneimittel ebenfalls eine Information über die finanziellen Aspekte einer medikamentösen Therapie geben.

Im folgenden sollen die Prinzipien aufgeführt werden, die der Erarbeitung der „Kieler Liste“ zugrunde gelegt wurden:

a. Reduzierung der Anzahl von Handelsnamen

Ein neuer Wirkstoff wird von einem pharmazeutischen Unternehmen unter einem Handelsnamen auf den Markt gebracht, dazu muß die Substanz für den wissenschaftlichen und internationalen Verkehr einen Freinamen (INN-Bezeichnung) erhalten.

Nach Ablauf des Patentschutzes kann jeder weitere Hersteller diesen Wirkstoff unter einem neuen Handelsnamen oder unter dem Freinamen (Generikum) in Verkehr bringen.

Wirkstoffe, die einen hohen Verkaufsumsatz bringen, finden eine Fülle von Nachahmern, die wiederum neue Handelsnamen „kreieren.“

Als Beispiele sind zu nennen: Co-trimoxazol hat ca. 20 Handelsnamen, Diclofenac hat ca. 25, Ibuprofen ca. 30. Der erst kürzlich aus dem Patentschutz entlassene ACE-Hemmstoff Captopril wird bereits unter schier unzähligen Handelsnamen angeboten.

Die „Kieler Liste“ enthält nur den Handelsnamen von Erstanbietern sowie mindestens ein Alternativpräparat, das bezüglich der galenischen Zubereitung (Bioverfügbarkeit) dem Original gegenüber äquivalent ist.

b. Wegfall von Analogpräparaten

Sobald ein neues Wirkprinzip erkannt ist, wird von anderen Arzneimittelherstellern versucht, Substanzen zu finden, die chemisch etwas abgewandelt sind, aber pharmakologisch gleichartige Wirkungen besitzen wie das neue Wirkprinzip. In solchen Fällen spricht man von Analogpräparaten. Für diese Art der Ausweitung des „Arzneimittelschatzes“ gibt es viele Beispiele, z.B. die Cephalosporine, Benzodiazepine, nichtsteroidale Antirheumatica. Die β -Blocker sind ein weiteres Beispiel: ca. 25 eng verwandte Substanzen sind im Handel; eine ähnliche Situation entwickelt sich bei den H₂-Antagonisten und ACE-Hemmstoffen. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von sog. „me-too-Präparaten“. Diese Analogpräparate bieten meist nichts Neues gegenüber den schon eingeführten Wirkstoffen, man kann auf sie verzichten und den Arzneimittelmarkt dadurch transparenter machen.

c. Verzicht auf Wirkstoff-Kombinationen mit mehr als 2 Komponenten

Der Grund, weshalb Kombinationspräparate mit mehreren Wirkstoffen abgelehnt werden müssen, ergibt sich daraus, daß eine wissenschaftlich haltbare Prüfung nicht mehr durchgeführt werden kann. Es müßten Kontrollen mit den Einzelsubstanzen und mit den Teilkombinationen vorgenommen werden, um zu prüfen, welche Substanz für welche Wirkung verantwortlich ist und ob die Kombination mehr leistet als eine Einzelkomponente (dies ist u.a. eine Forderung des Arzneimittelgesetzes). Dies ist allerdings aus quantitativen, ethischen und finanziellen Gründen nicht möglich. Bei der Betrachtung vieler Kombinationspräparate stellt sich heraus, daß diese auch sinnlos sind. So werden Wirkstoffe „garniert“ mit unerschwinglichen Dosen harmloser Komponenten (Vitamine, Mineralien, Pflanzenextrakten usw.). Dies ist eine Vorgehensweise, um Wirkstoffe teurer verkaufen zu können.

d. Verzicht auf Zweier-Kombinationen bei inkongruenten Eigenschaften der Partner

Fixe Kombinationen von zwei Wirkstoffen haben nur dann einen Sinn, wenn die Einzelkomponenten sowohl pharmakodynamisch als pharmako-

kinetisch zusammenpassen. So kann die Kombination zweier Analgetica (z.B. Paracetamol mit Codein) oder zweier Diuretica (z.B. Hydrochlorothiazid mit Amilorid) befürwortet werden.

Nicht sinnvoll ist dagegen eine Kombination von Substanzen mit sehr unterschiedlicher Pharmakokinetik. Um auch hier ein Beispiel zu nennen: Furosemid (akute Wirkung, abgeklungen nach ca. 8 Stunden) mit einem Aldosteron-Antagonisten (Beginn der Wirkung nach 2 - 3 Tagen).

Werden diese vier Prinzipien angewandt, bleiben ca. 400 Wirkstoffe übrig, die das Gebiet der Primärmedizin abdecken, also die Bedürfnisse des praktischen Arztes oder des Arztes für Allgemeinmedizin befriedigen müßten.

Die Auswahl der Alternativpräparate erfolgte nach objektiven Kriterien und wurde nach Angaben der Hersteller sowie der Auswertungen der „Scholz-Liste“ vorgenommen.

Das angegebene preiswerte Arzneimittel weist in der „Scholz-Liste“ die höchsten Qualitätsmerkmale auf. Es ist also durchaus möglich, daß Fertig- arzneimittel auf dem Markt sind, die einen geringeren Preis haben, sie sind dann aber nicht so qualifiziert untersucht, bzw. die Hersteller haben die erforderlichen Unterlagen nicht zur Verfügung gestellt.

Wer und was soll erreicht werden?

Die „Kieler Liste“ mit ihren rund 750 Fertig- arzneimitteln entspricht vom Umfang her der durchschnittlichen Verordnungsmenge eines Allgemein- arztes. Von daher richtet sie sich in erster Linie an die Ärzte. Wer sich auf diesem Gebiet für die Interessen der Verbraucher einsetzt, kommt am Arzt gar nicht vorbei.

Die Liste ist für den Allgemeinarzt aber auch eine Zumutung, wenn er sich an ihr orientiert. Denn sie stellt das eingefahrene Arzt-Patienten-Verhältnis in Frage. Bislang ist es für jeden Arzt verführerisch, das Arzt-Patienten-Gespräch mit der Verordnung eines Arzneimittels zu beenden. Denn mit dem Rezept dokumentiert er dem Patienten, daß er die Erkrankung erkannt hat und das richtige

Therapeutikum auswählen kann. Der Patient fühlt sich in seiner Vermutung bestätigt, daß der Weg zum Arzt richtig war, denn durch das Rezept bekommt er den Ernst der Lage schriftlich. Gleichzeitig ist es für den Patienten erleichternd, auf diese Art die Verantwortung für den Heilungsprozeß auf den Arzt zu übertragen. Das Arzneimittel wird somit zum praktischen Hilfsmittel für den Arzt, um seine Patientenkontakte zu verkürzen und damit zeitlich und ökonomisch zu rationalisieren. Zudem wird die Verbindung zwischen Arzt und Patient über das Arzneimittel für einen längeren Zeitraum verdinglicht. Der Arzt kann sich meist sicher sein, daß sein Patient ihn wieder besuchen wird.

Die „Kieler Liste“ stört dieses über Jahrzehnte eingespielte Verhältnis. Wer rationale Arzneitherapie betreiben will, muß sich auf einiges gefaßt machen. Er muß viel mehr reden, er muß überzeugen, ja, er muß auch in vielen Fällen desillusionieren. Das wird viel Zeit und Durchhaltevermögen kosten, denn alte Verhaltensweisen lassen sich nicht von heute auf morgen verändern.

Umso hilfreicher ist daher die „Kieler Liste“ für den Arzt. Als Interessenvertretung der Verbraucher verfügen die Verbraucherverbände über eine hohe Glaubwürdigkeit in der Bevölkerung, die sie sich in den vergangenen Jahren kontinuierlich erworben haben. Es sollte für den Arzt von daher hilfreich sein, wenn er im Gespräch mit dem Patienten auf die „Kieler Liste“ der Verbraucherverbände verweisen kann. Denn welches andere Interesse sollten die Herausgeber der Liste haben, als sich für den Schutz und die Aufklärung der Verbraucher einzusetzen?

Die Verbraucherverbände bieten mit dieser Empfehlungsliste den Ärzten aber auch ein Hilfsmittel an, das ihnen für ihre Patienten mehr Sicherheit und Wirtschaftlichkeit bei der Arzneitherapie liefert.

Allerdings können auch Verbraucher die Liste nutzen. Erinnerung sei an die vielen Selbsthilfegruppen, die sich im Laufe der Jahre ein fundiertes Wissen über Arzneimittel erarbeitet haben und teilweise mehr über die richtige Therapie zu sagen wissen als mancher Arzt oder Apotheker. Erinnerung sei auch an den interessierten Verbraucher, der sich aus

verschiedenen Publikationen sein Wissen angesammelt hat und bereits in der Lage ist, mit den Fachleuten über Arzneimittel zu sprechen. Für solche Verbraucher bietet die Liste sicherlich den ein oder anderen nützlichen Hinweis, der für ein Gespräch mit dem behandelnden Arzt hilfreich sein kann.

Es sind aber alle Verbraucher aufgerufen, mit dem Arzt in einem partnerschaftlichen Verhältnis über ihre Erkrankungen zu sprechen und sich über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten zu informieren. In vielen Fällen ist es sicherlich sogar sinnvoll, ganz auf eine Arzneimitteltherapie zu verzichten. In den Niederlanden z.B. bekommen nur rund 50% der Patienten in den Arztpraxen ein Arzneimittelrezept, bei uns in Deutschland verläßt fast jeder Patient mit einem Rezept die Praxis.

Die „Kieler Liste“ bietet den Verbrauchern eine Aufstellung der Arzneimittel, die wirklich notwendig sind. Die Liste kann damit auch die Grundlage für ein Gespräch mit dem Arzt sein, auch wenn man sich noch nicht intensiv mit seiner Erkrankung und ihrer Therapie auseinandergesetzt hat.

Die Liste ist von daher aber auch eine Zumutung für die Verbraucher. Denn wer kennt nicht die vielen Patienten, die im Laufe der Jahre ihre liebgewonnenen Medikamente nur aus reiner Gewohnheit anwenden und kaum noch die Frage stellen, ob für sie eine Arzneitherapie überhaupt notwendig ist. Es ist sicherlich angenehm, mit einem gut riechenden und kühlenden Gel seine Beine zu verwöhnen oder mit einem durchblutungsfördernden Mittel die beschwerlichen Gehtrainings zu umgehen. Doch sind all die angenehmen Arzneimittel auch immer medizinisch notwendig? Hier muten die Verbraucherverbände den Verbrauchern wirklich viel zu. Denn mit der „Kieler Liste“ wird die Botschaft vermittelt: Überprüfen Sie einmal den Umgang mit Arzneimitteln! Ist eine Arzneimitteltherapie tatsächlich notwendig, ist diese nicht eher ein Ersatz für etwas ganz anderes? Gibt es nicht auch Alternativen, wie man sich etwas Gutes tun kann, auch wenn es manchmal etwas mühsam ist?

Solche und ähnliche Fragen bei Verbrauchern anzustoßen, ist auch ein Beweggrund für die Herausgabe dieser Liste. Sicherlich wird dem Einzel-

nen hier viel zugemutet, doch er muß nicht allein gelassen werden. In Verbindung mit einem gesprächswilligen Arzt, einer beratungsintensiven Apotheke, dem Rückhalt in der Gruppe ähnlich erkrankter Menschen und mit der Unterstützung der Angehörigen wird vielleicht ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu mehr Eigeninitiative, zu mehr Übernahme von Verantwortung und damit auch zu mehr Kritikfähigkeit gegenüber dem bisherigen Gesundheitswesen geschafft.

Die „Kieler Liste“ ist sicherlich auch noch für andere am Arzneimittelmarkt beteiligte Gruppen eine Zumutung. Den Apotheken, der pharmazeutischen Industrie und dem pharmazeutischen Großhandel könnten Einkommensverluste drohen. Den regierenden Gesundheitspolitikern könnte mißfallen, daß der Gedanke an Arzneimittel-Listen weiterverfolgt wird. Oppositionelle Politiker könnten anmerken, man habe den falschen Zeitpunkt zur Veröffentlichung der Liste gewählt, denn in Zeiten von sozialen Grausamkeiten der Regierenden könne es nicht angehen, daß auch von Seiten der Verbraucherverbände Einsparungen gefordert werden. Zudem erledige man das Geschäft der Ver-

antwortlichen, wenn man den Verbrauchern weitere Einschnitte bei den Leistungen und mehr Übernahme von Eigenverantwortung abverlange.

Doch mehr Rationalität bei der Arzneimitteltherapie ist schon seit längerem ein Diskussionsthema in weiten Kreisen gewesen. Die Teilnahme von Verbraucherverbänden an dieser Diskussion ist aufgrund der derzeitigen intensiven Spardiskussion notwendig, damit die Patienten von neutraler Seite objektiv informiert werden.

Alles in allem ist eine breite öffentliche Diskussion über die Arzneimitteltherapie auch in Zeiten knapper Kassen sinnvoll und notwendig. Mit Hilfe der vorliegenden Liste kann die Diskussion über notwendige Arzneimittel und deren Kosten weiter vorangetrieben werden. Die Verbraucherverbände haben mit der Veröffentlichung Mut gezeigt und werden hoffentlich auch in Zukunft versuchen, ihren Beitrag zu mehr Rationalität bei der Arzneimitteltherapie, zu mehr Transparenz des Marktes und zur Stärkung der Position der Verbraucher zu leisten.

Mitgliederversammlung
1./2. März 1997
Bonn-Bad Godesberg

Jürgen Große

Surfen in den Netzen

Über das Aponet und andere für PharmazeutInnen interessante elektronische Medien

Als ich mir vor vier Monaten ein neues Notebook zulegte, wußte ich noch nichts vom Aponet, nur den Namen hatte ich irgendwo einmal gelesen, das war alles. In irgendeiner von den Zeitschriften, die sich auf meinem Schreibtisch in der Apotheke bis zur Decke stapeln würden, wenn sie nicht ständig herunterfielen, las ich kurz darauf einen begeisterten Artikel über das Aponet, der mich bewog, mir das Aponet einmal anzusehen. Ich rief bei der ABDA an, bekam einen Vertrag zugeschickt, nach dem Zurücksenden desselben dann eine Diskette mit dem Programm und ca. 30 Seiten Papier mit Installationsanleitungen etc., von denen mir als DOS-Neuling das meiste absolut unverständlich war und noch ist.

Es war aber nicht übermäßig schwer, die Diskette auf meinen Computer zu überspielen, mir fehlte nur noch mein Paßwort, dann hätte ich loslegen können. Das Fax mit dem Paßwort hatte sich inzwischen auf meinem oben erwähnten Schreibtisch versteckt, so daß ich mich erst nach meinem Urlaub im September versuchen konnte, mich ins Aponet einzuwählen.

Diese Versuche waren anfangs noch nicht erfolgreich, da das auf meinem Notebook vorinstallierte

Windows95 das Modem an der falschen COM-Schnittstelle (ich habe genau wie Ihr keine Ahnung, was das bedeutet) installiert hatte. Als ich Wochen später das Betriebssystem aus einem ganz anderen Grund neu aufspielte, funktionierte plötzlich auch das Aponet. Seitdem bin ich mit immer noch wachsender Begeisterung dabei.

Das Aponet ist kein „Online-Medium“ im engeren Sinne, wie es z.B. das Internet ist. Ihr seid lediglich für einige Sekunden „online“, in denen Eure Daten ins Netz geschrieben und die anderer Benutzer von Eurem Computer gelesen werden. Danach seid ihr „offline“, d.h. ihr könnt alles was eingegangen ist lesen oder selber was schreiben, ohne daß die Telekom weiter an Euch verdient. Lediglich der allererste Anruf, bei dem Euch die Aponet-Nachrichten der letzten Monate überspielt werden, dauert länger, bei mir (mit einem 28,8 kBit/s-Modem) war es ca. eine halbe Stunde, mit ISDN geht es schneller, bei langsameren Modems dauert es länger. Diesen Anruf solltet Ihr also tunlichst nachts tätigen, falls ihr nicht in Eschborn wohnt, wo der Zentralcomputer ist.

Im Gegensatz zum allen Menschen offenstehenden Internet ist das Aponet ein geschlossenes Medium, teilnehmen kann nur, wer sich als „Point“ angemeldet hat. Die ABDA läßt allerdings nicht nur ApothekerInnen, PTA und Pharmaziestudenten hinein, sondern auch Firmen, die mit Apotheken etwas zu tun haben. Vor allem sind dies die diversen Anbieter von Apotheken-EDV, aber auch Pharmahersteller, Großhändler etc. sind auf der „Pointlist“ zu finden, letztere scheinen aber fast nur im Netz zu lesen, Beiträge von ihnen sind mir noch nicht aufgefallen, Ausnahme ist die Firma „Saphir-Universalfilter“.

Was gibt es überhaupt im Aponet? Hier ist eine Aufzählung der verschiedenen „Bretter“, direkt vom Bildschirm kopiert:

Das richtige Aponet-Leben spielt sich natürlich in den Diskussionsforen ab. Hier ist immer etwas los, das monatlich erscheinende Inhaltsverzeichnis der „Neuen Apotheken-Illustrierten“ fasziniert weniger. Jeder kann im Prinzip schreiben was er will, es werden Tips für den Irlandurlaub gegeben, Ladenhüter verramscht, nicht lieferbare Arzneimittel ge-

..... System, pers.Mail	/FORUM.TELEFON
/»Netzanruf	/FORUM.WIRTSCHAFTLICHES
/»Statistik Landesverbände
.....ABDA Ankündigungen etc	/LAENDER
/Juergen Grosse Netzinternes
/Jürgen Große	/LAENDER.BADEN-WUERTEMBERG.VERBAND.ALLGEMEIN
/Sysop	/LAENDER.HESSEN.VERBAND.ALLGEMEIN
/ABDA.OEFFENTLICHEITSARBEIT.AKTUELL	/LAENDER.NIEDERSACHSEN.VERBAND.ALLGEMEIN
/ABDA.OEFFENTLICHKEITSARBEIT.AKTUELLES	/LAENDER.NIEDERSACHSEN.VERBAND.MITGLIEDER
/ABDA.OEFFENTLICHKEITSARBEIT.DATEIEN	/LAENDER.NORDRHEIN.KAMMER.ALLGEMEIN
/ABDA.OEFFENTLICHKEITSARBEIT.PRESSEINFO	/LAENDER.NORDRHEIN.KAMMER.FORTBILDUNG
..... Fortbildung	/LAENDER.NORDRHEIN.KAMMER.WEITERBILDUNG
/FORTBILDUNG.AIDS	/NETZINFORMATIONEN
/FORTBILDUNG.EDV.CROSSPOINT	/NETZINFORMATIONEN.NEUE.DATEIEN
/FORTBILDUNG.EDV.CROSSPOINT.LERNEN	/NETZINFORMATIONEN/NEUE.DATEIEN
/FORTBILDUNG.EDV.INTERNET Firmenbereich
.....Diskussionsforen	/SERVICE.GOVI_VERLAG.BUECHER.FACH
/FORTBILDUNG.HILFSMITTEL	/SERVICE.GOVI_VERLAG.BUECHER.PUBLIKUM
/FORUM.AK_V.DISKUSSION	/SERVICE.GOVI_VERLAG.NAI
/FORUM.APOTHEKERTAG_LEIPZIG	/SERVICE.GOVI_VERLAG.PRISMA
/FORUM.BIETE	/SERVICE.GOVI_VERLAG.PZ
/FORUM.COMPUTER.ALLGEMEIN	/SERVICE.MESSEN&KONGRESSE_WUV.
/FORUM.COMPUTER.ASYS	DEUTSCHER_APOTAG
/FORUM.COMPUTER.CIDA	/SERVICE.MESSEN&KONGRESSE_WUV.
/FORUM.COMPUTER.INFOPHARM	EXPOPHARM
/FORUM.COMPUTER.LAUER	/SERVICE.MESSEN&KONGRESSE_WUV.
/FORUM.COMPUTER.PCAS	PHARMACON_DAVOS
/FORUM.COMPUTER.PHARMATECHNIK	/SERVICE.MESSEN&KONGRESSE_WUV.
/FORUM.ELEKTRONISCHE.MEDIEN	PHARMACON_MERAN
/FORUM.FREIZEIT	/SERVICE.MESSEN&KONGRESSE_WUV.
/FORUM.GERUECHTE	PHARMACON_WESTERLAND
/FORUM.GESUNDHEITSPOLITIK	/SERVICE.MESSEN&KONGRESSE_WUV.
/FORUM.ICH_BIN_NEU_HIER	WIRTSCHAFTSFORUM
/FORUM.PHARMAZEUTISCHES	/SERVICE.SOFTWARE.CSE
/FORUM.PHARMAZEUTISCHES.YELLOWPRESS	/SERVICE.SOFTWARE.DR_STAHL.NEWS_ECKE
/FORUM.RUND_UM_DAS_APONET	/SERVICE.SOFTWARE.DR_STAHL.TALK_BOERSE
/FORUM.SAPHIER-UNIVERSALFILTER	/SERVICE/GOVI_VERLAG.PZ
/FORUM.SMALLTALK	
/FORUM.SUCHE	

sucht, Fragen zu neuen Arzneimitteln, exotischen Teedrogen etc. gestellt und beantwortet, ABDA, Gesundheitsminister, Krankenkassen etc. beschimpft und verteidigt, Computerfragen für Doo-fe und für Profis diskutiert und so weiter und so fort.

Wer eine Frage zu ausgefallenen Rezepturen hat, etwas über unbekannte Arzneipflanzen wissen will, irgendwo etwas gehört aber die Hälfte wieder vergessen hat, dem wird fast immer geholfen. Irgendwer weiß meistens, was Ihr wissen wollt, oder Ihr wißt was.

Manches Thema beschäftigt das Netz tagelang, so daß die Liste der „mails“ im Diskussions“thread“

nicht mehr auf eine Bildschirmseite paßt, seltener kommt es vor, daß zu einem Beitrag keiner etwas zu sagen hat. Als vor drei Wochen der Pharmazierat meine Feuerlöscher nicht so gut fand, und ich dazu eine Frage im Aponet stellte, erhielt ich z. B. Tips von mehr als einem Dutzend KollegInnen, teilweise seitenlang.

Das Niveau der Beiträge ist höchst unterschiedlich, es gibt welche, die jede wissenschaftliche Zeitung abdrucken würde, es gibt auch welche, die keine Schülerzeitung für die Witzseite nähme, die lese ich allerdings auch recht gerne. Ebenso unterscheiden sich die Zuschriften in der Länge, von „so isses“ und kürzeren Kommentaren bis hin zu seitenlangen Abhandlungen. Neben den allen

Aponet'terInnen, die das betreffende Brett nicht gerade abbestellt haben, zugänglichen Brett-"mails" können im Aponet auch private Nachrichten an andere Teilnehmer verfaßt werden, die dann nur diesen beim nächsten Netzanruf auf den Computer gespielt werden. Man kann diese privaten Mails auch noch verschlüsseln, aber das dürfte wohl nur selten nötig sein.

Die Aponet-Teilnehmer sind mehrheitlich männliche, selbständige Offizinapotheker, aber eben nur mehrheitlich. Der prozentuale Anteil von Frauen und Angestellten ist zumindest erheblich höher als in den ABDA-Gremien, verglichen mit anderen Computermailboxen etc. geht es im Aponet sogar außerordentlich ausgeglichen zu.

Relativ selten gibt es Diskussionsbeiträge, die die Leserinnen, die sich nach diesem Artikel begeistert ins Aponet stürzen, berechtigterweise als chauvinistisch empfinden werden, doch ist Widerspruch möglich und erfolgt zumeist auch. Die Tatsache, daß - im Gegensatz zu anderen Netzen - jeder mit seinem richtigen Namen dabei ist, sorgt für eine gewisse Zügelung.

Der Sprachstil der meisten Beiträge ist umgangssprachlich, man „mailt“ also meistens wie man spricht, nicht wie man schreibt, was den Lese- und Schreibspaß durchaus fördert. Es wird grundsätzlich geduzt. Gelegentlich finden sich sogar Dialektpassagen, meist niederdeutsch, da das Aponet aus norddeutschen Mailboxen hervorgegangen ist, wenn es jetzt auch überall verbreitet ist.

Ernste Probleme gab es in der Zeit, die ich zurückverfolgt habe, als ein Aponet'ter von einer Computerfirma abgemahnt wurde. Eine wochenlange Diskussion über die Abgeschlossenheit des Aponets, Zensur etc. folgte, es wußte allerdings kaum jemand worum es genau ging. Nun, der Kollege hatte im Aponet angeboten, Paßwörter der abmahnenen Firma zu knacken, die es ermöglicht hätten, aus einem Einplatzsystem ein Mehrplatzsystem ohne Mehrkosten zu machen. Als dies öffentlich wurde, äußerte die Mehrheit der an der Diskussion beteiligten KollegInnen Verständnis für das Vorgehen der Firma, m. E. nicht völlig zu unrecht.

Der Charakter des Aponets wird von den TeilnehmerInnen geprägt, nicht von der ABDA-Bürokratie, die gelegentlich recht unflexibel ist, beispielsweise was das Einrichten neuer Bretter betrifft. Ist auch die ABDA-eigene VGDA (was immer die Abkürzung bedeutet) Träger des Ganzen, so wird doch im Netz häufig nicht unerheblich über die Standesführung hergezogen.

Die Ansichten der TeilnehmerInnen sind so unterschiedlich, wie es die der ApothekerInnen sind. Der Widerspruch von Ethik und Monetik findet sich auch im Aponet, ich finde allerdings, daß die merkantile Ausrichtung der DurchschnittsapothekerInnen stärker ausgeprägt ist als die der Durchschnittsaponet'terInnen. Wer sich allerdings nur in einem politisch und berufspolitisch homogenen Medium wohl fühlen kann, wird dies im Aponet nicht tun.

Wirklich spannend wäre es, wenn sich einmal eine KrankenkassenapothekerInnen ins Aponet begäbe, es sollte allerdings eine KollegInnen sein, die auch „hart im Nehmen“ ist. Auch angestellte ApothekerInnen und PTA sind unterrepräsentiert. Als eine PTA in einem Beitrag am Rande auch einmal etwas über neurotische Chefs schrieb, wurde ihr z. T. recht hart zugesetzt, sie hätte mehr Unterstützung verdient, als sie erhielt.

Ich kann jeder PharmazeutInnen empfehlen, sich das Aponet einmal anzusehen. Wer technische Probleme hat, kann sich gerne an mich wenden, im Rahmen meiner - allerdings recht begrenzten Kenntnisse - helfe ich gerne.

Das Aponet ist preiswert (einmalig 80 DM für die Zugangssoftware, 5 DM im Monat), die Hardwareanforderungen sind gering (ich glaube, ein 286er-Computer mit ganz wenig Speicher reicht), die Telefonkosten sind auch niedrig, da der Anruf jedesmal nur einige Sekunden dauert, dafür gibt es aber keine bunten Bilder wie im World Wide Web. Und es bringt Spaß!

Hier die Adresse zum Anmelden:

**VGDA, Ginnheimer Straße 26, EDV Stichwort:
APONET, 65760 Eschborn,
Telefon: 06196 / 928-561.**

Was gibt es sonst in den Netzen spannendes für ApothekerInnen?

Einer der Vorläufer des Aponets ist die „Pharmabox“. Sie kann mit der gleichen Software wie das Aponet erreicht werden und bietet vor allem eine Fülle von Programmen. Sie ist nicht ein für sich abgeschlossenes System, sondern sie ist ein Teil des „Fido-Netzes“, das aus tausenden unterschiedlichen Mailboxen besteht. Da ich hier gerade erst ein paar Tage dabei bin, kann ich noch nicht viel darüber schreiben.

Im Internet gibt es fast nichts, was es nicht gibt. Der Zugang ist teurer als zum Aponet, Ihr braucht einen schnelleren Computer mit mehr Speicher etc., solltet Eure nächste Telefonrechnung im Sessel mit einem Cognac sitzend öffnen, braucht einen „Provider“ (also eine Firma wie Compuserve, AOL oder T-Online), aber interessant ist es schon.

Wer die Pharmazeutische Zeitung unbedingt schon am Mittwoch lesen muß, der kann es tun, allerdings sind nicht alle Artikel der gedruckten Ausgabe in der PZ-Online, doch gibt es andere Beiträge, die tagesaktuell nur online zu finden sind. Obwohl es technisch überhaupt kein Problem wäre, hat die ABDA diese Beiträge bis jetzt noch nicht ins Aponet gesetzt.

Die Fédération Internationale Pharmaceutique (FIP) betreibt das PharmWeb. Unter anderem sind hier auch Diskussionsforen für den deutschsprachigen Raum zu finden, die aber von Offizinapothekern z.Zt. noch nicht genutzt zu werden scheinen.

Der Health Online Service (HOS) des Burda-Verlages ist ein abgeschlossenes Medium innerhalb des Internets. Da er sich teilweise über Arzneimittelwerbung finanziert, darf er nach dem Heilmittelwerbe-gesetz nur ÄrztInnen, ApothekerInnen etc. offenstehen, die auch eine einmalige Gebühr von

ca. 100 DM (bis 31.12.96 48 DM) zahlen müssen. Einige der Informationsangebote sind aber bei anderen Anbietern deutlich teurer (Medline).

Auf den „Websites“ des Bundestages, des Gesundheitsministeriums, der WHO und anderer Institutionen kann man sich Bundestagsprotokolle und vieles mehr herunterladen, an die man sonst nur mit relativ großem Aufwand herankommt. (Udo, falls Du die Richtlinien der WHO für Arzneimittel-spenden noch nicht hast, ich habe sie.)

Verbände, Firmen, Universitäten und was sonst noch interessiert sind im World Wide Web des Internets zu finden. Man kann ihnen meist sogar per Knopfdruck eine Nachricht zuschicken.

Man findet - trotz etlicher „Suchmaschinen“ im Web, die z.T. den Inhalt von etlichen Millionen Seiten gespeichert haben - durchaus nicht immer was man sucht, aber meistens irgend etwas Interessantes. Eine nicht unwichtige Voraussetzung sind dabei aber ausreichende Englischkenntnisse, da das deutschsprachige Angebot noch etwas dünn ist, so haben die deutschsprachigen Suchmaschinen meistens nur einige zehntausend Seiten gespeichert.

Last but not least sei noch die „Homepage“ der Neptun-Apotheke erwähnt (Adresse: <http://home.t-online.de/home/neptun-hh>), die jede Woche besser wird, von ihr aus könnt Ihr Bernd oder Ulf ein e-Mail schicken, könnt Euch ein Bild der MitarbeiterInnen anschauen und könnt Euch über diverse „Links“ per Mausclick auf andere medizinisch und pharmazeutisch interessante Seiten begeben.

Jürgen Große
(e-Mail: 106245.2504@compuserve.com oder im Aponet: 232:600/10.429)

"Impfung" gegen Schwangerschaft

Verhütung ist gut - Kontrolle ist besser

**Eine Ausstellung zum Ausleihen
zur Internationalen Kampagne gegen Bevölkerungspolitik und den Mißbrauch
von Verhütungsmitteln**

Immunologische Verhütungsmittel sind eine "antigene Waffe... (gegen) den Fortpflanzungsprozeß, ein Prozeß, der die Welt zu überschwemmen droht, wenn man ihn nicht kontrolliert". (Shearman, 1982)

Seit etwa 20 Jahren wird intensiv an Verhütungsmitteln geforscht, die das Immunsystem zwingen sollen, körpereigene Stoffe anzugreifen, die für eine Schwangerschaft unentbehrlich sind.

Diese Verhütungsmittel sind vor allem für den breiten Einsatz in den sogenannten "überbevölkerten" Regionen der Welt gedacht.

Unsere Ausstellung gibt einen Überblick über Wirkungsweisen, Risiken und Nebenwirkungen der "Impfstoffe" gegen Schwangerschaft und stellt die an der Forschung beteiligten Institute und Organisationen vor.

Ausschnitte aus Geschichte und aktueller Praxis der Bevölkerungspolitik zeigen, daß die Reduzierung der Armen und nicht die Verbesserung des Verhütungsmittelangebotes die Zielsetzung ist.

Auch Aspekte bevölkerungspolitischer Einflußnahmen, die von der BRD ausgehen, werden gezeigt.

Die Ausstellung wurde von zwei Frauen aus der Gruppe "Frauen gegen den § 218" des FZ/Kiel erstellt.

Durch den § 218 wird den Frauen auch hierzulande das Recht auf Selbstbestimmung abgesprochen. Wie hinter anderen bevölkerungspolitischen Maßnahmen sehen wir auch hinter dem Abtreibungsverbot das Prinzip, daß der Staat über die Reproduktion von Menschen verfügt - und nicht die Frauen.

Die Ausstellung umfaßt 34 Tafeln von der Größe 90 X 60 cm. Die Leihgebühr beträgt 200 DM (oder nach Vereinbarung) incl. Videobegleitfilm "Antikörper gegen Schwangerschaft" von Ulrike Schaz, zzgl. Porto. Wir verschicken gerne zur Einsichtnahme einen DIN-A-4-Katalog der Tafeln für 10 DM. Es ist auch möglich, Teile der Ausstellung zu bestellen.

Bestelladresse: Waltraut Kraft, Kronshagener Weg 88, 24116 Kiel, Tel. 0431/ 13662 (nach 18 Uhr)

V.i.S.d.P.: Waltraut Kraft und Gesche Paulsen, Gazellestr. 4, 24143 Kiel

Die Frauenbeauftragte der Stadt Kiel/Referat für Frauen hat diese Ausstellung unterstützt-Vielen Dank dafür.

VDPP- Vorstandstreffen vom 3./4. August 1996 in Limbach

Jürgen Große

Ort: Odenwald-Apotheke, Ringstraße 28, 74838
Limbach

Anwesende: Udo Ament, Jürgen Große, Thomas
Hammer, Christiane Hefendehl, Christl Trischler
Entschuldigt: Katja Lorenz

Vorläufige Tagesordnung:

0. Besichtigung der Odenwald-Apotheke
1. Wahl von TagungsleiterIn und ProtokollführerIn
2. Genehmigung der Tagesordnung
3. Protokoll der
Vorstandstagung vom 15./16. Juni 1996
4. Umsetzung der
Beschlüsse vom 15./16. Juni 1996
5. Bericht aus der Geschäftsstelle
6. Kassenbericht
7. Berichte aus den Regionen
8. Herbstseminar
9. Apothekertag
10. Rundbrief
11. Öffentlichkeitsarbeit
12. Verschiedenes

Beginn 15.25 Uhr

TOP 0 (Besichtigung der Odenwald-Apotheke)

wird auf den Sonnabendabend verschoben

TOP 1 (Wahl von...)

Einstimmig werden Thomas Hammer als Tagungsleiter und Jürgen Große als Protokollführer bestimmt.

TOP 2 (Genehmigung der Tagesordnung)

TOP 0 wird auf den Abend verschoben. TOP 8/9 werden auf Sonntag verschoben und mit TOP 10/11 getauscht.

TOP 3 (Protokoll vom...)

Es herrscht Konsens, daß Protokolländerungen nicht mehr en détail im Protokoll festgehalten werden sollen. Das Protokoll des Vorstandstreffens vom 15./16. Juni 1996 wurde nach einigen Änderungen und Ergänzungen genehmigt.

TOP 4 (Beschlüßumsetzung)

- Die Entschließung der 50. Konferenz der Datenschutzbeauftragten ist im Rundbrief abgedruckt worden.
- Die Tagesordnung der Vorstandstreffen ist um den Punkt „Beschlüßumsetzung“ erweitert worden.
- Die Programmerweiterung um die Themen Datenschutz und Bioethik geht voran. *Zum Thema Bioethik erarbeitet Eugen Eschenlohr eine Vorlage*, zum Datenschutz können der Artikel von Christiane im letzten Rundbrief sowie die Datenschützererklärung als Grundlage dienen.
- *Zur Gesundheitsreform wird Jürgen noch eine Presseerklärung herausgeben.*
- Tagungsräume für das Herbstseminar haben die BerlinerInnen besorgt.
- Mitgliederversammlung: siehe entsprechender TOP
- Artikel pro und contra Apothekenkarte hat Christiane für den Rundbrief gemacht bzw. dokumentiert. Udo überlegt, ob er noch Ergänzungen dazu beitragen kann.

- *Christl kümmert sich um ein Treffen beim Apothekertag in Leipzig.*

TOP 5 (Geschäftsstelle)

Udo Puteanus versucht, Volker Kluy telefonisch zu erreichen. Sollte es nicht gelingen, Volkers neue Adresse herauszufinden, so wäre Udo P. bereit, als regionaler Ansprechpartner für NRW zu fungieren. Es wird beschlossen, Udo P. bis auf weiteres als Ansprechpartner einzusetzen, falls bis zum 15. August Volker nicht wieder auftauchen sollte. (Hat sich inzwischen erübrigt: Volker Kluy, Elbinger Straße 9, 40670 Meerbusch, Tel. 0 21 59 / 5 17 44.)

Unter Berufung auf Christianes Grußwort im VDPP-Rundbrief hat Brigitte May ihren Austritt erklärt. Beschluß: *ihr Brief wird, wie verlangt, abgedruckt; wir bemühen uns um eine persönliche Aussprache.*

Der Petitionsausschuß des Bundestages hat auf unsere Petition zur Kurdenverfolgung in der Türkei geantwortet. Beschluß: *die Antwort soll im Rundbrief im Dokumentationsteil veröffentlicht werden.*

Gudrun Meiburg läßt fragen, was mit verschollenen Mitgliedern gemacht werden soll, die nach Umzug ihre neue Adresse nicht bekanntgeben, aber nach wie vor ihren Beitrag überweisen. Beschluß: sie erhalten noch zwei weitere Rundbriefe, dann keine Post mehr, bis die neue Adresse bekannt ist.

Rainer Menzel hat die Rechnung für den VDPP-Anteil des ersten ERFA-Gruppentreffens geschickt, sie soll bezahlt werden.

„Kein Patent auf Leben“ hat einen Spendenaufruf geschickt. Beschluß: *Thomas schreibt und fragt, was aus der Studie, an der wir uns finanziell beteiligt hatten, geworden ist.* Im Herbst kann dann über eine weitere Spende nachgedacht werden.

Schreiben der Kampagne „Atomwaffen abschaffen“, der Donnersmarck-Stiftung und des Jugendgästehauses Bonn-Bad Godesberg sind eingegangen.

Am 6. Juli fand in Hamburg ein Treffen des „Forums Angestellter Apotheker“ statt. Es ist nicht ganz klar, ob und welche VDPP-Mitglieder dort waren. *Christl wird Monika Busse danach fragen.*

Seit Mai hat die Fleming-Apotheke einen ISDN-Anschluß. Telefonkosten für den VDPP-Anschluß können nicht gesondert abgerechnet werden. Beschluß: *die Fleming-Apotheke erhält eine Pauschale basierend auf dem bisherigen Verhältnis der Telefonkosten. Udo kümmert sich darum.*

„Abolition 2000 - ein globales Netzwerk für die Abschaffung aller Atomwaffen“ wird beigetreten. *Die Erklärung wird im Rundbrief abgedruckt.*

TOP 6 (Kassenbericht)

Udo legt den Kassenbericht vor. *Ulf Thomas bekommt noch Geld wegen der Honorarerhöhung.* Die Mitgliederversammlung war etwas teurer als veranschlagt. Bei den Einnahmen liegen wir deutlich unter dem Planziel, aber viele Mitgliedsbeiträge kommen noch. Einige Mitglieder mußten für den Rundbrief Nachporto bezahlen (Differenz Brief - Büchersendung). Das Girokonto bei der Öko-Bank ist aufgelöst.

TOP 7 (Regionen)

Hessen: Das nächste Treffen wird am 2. September stattfinden. Themen u. a. Frauenseminar und Vorstandstreffen.

Berlin: Beim letzten Treffen waren unerwartet viele KollegInnen gekommen. Die inhaltliche Arbeit soll verstärkt werden. Geplantes Thema: BuKo-Aktion Alt-Medikamente. Die Gruppe soll die WHO-Richtlinien für Arzneimittel erhalten, die Christiane an den Rundbrief geschickt hatte.

Süd-Baden: Christiane überlegt, sich in Karlsruhe oder Freiburg mit einigen KollegInnen zu treffen.

TOP 8 (Rundbrief)

Christa wird den Rundbrief auf jeden Fall bis zur nächsten Mitgliederversammlung machen. Christiane wäre bereit, die Redaktion zu übernehmen, falls sie nicht mehr im nächsten Vorstand sein soll-

te. Christa meinte, der Vorstand könne sich auch Gedanken über die Inhalte des Rundbriefs machen.

Es hat ein Fachkongreß der „European Drug Utilisation Research Group (DURG)“ stattgefunden, an dem Ingrid Schubert teilgenommen haben soll. *Sie soll gefragt werden, ob sie für den Rundbrief dazu etwas schreiben könnte.*

18.30 Uhr Unterbrechung bis Sonntag 10.00 Uhr

TOP 9 (Herbstseminar)

Michael Höckel beteiligt sich telefonisch an diesem Tagesordnungspunkt. Die Donnersmarck-Stiftung steht für die Übernachtungen zur Verfügung, am Sonntag können wir auch den Tagungsraum benutzen. Am Sonnabend stehen diese nicht zur Verfügung, wir können aber Räume im Haus der Demokratie nutzen. Dies soll so geschehen, Katja wird sich darum kümmern. Michael Höckel wird mit den ReferentInnen klären, welche technischen Hilfsmittel diese benötigen.

Als ReferentInnen hat Michael W. Henke (Apotheker) zum Thema Arzneimittelinformation, L. Hempel (Leiter ABDA) zum Thema ABDA-Datenbank, A. Roth (Ärztin) zum Thema Qualitätszirkel und G. Neuhaus (Assessor) zum Thema Gesundheitsförderung gewinnen können. L. Hempel und G. Neuhaus bringen hand-outs mit.

Am Sonnabend ist als Zeitrahmen 10 - 18 Uhr, am Sonntag 9 - 13 Uhr vorgesehen.

TOP 10 (Apothekertag)

An einem Abend soll ein VDPP-Treffen stattfinden. *Christl kümmert sich darum, daß Christa den Termin in den Rundbrief setzt.*

TOP 11 (Mitgliederversammlung)

Die Mitgliederversammlung wird vom 28. Februar bis zum 2. März 1997 im Jugendgästehaus in Bad Godesberg stattfinden. Als Gastredner werden Hans-Ulrich Deppe, Rolf Rosenbrock und Klaus Brack diskutiert. *Thomas spricht Ingeborg an, die Hans-Ulrich Deppe fragen soll, ob er zur Verfügung stünde.*

Es soll vor der MV geklärt werden, wer Versammlungsleitung und Protokoll übernimmt.

TOP 12 (Verschiedenes)

Das nächste Vorstandstreffen soll am 29. September in Kassel stattfinden. *Jürgen schreibt die Einladung.*

Die Aktion der BuKO-Pharmakampagne gegen irrationale Arzneimittel für die Dritte Welt wird diskutiert. *Udo schreibt einen Artikel für den Rundbrief. Jürgen schickt Briefe an Arzneimittelhersteller, die irrationale Arzneimittel in die Dritte Welt exportieren.*

Udo regt an, daß bei Vorstandstreffen im Hause von Vorstandsmitgliedern, diese Rückmeldungen erhalten sollten, wer kommt.

Schluß: 13.00 Uhr

Michael Höckel

Die zweite ERFA- Gruppensitzung fand in Bremen statt.

Die Gastgeberin war Jutta Frommeyer, inhaberin der Igel-Apotheke. Das Treffen begann mit dem wichtigen Punkt „Aktuelles“, zur Diskussion stand die Darstellung des Projektes „Netzwerk soziale Apotheken“ in der Öffentlichkeit. Die Mehrheit ist der Meinung, daß das Projekt als solches im VDPP vorgestellt werden kann. Die Arbeit der ERFA-Gruppe kann zu dem jetzigen Zeitpunkt noch nicht Gegenstand einer Darstellung nach außen sein. Im Rahmen dieser Diskussion wurde die Notwendigkeit des Fortbestehens der Arbeitsgruppe Netzwerk soziale Apotheken im VDPP offensichtlich! Der Autor nimmt für den VDPP an der ERFA-Gruppe teil und wäre bereit die AG zu organisieren. Interessierte Personen melden sich bitte unter folgender Adresse: M. Höckel, Parkstr. 47, 34119 Kassel, T.: 0561/17798. Durch Mitarbeit in dieser AG kann man in anregenden Diskussionen und im Austausch mit der ERFA-Gruppe versuchen die Zukunft der Apotheken mit zu denken und zu gestalten.

Der nächste Programmpunkt war die Erstellung eines qualitativen Betriebsvergleiches, es wurde nach intensiver Diskussion eine Liste der wichtigsten Punkte aufgestellt. Hierbei war das Zurückgreifen auf die Punkte der Selbstverpflichtungserklärung sehr hilfreich. Der Betriebsvergleich soll dazu führen Parameter zu Beginn festgelegt zu haben, um den Verlauf der ERFA-Gruppenarbeit möglichst genau verfolgen zu können.

Die Begehung der gastgebenden Apotheke wurde unter Zuhilfenahme von Checklisten vorgenommen. Im Anschluß wurden positive wie negative Eindrücke vorgebracht und im Einzelfall ausdiskutiert. Die Listen verbleiben in der Apotheke und können im Bedarfsfall abgearbeitet werden. Die einzelnen Apotheken sollten ein Journal anlegen, hier sollen Änderungen und Aktionen der Apotheke dokumentiert werden.

Der Gastgeber des ersten Treffens berichtete über den Stand seines Apothekenumbaues, hier konnten die einzelnen Teilnehmer auch gezielt nachfragen, da sie die Apotheke besichtigt hatten.

Im Anschluß wurden zwei neue Checklisten besprochen, eine detaillierte Aufstellung der EDV in der Apotheke wird abgefragt und eine Qualitätsliste zur Beurteilung von Steuerberatern soll erstellt werden. Im Kreis der ERFA-Gruppe befindet sich ein existenzgründender Apotheker, dieser stellte die örtlichen Begebenheiten und die zu übernehmende Apotheke vor. Es fand ein reger Erfahrungsaustausch statt und es wurden wichtige Kriterien, welche beachtet werden sollten, aufgestellt.

Das nächste Treffen findet am 7. und 8.12.96 in Telgte statt. Die Themen werden u.a. Auswertung der Checklisten und des Betriebsvergleiches sein, desweiteren ein Referat über Darstellung des Netzwerkprojektes gegenüber Mitarbeitern, Mitarbeiterführung und Motivation.

Neue Bücher

Ute Meyerdirks-Wüthrich

Ime Vaughan, Stille im Trubel des Lebens, In Streß und Hektik zur inneren Mitte finden, Bauer Verlag, 19,80 DM

Ime Vaughan arbeitet als Psychotherapeutin und Ernährungsberaterin. Im Rahmen ihrer Arbeit hat sie beobachtet, wie sich Streß, Angst, unterdrückte oder verleugnete Gefühle, negative Überzeugungen oder ein geringes Selbstwertgefühl auf den ganzen Menschen auswirken können: Auf Körper, Geist und Seele. „Mit diesem Buch möchte ich dir einen praktischen Führer an die Hand geben, der dir hilft, diese Dinge anzugehen und den inneren Frieden zu finden, auf den du von Geburt an ein Anrecht hast.“

Barabara von Bellingen, Jungfernfahrt, Heyne-Verlag, 12,90 DM

Ein Roman aus dem Hamburg der Hansezeit - im Frühjahr des Jahres 1398. Total spannend und geschichtlich wohl fundiert. Ich habe es in einem Rutsch durchgelesen, wie alle Bücher von Barabara von Bellingen.

Joan Brysenko, Ein Wunder täglich, Gebete, Meditationen und Affirmationen für das ganze Jahr, Bauer Verlag, 39,80 DM

Die Zellbiologin und Psychologin Dr. Joan Brysenko lehrte an der Harvard Universität und wurde zu einer Autorität auf dem Gebiet der Psychoneuroimmunologie (für die es in Deutschland leider keinen Lehrstuhl gibt). Seit Aufgabe der Professur widmet sie sich neuen Wegen des ganzheitlichen Heilens. „Ein Wunder täglich“ ist in 12 Abschnitte eingeteilt, wobei jeder einem Monat entspricht und um ein Thema kreist, wie z. B. Mut, Dankbarkeit und das Göttliche, Weibliche oder Träume, Intuition und Innenleben. Das jeweilige Thema zieht sich durch alle täglichen Übungen hindurch. Diese werden durch Keimgedanken eingeleitet: Textauszüge aus den heiligen Büchern der Welt, Gleichnisse, Gedichte und Erlebtes von Joan Brysenko ... Ein gelungenes Buch.

Ganz toll finde ich auch das neue Buch von

Luisa Francia, Eine Göttin für jeden Tag, Verlag Frauenoffensive, 29,80 DM

Michael Nava, In einer Stadt so nett, Argument Verlag, 17,- DM

Dieser Roman ist der dritte einer Serie um den schwulen Anwalt Henry Rios. Diesmal läßt Henry sich von seiner Schwester überreden, die Verteidigung eines Jugendfreundes zu übernehmen. Paul Windsor ist angeklagt, einen Kinderporno-Händler ermordet und verstümmelt zu haben. Öffentliche Meinung und Gerichtsbarkeit der Kleinstadt Los Robles, wo Henry Rios aufgewachsen ist, sind sich längst einig: Windsor, ein stadtbekannter Kinderschänder hat die Moral eines Schuldigen. Doch Henry Rios bezweifelt die Ordentlichkeit des Verfahrens und der polizeilichen Ermittlung. Auf eigene Faust recherchierend gerät er zwischen die Fronten eines öffentlichen Skandals und in die Schußlinie rachebesessener Opfer. Er gerät hinter die Fassade einer Stadt so nett.

**Barbara G. Walker, Amazone,
Fischer Taschenbuch, 12,90 DM**

Antiope - eine Amazone vom Schwarzen Meer - begibt sich nach einer schweren Schlacht in den Tempel der heiligen Stadt Themiskyra. Nach einer Trancezeitreise findet sie sich verwirrt und benommen im 29. Jahrhundert neben einem amerikanischen Highway wieder. Bis auf ihren Amulettbeutel, Schwert und Schwertgürtel ist sie nackt. Drei junge Männer wollen ihr Gewalt antun. Sie haben nicht geglaubt, es mit einer Kriegerin zu tun zu bekommen. Gegen eine Schußwaffe, die Antiope nur als Stock ansieht, ist sie dann doch machtlos. Die Journalistin Diana pflegt sie gesund und versucht, herauszufinden, wo Antiope herkommt. Durch die Gabe des denksensitiven Zustands erlernt sie die amerikanische Sprache und Diana erfährt nach und nach, daß Antiope aus einer mutterrechtlichen Kultur kommt. Antiope bestaunt die Errungenschaften der modernen Zivilisation und stellt Fragen, die die Absurdität und Gefährlichkeit einer frauenfeindlichen Welt beleuchten. „Ich sah Diana niemals jagen, fischen oder die Früchte des Feldes ernten. Das Essen stammte aus Kartons, die sie im Auto nach Hause transportierte.“

„Diese Sprache stellt deutlich mehr Barrieren und Unterschiede zwischen Mitgliedern der selben Rasse auf, als ich gewohnt war.“

„Als ich Dianas Sprache lernte und anfang, die Worte aus dem Fernseher zu verstehen, sah ich mich mit einer täglichen Flut von Bildern aus einer höchst bizarren Kultur konfrontiert. Häufig waren es Bilder von Männern, die anderen Männern und auch Frauen ohne ersichtlichen Grund schaden zufügten. ... Es wurde nie gezeigt, wie man sich streichelt oder massiert oder richtigen Sex macht, höchstens junge Männer und Frauen, die sich gegenseitig verschlangen.“

Eines Tages nahm mich Diana mit in ein Einkaufszentrum. Hier entdeckte ich die wahre heilige Stätte ihres Volkes. In den Menschenmassen sah ich fast auf allen Gesichtern jenen entrückten Ausdruck der Befriedigung, der auf religiöse Ergriffenheit schließen läßt. Das Objekt ihrer Andächtigen Be-

trachtung war die Vision uneingeschränkter Kaufens.“

Diana schreibt ein Buch über Antiopes Leben und Kultur. Der Wirbel, den das Buch in der Öffentlichkeit auslöst, macht die beiden berühmt. „Zum ersten Mal begriff ich, was Diana gemeint hatte, als sie sagte, allein eine detaillierte Beschreibung einer nichtpatriarchalischen Zivilisation würde vielen Frauen in diesem Land die Möglichkeit einer neuen Philosophie menschlichen Verhaltens eröffnen.“ Manche halten das Buch für ein feministisches Hirngespinnst und es gibt auch Anfeindungen. Matilda Bloodworth, eine sehr reiche Frau, lädt sie auf ein paar Tage auf ihr Anwesen ein. Matilda plant den Bau eines Tempels für die Muttergöttin. Es soll ein Zentrum werden für die spirituuell-frustrierten Frauen dieser Welt. Antiope erfährt, daß sie noch eine Mission zu erfüllen hat. Dieser Zeitpunkt kommt bei der feierlichen Tempeleinweihung.

Und so überraschend wie am Anfang gerät Antiope am Ende wieder auf die Zeitreise zurück zu ihrem Mutterclan. Ihr ist, als hätte sie einen schlimmen Traum gehabt - wäre da nicht der 5. Stein in ihrem Amulettbeutel!

Ein tolles Buch, das ich gleich zweimal hintereinander gelesen habe.

PS. Bei Zweitausendeins ist ein Lexikon von Barbara Walker erschienen: „Das geheime Wissen der Frauen“ 1215 Seiten, 44,- DM - Ein wahrer Fundus

Mykosen

Auch in unserer heutigen Zeit werden Pilze noch häufig von Behandelnden als harmlose Bestandteile der normalen Darmflora gesehen. Die derzeitige mikrobiologische Forschung widerspricht jedoch entscheidend dieser Ansicht. Die Gefährlichkeit der Pilze und besonders ihr krankmachendes Potential wird meist völlig unterterschätzt. Die Symptome der Krankheiten, welche insbesondere durch Candidabefall entstehen können, sind sehr vielfältig. Hier braucht es manchmal medizinisch-detektivischen Spürsinn. Häufig anzutreffende Symptome sind: Übelkeit, Appetitlosigkeit, Blähungen,

Durchfälle, Verstopfungen, ständiger Heißhunger auf Süßigkeiten/süßes Obst, rezidivierende Vaginalmykosen sowie auf der körperlich-psychischen Ebene Kopfschmerz-Attacken, Müdigkeit, Depressionen. Auch Angstattacken sowie Unruhe und Nervosität. Hinter vielen anderen Krankheiten oder Symptomen kann Candidabefall stehen, weil seine Giftwirkung z. B. anlagebedingte Krankheiten auslösen kann. Hier findet sich die breite Palette der Allergien und Hauterkrankungen. In diesem Zusammenhang gibt es jetzt sehr viele Veröffentlichungen auf dem Markt:

1. Ein Standardwerk für TherapeutInnen, ApothekerInnen ... ist das Werk von Professor

Siegfried Nolting, Mykosen des Verdauungstraktes, Medi-Praxisreihe, 38,- DM

Ich habe Professor Nolting in diesem Jahr mit einem Vortrag auf den Eckernförder Therapietagen erlebt und halte sein Buch für grundlegend!

2. Gaby Guzek/Elisabeth Lange, Pilze im Körper - Krank ohne Grund? Südwest Verlag, 29,80 DM

Ein gutes Buch für PatientInnen, das viele Fragen beantwortet und einen guten Rezeptteil für eine Antipilzdiät bietet. Erfahrungsgemäß fällt es PatientInnen schwer, auf eine kohlenhydratreduzierte Kost umzustellen. Guzek/Lange zeigen, wie es schmeckt.

3. Ein preiswertes und informatives Buch ist das Taschenbuch von der Heilpraktikerin

Ulla Kinon, Mykosen - Pilzinfektionen, die (un)heimliche Krankheit, Econ Ratgeber, 15,- DM

Das Hauptgewicht des Buches liegt in der Prophylaxe. In konkreten Beispielen zeigt die Autorin, wie durch eine wenig aufwendige Umstellung von Verhaltensweisen Vorbeugung, Abwehr und Heilung möglich wird.

Gillian Rose, Die Arbeit der Liebe, Kunstmann Verlag, 32,-

Ich möchte unbemerkt verschwinden, deshalb hoffe ich, daß ich nicht um mein Alter gebracht werde. Miss Marples Vorbild ist für mich erstrebenswert: Genau die zu sein, die ich bin, gebrechliche Natur und Übernatur in einem, gleichermaßen umsichtig in sumpfigem Gelände und luftigen Turbulenzen. Vielleicht muß ich nicht bis ins hohe Alter auf diese unsichtbare Überschreitung und den einfachen Schritt warten, unempfindlich für die Sterblichkeit und verzweifelt sterblich. Ich bleibe im Kampfgetümmel, im Gelage der Ideen, im Risiko; Lernen, Versagen, Werben, Trauern, Vertrauen, Arbeiten, Ausruhen - mit dieser Sünde der Sprache und der Lippen.“ Mit diesen Sätzen verabschiedet sich Gillian Rose aus ihrer autobiographischen Erzählung. Gillian Rose starb am 9. Dezember 1995 an Krebs. In diesem Buch erzählt die jüdische Philosophin von ihrem Leben und Sterben, von der Liebe und dem Versuch ihr nahe zu kommen, von der unglücklichen Liebe („Die unglücklichste Liebe ist eine glückliche Liebe, die jetzt unglücklich geworden ist.“), von Freundschaft, von Abschied, von ihrem jüdischen und protestantischen Erbe, von der Philosophie, von Krebs, Aids und Sterblichkeit. Sie rechnet ab mit der konventionellen Medizin, die sie wie eine fremde Sprache empfindet und mit der alternativen Heilkunde („Meine Freunde und Angehörigen halten sich die Krisis ihrer eigenen Sterblichkeit, die meine Krankheit auf den Plan ruft, vom Leib, indem sie mir hartnäckig die Schriften und Wässerchen der alternativen Heilkunde andienen.“) und „Ich greife nach meiner Lieblingsflasche Whisky und empfehle meinen wohlwollenden Heilkundlern, ihr Haifischöl und Aloe Vera selber zu schlucken. Sollte ich am Leben bleiben, werde ich unweigerlich weiterhin vor der Liebe versagen, jedesmal wieder, aber ich werde nicht aufhören zu werben, denn das mein Lebenswerk, die Arbeit der Liebe.“

Ich teile einen Teil der Ansichten von Gillian Rose nicht; vor allem die über den Feminismus. Aber das ist meine Sache. Mit „Die Arbeit der Liebe“ liegt das vor, von dem Gillian Rose wollte, das es bleibt.

Dokumentation

Der Dokumentationsteil beginnt mit einer erst kürzlich erstellten Pressemitteilung des VDPP zum Entwurf der dritten Stufe des Gesundheitsreformgesetzes. Über die allgemeine Resonanz hierauf ist vielleicht in einem der nächsten Vorstandsprotokolle etwas zu finden. Es schließt sich ein umfangreicher Abschnitt zum Thema „Bioethik/Ethik“ an. Er beginnt mit einem Artikel aus dem Mabuse-Heft 104 von Michael Emmrich zur Bioethik-Konvention des Europarates: Empfehlenswert als gute Zusammenfassung der Inhalte dieser Konvention und Bericht über den neuesten parlamentarischen Stand. Es folgt ein Artikel von Michael Wunder über die sogenannte „Grafenecker-Erklärung zur Bioethik“, entnommen aus der Zeitschrift „Arzt und Umwelt“, dem Organ des „Ökologischen Ärztebundes“. In diesem Artikel werden neben den Inhalten der Bioethik-Konvention philosophische und geschichtliche Hintergründe stärker beleuchtet. Anschließend folgt noch ein Artikel von Michael Emmrich aus dem letzten Mabuse zum Nürnberger Ärztekongress „Medizin und Gewissen“, der vom IPPNW im Oktober organisiert wurde. Es folgen zwei Beiträge, die uns von Udo Puteanus zugesandt wurden und wieder stärker zu konkret pharmazeutischen Inhalten zurückkehren. Erstens ein Teil einer parlamentarischen Anfrage zum Thema Methadon Substitution, zweitens eine AgV-Pressemitteilung zum Thema Nahrungsergänzungen. Schlußendlich folgt noch ein Interview mit Magdalena Linz und Monika Fabian vom „Forum Angestellter ApothekerInnen“, in dem der VDPP auch erwähnt wird.

PRESSEMITTEILUNG

VDPP mißbilligt Koalitionsentwurf zur 3. Stufe der Gesundheitsreform

Der Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) lehnt den Entwurf des „1. GKV-Neuordnungsgesetzes (1. NOG)“ als weiteren Schritt zur Entsolidarisierung im Gesundheitswesen entschieden ab.

Mit dem Zwang zu höheren Patientenzuzahlungen im Falle von Beitragserhöhungen der Krankenkasse würden die Versicherten über die ohnehin schon beschlossenen Steigerungen der Patientenzuzahlungen hinaus zusätzlich geschröpft werden. Die Krankenkasse kann dies nur durch massive Leistungskürzungen, die gleichfalls zu Lasten der PatientInnen gingen, verhindern.

Der pharmazeutischen Industrie hingegen sind im vergangenen Jahr durch den Verzicht auf die Positivliste und die Abschaffung der Festbeträge für patentgeschützte Arzneistoffe milliardenschwere Geschenke gemacht worden.

Für das Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach Ansicht des VDPP im wesentlichen die Politik verantwortlich. Einerseits wurde die GKV durch Umschichtungen zwischen den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung zusätzlich belastet, andererseits hat die Koalitionsmehrheit z. B. durch die Streichung der Positivliste und der Festbetragsregelung für alle patentierten Arzneistoffe sinnvolle Instrumente zur Begrenzung der GKV-Ausgaben verhindert.

Weiterhin sollen jährlich ca. 7 Milliarden DM für umstrittene Arzneimittel ausgegeben werden. Für neu eingeführte Arzneistoffe, die gegenüber bereits im Markt befindlichen keinerlei Vorteile haben, sollen die Hersteller beliebige Preise verlangen können.

Dies ist nach Ansicht des VDPP nicht nur eine Vergeudung von Zwangsbeiträgen der Versicherten, sondern langfristig auch fatal für die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Arzneimittelindustrie, die keinen ausreichenden Anreiz für die Entwicklung tatsächlicher Innovationen hat.

Angesichts der im Gesundheitssystem offensichtlich noch vorhandenen Rationalisierungsreserven ist jede Anhebung von Patientenzuzahlungen und jede Einschränkung therapeutisch sinnvoller Leistungen der GKV strikt abzulehnen.

Der VDPP kritisiert auch die Bereitwilligkeit der ABDA, die Neuregelungen umzusetzen, sollten sie denn beschlossen werden. Mit unterschiedlichen Zuzahlungen je nach Krankenkasse ist das Chaos in den Apotheken vorprogrammiert. Wenn sich in den Apotheken der Schwerpunkt der Gespräche mit den PatientInnen noch mehr von der Beratung über Arzneimittel hin zur Erläuterung von Zuzahlungsregelungen verschöbe, sollte dies der Standesführung nicht gleichgültig sein - von sozialen Erwägungen einmal ganz abgesehen.

Hamburg, 23. Oktober 1996

Verantwortlich: Jürgen Große

Bioethik-Konvention

Abschied vom Nürnberger Kodex?

von Michael Emmrich

Ende September hat die heftig umstrittene Bioethik-Konvention des Europarates (ER) eine weitere wichtige Hürde genommen: die Parlamentarische Versammlung des ER gab dem Papier, mit einigen Nachbesserungswünschen garniert, ihren Segen. Voraussichtlich im November werden dann die 39 nationalen Regierungen im Ministerkomitee endgültig entscheiden. Wird an dem Entwurf, der die biomedizinische Forschung in Europa verbindlich regeln soll, nichts mehr geändert, faßt Robert Antretter, SPD-Bundestagsabgeordneter und einer der Wortführer der Kritiker, auch den Gang vor das Bundesverfassungsgericht ins Auge.

Mit dem Votum der Parlamentarischen Versammlung (PV) ist das Pendel im Interessenstreit zwischen der Wahrung der Menschenwürde und Forschungsinteressen wieder ein Stück weiter zugunsten der Wissenschaft ausgeschlagen. Die Bioethik-Konvention birgt deshalb soviel Zündstoff, weil sie praktisch jeden Menschen betreffen kann. Zudem könnte sie eine Entwicklung in der Medizin einläuten, deren oberstes Prinzip die Machbarkeit ist und die eine Trennung in Mensch und Person vornimmt sowie die Verwertbarkeit des einzelnen mit dem Argument des angeblichen Nutzens für die Gesamtheit propagiert. Denn hinter abstrakten Paragraphen soll erlaubt werden, was zumindest in Deutschland lange nicht oder so nicht erlaubt war.

► Die wichtigsten kritischen Punkte sind rasch aufgezählt: Die Konvention regelt, daß mit den bei der Künstlichen Befruchtung im Reagenzglas gezeugten Embryonen geforscht werden darf. Denn sie untersagt nur, Embryonen eigens für die Forschung herzustellen. Da bei der Künstlichen Befruchtung aber international Tausende von Embryonen erzeugt werden, die Frauen dann aus verschiedenen Gründen nicht übertragen werden, würde die Konvention den Zugriff auf diesen menschlichen Rohstoff erlauben. Das deutsche Embryonenschutzgesetz verbietet dagegen sowohl das Einfrieren von Embryonen als auch die Forschung mit ihnen. Menschliches Leben werde so zu Forschungszwecken degradiert, hatten die 18

VDPD-Rundbrief 37/96

deutschen Mitglieder in der PV beklagt, die parteiübergreifend mehrheitlich gegen den Entwurf stimmten. Doch für ein völliges Verbot der Embryonenforschung gab es in der PV keine Mehrheit.

► Für heftige Kontroversen sorgt auch, daß die Konvention die Forschung an Menschen erlauben will, die dies nicht mehr verweigern können: etwa Altersdemente, Alzheimer-Patienten, auch schwer geistig Behinderte und Kinder. Zwar sind im Vergleich zu den früheren Entwürfen Verbesserungen erreicht worden, doch die Kritiker sehen in diesem Ansinnen einen gravierenden Richtungswechsel, nämlich den Abschied vom Nürnberger Kodex. Der Nürnberger Kodex war als Resultat der, alliierten Nürnberger Ärztoprozesse 1946/47 formuliert worden. Er war Bestandteil der Urteile gegen NS-Mediziner und untersagte – als Erfahrung aus der Nazi-Diktatur – jegliche Forschung an Menschen, wenn sie nicht zu deren Nutzen ist und wenn die Betroffenen dem nicht zugestimmt haben.

► Von beiden Prinzipien, die allerdings schon von der Deklaration des Weltärztebundes in Helsinki aufgeweicht wurden, will die Konvention abrüchen: Forschung darf danach auch ohne Zustimmung und ohne direkten Nutzen für die Betroffenen stattfinden – eine Position, für die sich in Deutschland auch die Bundesärztekammer eingesetzt hat. Denn sonst seien keine neuen Therapien etwa für Alzheimer-Patienten oder Menschen mit Schlaganfällen zu entwickeln, lautet die Begründung.

Nach heftigen Protesten in der Öffentlichkeit wurde die Konvention dahingehend geändert, daß an einem Patienten nur im Hinblick auf seine spezielle Krankheit geforscht werden darf, an einem Alzheimer-Patienten also nur zur Alzheimer-Krankheit, eine Ethikkommission muß eingeschaltet werden, und es darf keine Alternative zu der Forschung geben. Gegner dieser Absicht sehen aber mit Grauen, daß Pflegeheime, psychiatrische Anstalten und Kliniken zu potentiellen Forschungsanstalten werden könnten.

► Ein weiterer heikler Punkt ist die Weitergabe von Ergebnissen aus genetischen Tests. Dafür läßt der Konventions-Entwurf einige Schlupflöcher. Die will freilich auch die Parlamentarische Versammlung stopfen und fordert vom Ministerkomitee strengere Datenschutzregelungen, weil ansonsten nicht auszuschließen ist, daß Daten aus solchen Tests womöglich ungewollt beim Arbeitgeber, bei Behörden und bei Versicherungen landen. Denn Gentests dürften laut Konvention im „Interesse der öffentlichen Sicherheit“, zur „Verhinderung von Delikten“ und zum „Schutze der Volksgesundheit“ weitergegeben werden.

► Zu Streit hat schließlich auch die Formulierung zur sogenannten Keimbahntherapie geführt. Mit dieser Methode können die Geschlechtszellen von Menschen manipuliert werden; damit würden alle Veränderungen auch auf die Nachkommen übertragen. Für die Befürworter knüpft sich daran die Hoffnung, schwere Erbkrankheiten für immer zu

beseitigen, Kritiker fürchten dagegen den Designer-Menschen, den Menschen nach Maß. In Deutschland ist diese Methode durch das Embryonenschutzgesetz untersagt. Die Bioethik-Konvention wendet sich zwar gegen die Keimbahntherapie, ist in ihren Formulierungen aber andererseits wiederum nicht so eindeutig, daß ihre Anwendung nicht doch durch das Papier gedeckt sein könnte.

► Ins Zentrum der Kritik ist auch geraten, daß nichteinwilligungsfähigen Menschen Organe ohne deren Zustimmung für nahe Angehörige entnommen werden dürfen: etwa eine Niere oder ein Leberlappen, aber auch Knochenmark für den Bruder oder die Schwester. Dies soll dann erlaubt sein, wenn „kein passender Spender zur Verfügung steht, der einwilligungsfähig ist“.

Aber es sind nicht nur die Inhalte, die ein schiefes Licht auf die Konvention werfen, es ist auch ihre Entstehungsgeschichte: zwar erhielt das Bioethik-Komitee des ER 1991 von der Parlamentarischen Versammlung den offiziellen Auftrag, eine Konvention auszuarbeiten, doch von den Arbeiten erfuhren sowohl die Parlamentarier als auch die Öffentlichkeit fast nichts. Erst als die Internationale Initiative gegen die Bioethik-Konvention und die Frankfurter Rundschau im Mai 1994 und September 1995 zwei vertrauliche Entwürfe der Konvention veröffentlichten, konnte eine öffentliche Debatte beginnen, die auch die vier Mitglieder der deutschen Delegation im Bioethikkomitee gerne verhindert hätten.

Die Kontroverse ging fortan durch alle Gruppen und führte zuweilen zu bizarren Resultaten. So scheiterte im Europaparlament vor wenigen Wochen eine Resolution gegen die Bioethik-Konvention im ersten Anlauf, weil die Sozialisten absichtlich und versehentlich gegen eine kritische Stellungnahme votierten. Die deutschen SPD-Abgeordneten redeten sich nach dem verheerenden öffentlichen Echo mit einer Abstimmungspanne heraus. Die Abstimmung wurde schließlich Mitte September nachgeholt und führte diesmal zu einer Ablehnung der Konvention und der Aufforderung, die Menschenrechte und -würde zu garantieren. Vor allem Christdemokraten und Grüne bewerkstelligten dies.

Von denkwürdigen Umständen waren auch die Abstimmungen der Parlamentarischen Versammlung begleitet, denn die hatte im vergangenen Jahr die Bioethik-Konvention noch einstimmig abgelehnt und Nachbesserungen gefordert. In einem Bilanzpapier kam dann der Rechtsausschuß der PV kürzlich zu dem zutreffenden Schluß, daß das Bioethik-Komitee die wichtigsten Wünsche der Versammlung ignoriert habe. Der Bericht des Rechtsausschusses ließ eigentlich nur den einen Schluß zu: die PV würde die Konvention erneut ablehnen. In den Erläuterungen zum Rechtsausschußbericht tauchten dann aber erstaunliche Abweichungen vom Rechtsausschußpapier und Annäherungen an die Konvention auf. Die Abgeordneten jedoch beka-

men die Erläuterungen freilich erst knapp drei Tage vor der Abstimmung Ende September zu Gesicht. Einige Parlamentarier wollten die Abstimmung deshalb verschieben. Doch dazu kam es nicht mehr.

Auch die Haltung der Bundesregierung erscheint diffus: Noch im Juni 1996, als der endgültige Entwurf des Bioethik-Komitees vorlag, bekundete Bundesjustizminister Edzard Schmidt-Jortzig: „Die Bioethik-Konvention des Europarates ist aus deutscher Sicht noch nicht zustimmungsreif.“ Ganz anders der Tenor dagegen in einer sogenannten Unterrichtung, die die Bundesregierung den Abgeordneten Ende August schriftlich zukommen ließ. Dort heißt es nun: es bestehe wenig Aussicht, daß Deutschland „noch weitere substantielle Veränderungen des jetzt erreichten Entwurfs durchsetzen kann“.

Aber auch falls Deutschland dem Entwurf zustimmen sollte, werden die Konflikte be-



stehen bleiben. Denn die Positionen stehen sich unversöhnlich gegenüber und liegen so weit auseinander wie etwa beim Mainzer Moraltheologen Johannes Reiter und dem Präsidenten der Landesärztekammer Ellis Huber. Während Reiter die Notwendigkeit der Forschung an Nichteinwilligungsfähigen für „evident“ hält und aus „medizinethischen“ und Gründen der „Wohltätigkeit“ ein völliges Verbot für falsch hält, warnt Huber: Alle Ärzte, die den Schutz des Einzelnen vor die Interessen der Wirtschaft stellen, müßten die Konvention ablehnen. Denn das Papier schaffe Freiräume für ehrgeizige Forscher, die ethisch nicht vertretbar seien.

Michael Emmrich, geb. 1959,
Redakteur bei der Frankfurter Rundschau

Grafenecker Erklärung zur Bioethik

Michael Wunder

Ethik im philosophischen Sinne bezieht sich immer auf den Menschen als ein soziales Wesen, nicht auf den Menschen als biologische Materie. Der Begriff „Bioethik“ ist deshalb irreführend. Eine „Bioethik“ als Grundlagen-Ethik ist nicht möglich.

Bioethik im Sinne des heute gebräuchlichen Begriffes versteht sich als Ethik zur Anwendung der Biowissenschaften auf den Menschen. Sie wurde in den letzten 20 Jahren in den USA unter dem Begriff der bioethics entwickelt. Auf diesen Begriff der Bioethik bezieht sich unsere Erklärung, deren eigener normativer Hintergrund die Menschenrechtstradition ist.

Als angewandte Ethik ist die Bioethik nur eine Teilethik und muß ihre Vereinbarkeit mit einer Grundlagen-Ethik wie z. B. einer allgemeinen Sozialethik darlegen. Dies unterläßt die Bioethik. Dennoch hat sie längst auf der internationalen Ebene die Meinungsführerschaft übernommen und alle anderen Ansätze von medizinischer Ethik verdrängt. So droht diese Teilethik zur generellen Ethik der modernen Medizin zu werden.

Die UNESCO plant für das Jahr 1998 - 50 Jahre nach der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte 1948 - eine internationale Deklaration zur Anwendung der neuen Biowissenschaften auf den Menschen. Der Arbeitstitel lautet „Bioethik-Deklaration“. 1993 wurde dafür von der General-

In Grafeneck nahe Münsingen/Schwäbische Alb wurden im Zeitraum vom Januar bis Dezember 1940 im Rahmen des nationalsozialistischen „Euthanasie“-Programms rund 10.000 Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Krankheiten durch Giftgas getötet. An diesem Ort, wo heute eine Gedenkstätte an die Opfer erinnert, kam im Oktober 1995 der „Arbeitskreis zur Erforschung der ‘Euthanasie’-Geschichte“ zusammen und diskutierte über die Gefahren der heutigen Bioethik. Es entstand die Grafenecker Erklärung, die auf Grund der Vorlage der endgültigen Fassung der „Menschenrechtskonvention zur Biomedizin“ des Europarates im Juni 1996 noch einmal leicht überarbeitet wurde.

versammlung der UNESCO ein internationales Bioethik-Komitee gegründet.

Auch der 1994 erstmals bekannt gewordene Entwurf der BioethikKonvention des Europarates „Zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin“, der als Vorarbeit zum UNESCO-Vorhaben entstanden ist und darin eingehen soll, trug den Untertitel „Bioethik-Konvention“. Dieser wurde erst in der endgültigen Fassung, die im Juni 1996 vorgelegt wurde, ersetzt durch den Untertitel „Menschenrechtskonvention zur Biomedizin“, ohne aber die bioethische Denkweise des Konventionstextes zu überwinden.

„Dank der Entdeckungen in Genetik, Neurobiologie und Embryologie“, so heißt es in einem Papier der UNESCO zu dieser geplanten Deklaration (Dok.93/4-Doc.Inf.1), „hat der Mensch zum ersten Mal Zugang zu dem Wissen über seine eigenen Lebensmechanismen. Über dieses Wissen hinaus hält er heute die Macht in den Händen, in den Entwicklungsprozeß allen Lebens, aller lebenden Spezies, einschließlich der eigenen, verändernd einzugreifen... Vielleicht zum ersten Mal in der Geschichte hat die Menschheit dank ihres Wissens und ihrer technischen Errungenschaften die Chance, die Herausforderungen der Zukunft mit modernem Denken zu durchdringen, statt Schadensbilanzen nachträglich zu ziehen“.

Nach den Katastrophen der modernen Atomphysik, nach Hiroshima und Tschernobyl, ist dies ein bestechender Gedanke. Für gefährlich halten wir aber, daß das moderne Denken, mit dem die Biowissenschaften durchdacht und ihre Entwicklung mit ethischen Normen in Einklang gebracht werden sollen, die Bioethik sein soll.

Mit großer Besorgnis stellen wir fest, daß die Bioethik kein Instrument zur Bewahrung der Menschenrechte ist, sondern im Gegenteil an entscheidenden Stellen den Boden der Menschenrechte verläßt, die geschichtlichen Erfahrungen mißachtet und den menschenrechtlichen Schutz des Einzelnen zweckdienlichen Wertabschätzungen unterwirft.

Dr. Michael Wunder
Himmelstr. 25
22299 Hamburg

I. Bioethik contra Menschenwürde

I.1. Bioethik und Menschenwürde

Die Bioethik lehnt letzte Werte ab, so auch die Unantastbarkeit menschlichen Lebens. Menschliches Leben ist für sie prinzipiell ohne Sinn und ohne Wert, kann aber durch Handlungen Sinn und Wert erwerben. Voraussetzung für diese sinnstiftenden Handlungen sind im Denken der Bioethiker Eigenschaften wie Selbstbewußtsein, Selbstkontrolle, Gedächtnis, Kommunikationsfähigkeit sowie Sinn für Zukunft und Zeit. Menschliches Leben wird für die Bioethiker erst durch diese Qualitätsmerkmale zu personalem Leben. Ohne sie sei menschliches Leben unpersonal, ohne Würde, ohne Wert und ohne Recht.

Die Bioethik bestreitet damit die Universalität der Menschenrechte, die jedem Menschen - unabhängig von seiner Hautfarbe, seinem Geschlecht, seiner Leistung oder seiner Gesundheit - die Unverletzlichkeit seiner Person und die Unantastbarkeit seiner Würde garantieren. Die Menschenrechtsgarantie bedeutet, daß der Einzelne seine Grundrechte weder erwerben muß noch anderen verdankt.

Die Bioethik will dieses Prinzip außer Kraft setzen: Der Einzelne soll seine Grundrechte auf Schutz und Würde erst durch seine Eigenschaften und Leistungen erwerben. Er soll die Grundrechte anderen verdanken, die darüber entscheiden, ob seine Eigenschaften und Leistungen ausreichen.

Auf der Grundlage dieser bioethischen Grundaussage werden Menschen mit Behinderungen oder Alterserkrankungen abgewertet und zu Forschungsobjekten und Materiallagern für Transplantate de-

gradiert, werden Sterbende als Kostenfaktor betrachtet und Embryonen zu Sachen erklärt.

I.2. Bioethik und Forschungsfreiheit

Noch an einem zweiten wesentlichen Punkt verläßt die Bioethik das Fundament der Menschenrechtstradition. Sie relativiert alle Werte, indem sie sie in „moralischen Kosten-Nutzen-Analysen“ (moral cost-benefit-analyses) gegeneinander abwägt. Die Bioethik stellt menschenrechtliche Schutzgarantien des Einzelnen anderen Rechten wie der Forschungsfreiheit gleichrangig gegenüber. Durch diese Relativierung werden Grundrechte ihres unverbrüchlichen und unverwundbaren Charakters beraubt.

Dabei nimmt die Bioethik für sich in Anspruch, Diskursethik zu sein. Eine Diskursethik beruht aber auf den Prinzipien der Freiwilligkeit der Teilnahme am Diskurs, der Gleichberechtigung aller Diskursteilnehmer und der Achtung der Freiheit des anderen, d. h. seiner Grundrechte, die unantastbar sind und den Diskurs erst ermöglichen. Gerade diese Prinzipien mißachtet die Bioethik aber und ersetzt sie durch eine interessenbestimmte und daher gefährliche Entscheidungsethik, die mit der Diskursethik nicht vereinbar ist.

„Damit der Fortschritt der Wissenschaft und der Technik nicht willkürlich behindert oder zum Stillstand gebracht und dem Menschen kein Schaden zugefügt werde“, heißt es in einem Begründungspapier für die Bioethik-Konvention des Europarates, müßten zwei Rechte miteinander in Einklang gebracht werden, „das Recht des Individuums auf Würde und das Recht, am wissenschaftlichen und technischen Fortschritt als Teil des kulturellen Erbes der Menschheit teilzunehmen“ (ADOC7156, Pkt. 10). Damit wird die Menschenwürde zum Gegenstand gesellschaftlicher Abwägungen über den Wert des Fortschrittes.

Das Bioethik-Komitee der UNESCO bezieht sich gar auf einen „Imperativ der Forschungsfreiheit“, den es als gleichberechtigt sieht neben dem „ethischen Imperativ“, den die UNESCO aufgrund ihrer universalen Rolle vertritt. Durch diese Gleichsetzung mit einem ethischen Wert niedrigeren Ranges wird die Menschenrechtsgarantie für den Einzelnen zur Disposition gestellt.

Mit bioethischen Positionen können die Menschenrechte nicht gesichert werden. Im Gegenteil: Statt die Forschung auf der Grundlage der Menschenrechte zu kontrollieren, rücken die Bioethiker die Menschenrechte in die Nähe des Dogmatismus. Ganz offen sagt die Leiterin des Bioethik-Komitees der UNESCO, Noelle Lenoir: „Bei

Betreutes, aber weitgehend selbstbestimmtes Wohnen in einer der Wohnanlagen der Hoffnungstaler Anstalten (Lobetal, Brandenburg)
In Lobetal und seinen Zweigeinrichtungen werden 1200 alte, geistig behinderte, anfallsranke und suchtkranke Menschen betreut.



einer solchen Deklaration oder Konvention sollte jeder Dogmatismus fehlen. Man muß ein pragmatisches Dokument vorbereiten, das offen ist gegenüber Veränderungen, die der Fortschritt der Wissenschaft mit sich bringt" (SHS-93-CONF 015/3).

I. 3. Bioethik und eine neue Kollektivverpflichtung

Die menschenrechtliche Grundposition, daß der Mensch Mitglied der menschlichen Gesellschaft ist, erfährt in der Bioethik eine kleine, aber bedeutsame Umformulierung. Die Bioethik betont, daß der Mensch nicht nur der einzelne personale Mensch sei, sondern immer auch der Vertreter der „Spezies Mensch“. Der biologische Teilaspekt des Menschen wird hier verabsolutiert und rückt an die Stelle des soziaethischen Grundsatzes, daß der Mensch immer ein soziales Wesen ist.

In der Präambel des Konventionsentwurfes des Europarates wird diese Formulierung wörtlich übernommen. Die Mitgliedsstaaten des Europarates wollen die Konventionsvereinbarung in der Überzeugung „von der Notwendigkeit der Achtung des Menschen sowohl als Individuum als auch als Mitglied der menschlichen Spezies“ treffen.

Was als sprachliche Variante des common sense erscheint, hat weitreichende Folgen: Fremdnützige Forschung - Forschung, die nicht dem Menschen nützt, an dem geforscht wird, sondern Dritten - wird zur „Forschung zum Nutzen für die menschliche Spezies“ und als solche zu einem „Menschenrecht der Menschheit“ stilisiert.

Die Medizin soll aus ihrer individuaethischen Bindung herausgetrennt werden, um die Entwicklung der Biowissenschaften zu beschleunigen. Fremdnützige Forschung, die nicht mehr auf dem Prinzip der Freiwilligkeit beruht, ist auf Ersatzlegitimationen angewiesen, die auf kollektive Interessen verweisen: auf den Nutzen für die zukünftigen Patienten, welche die gleiche Krankheit haben, auf den Nutzen zukünftiger Generationen, den Nutzen der gesamten Menschheit.

„Trost und Sinn für den Kranken könne auch darin gefunden werden, daß er Forschungszwecken dienen und damit dazu beitragen könne, anderen vergleichbar betroffenen Menschen zu helfen“, heißt es in einer Darstellung der verfassungsrechtlichen Debatte um den Konventionsentwurf des Europarates (Ministerialdirigent G. Belchus, Bericht zum Stand der Diskussion im Europarat, auf der Fachtagung „Dürfen wir, was wir können?“, Diakonisches Werk Baden-Württemberg, Stuttgart 21.3.1995).

II. Bioethik - Der Griff nach dem Menschen

II.1. Der Zugriff auf nicht einwilligungsfähige Personen

Im Entwurf der „Menschenrechtskonvention zur Biomedizin“ des Europarates wird auf der Basis des bioethischen Person-Begriffes biomedizinische Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen (persons not able to consent) legitimiert, auch wenn der Mensch, an dem geforscht wird, nicht zustimmt und wenn ihm die Forschung therapeutisch nicht nützt.

Für die große Gruppe der nicht einwilligungsfähigen Menschen mit geistigen Behinderungen, psychischen Krankheiten, Altersgebrechlichkeiten, Hirnerkrankungen oder vorübergehendem oder längerem Wachkoma soll die menschenrechtliche Garantie der Unverletzlichkeit der Person aufgehoben und durch ein Sonderrecht ersetzt werden. Ein Eingriff soll dann erlaubt werden, wenn das Risiko und die Belastung minimal seien und keine einwilligungsfähigen Personen gefunden werden können, die einem solchen Eingriff zustimmen. Massive Proteste hatten dazu geführt, daß die Parlamentarische Versammlung des Europarates die Bioethik-Konvention in der vorliegenden Form zurückgewiesen hatte und grundlegende Veränderungen eingefordert hatte. In der nun den Entscheidungsgremien vorgelegten Fassung der Konvention vom Juni 1996 ist der alte Plan aber erneut festgeschrieben. Ebenso wird die Entnahme regenerierbaren Gewebes für nahe Anverwandte bei nicht einwilligungsfähigen Personen ohne persönliche Zustimmung vorgesehen.

Der Forschungszugriff auf nicht einwilligungsfähige Menschen wird derzeit von vielen Wissenschaftlern gefordert. Die angesehenen deutschen Psychiater Helmchen und Lauter fordern in ihrem 1995 erschienen Buch „Dürfen Ärzte mit Demenzkranken forschen?“, daß die Forschung an geschlossen untergebrachten Dementen ohne persönliche Einwilligung erlaubt wird. Sie begründen dies mit der von ihnen geforderten Solidarität und sozialen Verantwortung heutiger Demenzkranker gegenüber den Demenzkranken zukünftiger Generationen.

II.2. Der Zugriff auf menschliche Embryonen

Die Freigabe der Embryonenforschung ist für die Biowissenschaften ein entscheidender Schritt. Von ihr hängt die Optimierung der künstlichen Befruchtung ab. Aber auch für die Gendiagnostik und die Gentherapie ist es entscheidend, am Embryo experimentieren zu können. In der Bundesrepublik

besteht bisher ein Verbot der Forschung an lebensfähigen menschlichen Embryonen. Dieses Verbot gilt allerdings nicht für tote oder entwicklungsunfähige Embryonen.

Im Gegensatz dazu legalisiert die im Juni 1996 vorgelegte endgültige Fassung der Konvention des Europarates die Embryonenforschung. Sie bindet die Erlaubnis der Embryonenforschung lediglich an einen „ausreichenden Schutz des Embryo“, ohne jedoch auszuführen, wie dieser aussehen soll. Der europaweiten Freigabe ist damit die Tür geöffnet. Sogar die Begrenzung auf die Zeit bis zum 14. Tag der Entwicklung steht damit zur Disposition. Lediglich die Herstellung menschlicher Embryonen für Forschungszwecke wird verboten. Aktuelle Probleme wie der Handel mit Embryonen oder der Verbrauch von menschlichen Embryonen für Heilversuche, z. B. bei der Parkinson'schen Erkrankung, sollen in Protokollen geregelt werden, die der Öffentlichkeit bisher nicht vorliegen, aber gleichwohl Bestandteil der Konvention werden sollen.

II.3. Der Zugriff auf das menschliche Genom

In der „Deklaration zum Schutz des menschlichen Genoms“, welche die UNESCO als Entwurf Mitte 1995 vorlegte, wird das menschliche Genom zum „Erbe der Menschheit“ erklärt. Die Wortwahl legt nahe, daß dieses Erbe bewahrt werden soll, ähnlich einem Weltkulturgut. Sie legt aber auch nahe, daß es ein Interesse der Allgemeinheit an der Ausbeutung dieses „Erbes“ gibt. Der UNESCO-Text schließt auffälligerweise Eingriffe in das Genom und Genmanipulationen, auch Keimbahnmanipulationen ebensowenig aus wie voraussagende (prädiktive) Gentests und die Patentierung von Genschnipseln. Aussagen zum Datenschutz fehlen.

Angesichts weltweiter Gen-Kartierungsprojekte, erster Gen-Patentierungen und praktisch durchgeführter Gen-Manipulationen an Tieren fällt ins Auge, wie wenig konkret dieser Text bleibt. Die ökonomische Nutzung des menschlichen Genoms wird durch diese Deregulierung gefördert, insbesondere, weil der UNESCO-Text gleichzeitig die eindeutige Verpflichtung der nationalen Staaten zur Förderung der Forschung enthält. So werden die Interessen der biotechnischen Industrie durchgesetzt, welche die Gene gern als „Währung der Zukunft“ bezeichnet.

Im Konventionsentwurf des Europarates werden Eingriffe in das menschliche Genom zu präventiven, therapeutischen oder diagnostischen Zwecken bereits legitimiert. Gentests werden weitestgehend für gesundheitliche und wissenschaftliche Zwecke erlaubt. Fragen der Einwilligung und des

Datenschutzes bei der Weitergabe der Testdaten bleiben unerwähnt. Lediglich Eingriffe in das menschliche Genom mit dem Ziel der „Veränderung des Genoms der Nachkommenschaft“ werden noch abgelehnt.

Die Grenzen zwischen Eingriffen in das Genom mit unbeabsichtigten und mit beabsichtigten Keimbahnfolgen sind jedoch dünn. Angesichts der absehbaren Entwicklung weltweit freigegebener Keimbahneingriffe und angesichts der Diskussionen innerhalb der Biowissenschaften und des für die Konvention zuständigen Lenkungsausschusses des Europarates wird auch diese letzte Hürde schnell fallen.

Eine internationale Deklaration zum Schutz des menschlichen Genoms muß deshalb unmißverständlich feststellen, daß jeder Mensch Träger seines individuellen Genoms ist, das als Teil seiner Persönlichkeit unveräußerlich ist. Beforschung und Heileingriffe müssen der jeweiligen freiwilligen Zustimmung unterliegen. Manipulationen der Keimbahn müssen ausdrücklich ausgeschlossen werden.

III. Unsere Forderungen

III.1. Menschenrechtsgarantien statt bioethischer Abwägungen

Angesichts der Gefahren der neuen Biowissenschaften und ihrer leichtfertigen bioethischen Legitimation fordern wir die Einhaltung der Menschenrechte bei der Beurteilung biomedizinischer Möglichkeiten und bei der Bestimmung des ethischen vertretbaren Rahmens für die biomedizinische Entwicklung.

Die Erklärung der Menschenrechte von 1948, ebenso wie das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland und andere Länderverfassungen, die sich auf die Menschenrechts-Charta beziehen, definieren ausdrücklich nicht, was ein Mensch ist, um keinen Menschen auszuschließen oder zu diskriminieren.

Der Konventionsentwurf des Europarates umgeht die Definition des Menschen aus einem anderen Grund. Man konnte sich in dem Lenkungsausschuß nicht einigen, was ein Mensch ist und für wen die Menschenrechte Geltung haben sollen. Die Begriffe „menschliches Leben“, „Mensch“ oder „jedermann“ werden bewußt offengelassen, um die Akzeptanz der Konvention zu erleichtern, da - so der Berichterstatter Palacios (ADoc 7156) - „wir uns sonst angesichts der philosophischen, wissenschaft-

lichen, ethischen und religiösen Implikationen in uferlose Debatten verstricken würden.“

Der menschenrechtswidrigen bioethischen Person-Doktrin setzen wir ein Verständnis des Menschen entgegen, das alle Menschen einbezieht, menschliches Leben von Anfang an und in allen seinen Formen umfaßt und ihm Recht und Würde garantiert.

Mit einer solchen Position werden auch alle ethischen Fragen des Schwangerschaftsabbruchs angesprochen. So wie wir es für ein notwendiges Recht halten, eine Schwangerschaft aus medizinischen oder sozialen Gründen bis zum dritten Monat abbrechen zu können, so halten wir jede diesbezügliche Einzelentscheidung nicht nur für schwierig, sondern auch stets für ethisch strittig. Letztlich stehen die beiden Werte, das Recht der Frau auf Selbstbestimmung und das des Kindes auf Leben, in einem Grundkonflikt miteinander, der weder durch bioethische Abwägungen noch durch maximalistische oder pragmatische Positionen zu lösen ist.

Wird menschliches Leben als prinzipiell menschenrechtsgeschützt und die Menschenwürde als konstitutiv für das Menschsein verstanden, so sind damit alle Wert-Unwert-Entscheidungen über menschliches Leben durch Dritte ausgeschlossen. Darunter fallen Schwangerschaftsabbrüche aus eugenischer Indikation, die sich durchaus hinter einer sozialen oder medizinischen Indikation verbergen können, und eugenisch begründete Nicht-Implantationen von Embryonen bei der künstlichen Befruchtung. Ebenso muß auf dieser Basis jede verbrauchende Forschung an menschlichen Embryonen oder die Benutzung von Embryonen zur Herstellung von Medikamenten zurückgewiesen werden.

Persönliche Entscheidungen zur Nicht-Zeugung von Kindern aufgrund humangenetischer Beratung sind im Gegensatz zu erzwungenen Entscheidungen zur Nicht-Zeugung aus rein gesellschaftlichen Gründen unserer Meinung nach mit dem menschenrechtlichen Verständnis des Menschen zu vereinbaren und tolerierbar. Die Grenzen zwischen tatsächlicher und erzwungener Freiwilligkeit können allerdings gerade an diesem Punkt verwischen, wenn die Gesellschaft gegenüber Behinderten feindlich ist und nicht eindeutig den Wertestandpunkt bezieht, daß behinderte wie nicht behinderte Kinder willkommen sind.

III.2. Der Nürnberger Kodex - Ausgangspunkt für die Zukunft

Grundlage für die Rechte des Menschen in der Medizin kann nach unserer Einschätzung nur der

Nürnberger Kodex sein: Angesichts der nationalsozialistischen Medizin-Verbrechen wurde er im Jahre 1947 als allgemeine und international anerkannte ethische Grundlage der Medizin formuliert, auch um dem internationalen Gerichtshof von Nürnberg eine Grundlage für die juristische Beurteilung der medizinischen Experimente und der eugenischen Verbrechen zu geben.

Nach dem Nürnberger Kodex steht der Mensch mit seinen individuellen, menschenrechtlich garantierten Grundrechten im Mittelpunkt der Medizin, nicht die medizinische Forschung, nicht der wissenschaftliche Fortschritt und nicht der Nutzen der Gesellschaft. Der Nürnberger Kodex muß das Fundament für die Zukunft der Medizin und die Anwendung der Biowissenschaften auf den Menschen bleiben.

III.3. Besonderer Schutz für nicht einwilligungsfähige Personen

Basis der humanen Medizin ist die freiwillige Einwilligung nach umfassender Information (informed consent), die jeder Behandlung, jedem Heilversuch und jeder medizinischen Forschung zum Wohle Dritter zugrunde liegen muß. Nach dem Nürnberger Kodex kann auf diese Einwilligung nicht verzichtet werden. Sie kann nicht ersetzt und nur bei Notfallmaßnahmen umgangen werden. Sie setzt die vollständige Information durch den Arzt oder Untersuchenden sowie die volle Urteilsfähigkeit des Patienten voraus. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

Die Versuche, die Rechtsnormen des Nürnberger Kodex zu revidieren und den Forschungsinteressen anzupassen, waren vielfältig. Die „Deklaration von Helsinki“ von 1964 hingegen nimmt eine Präzision vor, der wir uns anschließen: Medizinische Untersuchungen, die einen Nutzen für den Betroffenen haben, sind Heilversuche und können bei nicht einwilligungsfähigen Personen ersatzweise durch die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters legitimiert werden.

Damit sind alle fremdnützigen Forschungen, die ohne freiwillige Zustimmung erfolgen, ausgeschlossen. Nicht einwilligungsfähige Personen sind dadurch vor solchen Forschungen und der Unterwerfung unter Menschenversuche eindeutig geschützt. Sämtliche sekundären Rechtfertigungsargumente wie geringes Risiko, hoher Nutzen für die gleiche Patientengruppe oder für die Menschheit schlechthin oder der Verweis auf Trost und Sinngebung, für nachkommende Patienten etwas beizutragen, sind zurückzuweisen.

Andere Revisionen des Nürnberger Kodex in den Deklarationen von Helsinki und danach, die den Forschungsinteressen Vorrang vor den Patientenrechten einräumen und die Verpflichtung zur persönlichen Einwilligung aushöhlen, lehnen wir ab.

Vielmehr plädieren wir dafür, den folgenden erläuternden Grundsatz, der von Jay Katz im Sinne des Nürnberger Kodex angesichts der späteren Revisionen formuliert wurde, heute wieder in den Mittelpunkt zu stellen und in alle Erklärungen zur Biomedizin aufzunehmen:

„Bei Forschungen an Menschen dürfen die Interessen der Wissenschaft und der Gesellschaft niemals über Erwägungen des Wohlbefindens des Einzelnen stehen, so wie er sie nach vollständiger Information durch den Arzt trifft und aufgrund derer beide zusammen eine bewußte und aufgeklärte Entscheidung fällen.“ (Jay Katz, *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code*, 1992, S. 232)

Damit ist den bioethischen Abwägungen zwischen individuellen Menschenrechten und dem vermeintlichen Menschenrecht auf Forschung eine eindeutige Absage erteilt. Ebenso sind sämtliche möglichen Kollektiv-Verpflichtungen, durch die der Einzelne seinen Körper als Versuchsobjekt für nachfolgende Generationen zur Verfügung zu stellen hätte, zurückgewiesen. Solidarität kann nur durch freiwillige Zustimmung des Einzelnen erreicht werden, nicht durch Zwangsverpflichtung oder gesetzliche Erzwingungen.

IV. Die Geschichte darf sich nicht wiederholen

Bioethischen Verweisen auf „übergeordnete Interessen“, das „Wohl der kommenden Generationen“ oder gar ökonomischen Überlegungen bezüglich einer „Gesundung der Menschheit“ stehen wir skeptisch gegenüber. Wir sehen in ihnen die Gefahr der Wiederholung der Geschichte.

Gigantomane Gesundheitsvorstellungen haben in der Nazi-Ära dazu geführt, daß nicht nur die Rechte, sondern auch das Leben des Einzelnen mißachtet wurden, um den „Volkskörper“ zu heilen. Wäre im professionellen Denken und Handeln der Ärzte im Nationalsozialismus die unumstößliche Notwendigkeit der menschenrechtlichen Schutzgarantien des Einzelnen fest verankert gewesen, hätten sie niemals den Illusionen und den verbrecherischen Folgen der „Magna Therapia“, der Heilung des „Volkskörpers“ auf Kosten des Einzelnen, folgen können.

Eine Besinnung auf den Nürnberger Kodex und die geschichtliche Erfahrung, die zu ihm geführt hat bedeutet eine Umkehr der weltweit zu beobachtenden Entwicklung, biomedizinische Möglichkeiten im Nachhinein über die Bioethik zu legitimieren.

Wir räumen ein, daß eine solche Umorientierung zu einer Verlangsamung der Forschung führen kann, auch dazu, daß Forschungserkenntnisse erst dann erzielt werden, wenn sie den heute lebenden Patienten nicht mehr zugute kommen können.

Angesichts der immensen Gefahren eines bioethisch legitimierten, menschenrechtsverletzenden und ungezügelter Fortschritts der Biowissenschaften, angesichts der erneut heraufziehenden Gefahren einer „Magna Therapia“, der die Rechte des Einzelnen geopfert werden, plädieren wir im Sinne eines Prinzips der Langsamkeit dennoch dafür, die Entwicklung der Biowissenschaften auf der strikten Grundlage der Menschenrechte zu kontrollieren.

Medizinischen Fortschritt, der sich auf menschenrechtsverletzende Experimente stützt, lehnen wir nach den historischen Erfahrungen der Menschenversuche im Nationalsozialismus und ihre Verwertung nach 1945 ab.

Medizinischer Fortschritt hat in der Vergangenheit nicht per se dazu geführt, daß sich die Lebensqualität und die Lebenserwartung der Menschen erhöht haben. Die medizinische Versorgung der Mehrheit der Weltbevölkerung entspricht keineswegs dem erreichten Stand medizinischen Wissens. Der Fortschritt der Biowissenschaften und der Medizin muß sich deshalb immer auch an der Gerechtigkeit der Verteilung medizinischer Ressourcen messen lassen.

Ein humaner Fortschritt der Biowissenschaften und der Medizin ist nur auf der Grundlage der Prinzipien der Freiwilligkeit, der Zugänglichkeit für alle Menschen und der Unantastbarkeit der Würde und des Lebensrechtes aller Menschen möglich.

„Einmalige Erinnerungsarbeit“

Bericht vom Nürnberger Kongreß „Medizin und Gewissen“

von Michael Emmrich

Noch kurz vor der Eröffnung des Kongresses „Medizin und Gewissen“ hatte der in Toronto lehrende Sozialhistoriker Michael Kater die Richtung vorgegeben: „Die Tradition des Schweigens“ müsse endlich gebrochen werden, denn das Verdrängen und Bemänteln von Verbrechen, die deutsche Ärzte in der NS-Zeit begangen haben, reiche bis in die Gegenwart. Genau 50 Jahre nach dem Beginn der Nürnberger Ärzteprozesse am 25. Oktober 1946 setzte der von der deutschen Sektion der *Internationalen Ärzte gegen den Atomkrieg* (IPPNW) in Nürnberg organisierte dreitägige Kongreß dieser Geisteshaltung eine bisher in Deutschland einmalige Erinnerungsarbeit entgegen.

So konnte der Psychoanalytiker Horst Eberhard Richter von einem „ungewöhnlichen Kongreß“ sprechen. Denn die mehr als 1500 Teilnehmer aus aller Welt übertrafen die Erwartungen der Organisatoren bei weitem. Einige hundert Interessenten mußten aus Platzgründen sogar abgewiesen werden.

Die Nürnberger Ärzteprozesse, die vor einem US-Militärgericht verhandelt worden waren, waren zwar nicht die einzigen Prozesse gegen Mediziner, aber sie waren die wichtigsten. Denn als nach 139 Verhandlungstagen im August 1947 Todesurteile und lange Haftstrafen gegen 16 der 23 Angeklagten gefällt und sieben Freisprüche verkündet worden waren, gab das Gericht als Teil seines Spruches zugleich zehn Prinzipien für den Umgang von Ärzten mit Patienten bekannt. Als wichtigsten Punkt aus der Erfahrung der Versuche in Konzentrationslagern an Häftlingen schrieb es fest, daß Experimente mit Menschen niemals ohne deren Einwilligung geschehen dürften. Diese strengen Regeln wurden als „Nürnberger Codex“ weltweit bekannt.

Ein wesentlicher Teil des Kongresses bestand in dem bisher viel zu oft verstellten Blick zurück. Denn 50 Jahre Verschweigen und Verdrängen haben auch zu einer beträchtlichen Forschungslücke geführt. Zwar gibt es mittlerweile eine erkleckliche Zahl von wissenschaftlichen Arbeiten, neuen Erkenntnissen und exzellenten Analysen, andererseits sind aber auch viele Fragen noch nicht annähernd geklärt, gilt es, noch zahlreiche Leerstellen auszufüllen.

Warum dies so ist, konnte Alice Ricciardi von Platen aus erster Hand berichten. Die 86jährige ist das letzte noch lebende Mitglied jener deutschen Ärztekommision, die die Nürnberger Ärzteprozesse für die westdeutschen Ärztekammern beobachten sollte. Vorsitzender der Kommission war der Heidelberger Privatdozent Alexander Mitscherlich, von Platen in Heidelberg damals seine Assistentin. Von der anfangs sechsköpfigen Gruppe waren nach kurzer Zeit nur noch Mitscherlich, von Platen und der Student Fred Mielke übriggeblieben. „Wir starteten mit großer Begeisterung“, berichtete Alice von Platen, doch schon bald saß die Kommission zwischen allen Stühlen: die US-Amerikaner beugten sie als Deutsche ohnehin mißtrauisch, und für maßgebliche Vertreter der deutschen Ärzteschaft stand von vornherein fest, daß der Berufsstand als ganzer frei von Schuld sei.

Die Dokumentationsarbeit der Gruppe um Mitscherlich stieß deshalb zunehmend auf Mißtrauen. Auch die Nürnberger Bevölkerung ging auf Distanz. Denn die Beobachter kamen aus dem idyllischen unzerstörten Heidelberg und hatten in der Regel gut zu essen. Nürnberg war dagegen stark zerstört, viele Menschen litten Hunger, und die Entnazifizierung heizte die Stimmung zusätzlich negativ auf. Alice von Platen hat dies alles als „sehr bedrückend“ empfunden. Zudem interessierte sich kaum jemand mehr für ihre Arbeit. Die Ärztekammern ließen die von den Beobachtern publizierten Dokumentationsbücher verschwinden, Mitscherlich wurde ständig verleumdet, und die Presse schwieg ihre Arbeit tot.

„Wir waren wie auf einer Insel isoliert“, resümierte von Platen. Sichtlich gerührt war die alte Dame deshalb wegen des großen Andrangs bei ihrem Auftritt in Nürnberg ein halbes Jahrhundert danach. „Sehr befriedigend“ nannte sie die ihr zuteil gewordene Aufmerksamkeit und freute sich, „nach all den Jahren der Gleichgültigkeit und Ablehnung dies noch persönlich erleben zu dürfen“.

Die Geschichte der Medizin in der Nazi-Diktatur zu erhellen, war eine tragende Säule des Kongresses. Nicht minder wichtig war jedoch der Blick nach vorne, die Auseinandersetzung mit den Problemen der aktuellen Me-

dizin und dem sich immer deutlicher abzeichnenden Paradigmenwechsel hin zur molekularen, der Gen-Medizin. Genetische Test, Hirntod und Organtransplantation, Sterbehilfe und Hospizbewegung, Gentherapie und ganzheitliches Menschenbild waren einige Konflikt- und Themenfelder.

Da war es nur logisch, daß die umstrittene Bioethik-Konvention des Europarates ständiges Diskussionsthema war. (Vgl. Artikel und Interview in diesem Heft auf S. 30-32.)

Menschliches Leben, warnte deshalb der Psychologe Michael Wunder, werde zunehmend unter Kosten-Nutzen-Aspekten betrachtet. Leben habe Sinn nicht mehr durch sich selbst, sondern erst, wenn es bestimmte Leistungen zu erbringen in der Lage sei. Die Selektion behinderter Kinder, den Verwertungszugriff auf Hirntote für die Organtransplantation, die Diskussion über das Verhungernlassen von Wachkoma-Patienten und die von Wissenschaftlern massiv geforderte Forschung an Menschen ohne deren Einwilligung nannte er als Belege. Der Nürnberger Codex, erinnerte Wunder, „ist historisch mit sehr viel Leid belegt“. Werde er aufgeweicht und die Forschung an nichteinwilligungsfähigen Menschen erlaubt, drohe „eine historische Wiederholung“, nur in unterschiedlichem Gewand.

Auf Anregung des Gütersloher Psychiaters Klaus Dörner stimmte der Kongreß am Schlußtag per Akklamation einer Resolution an die Bundesärztekammer zu. Diese wird darin aufgefordert, ihre Richtlinien zur Sterbebegleitung beizubehalten und sich nicht an der Schweiz als Vorbild zu orientieren, wie dies von einigen deutschen Medizinern gefordert wird. Die Schweizer Sterberichtlinien erlauben zum Beispiel den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen auch schon dann, wenn der Sterbevorgang noch nicht begonnen hat.

Würde die deutsche Richtlinie nach schweizer Art verändert, wäre es „auch in Deutschland erstmals nach 1945 wieder möglich, die Sterbehilfe auf Menschen auszuweiten, die nicht Sterbende sind“, mahnte Dörner. Diese Erlaubnis ließe sich dann auch fließend auf terminale Alzheimer Patienten, auf unheilbar psychisch Kranke und geistig Behinderte anwenden. Eine solche Änderung

der Sterberichtlinie bedeutet laut Dörner einen „Dammbruch und eine Annäherung an die Nazi-, Euthanasie“.

Die IPPNW hatten in Nürnberg einen bitter nötigen, politisch einmaligen und inhaltlich ausgezeichneten Kongreß organisiert. Allerdings haben sie sich auch selbst ein Bein gestellt. Denn aus den im Vorfeld angekündigten „Zehn Nürnberger Thesen“, die den „Nürnberger Codex“ fortschreiben sollten, wurde nichts. Schließlich kam als Kompromiß eine „Nürnberger Erklärung“ heraus, die jetzt nur noch als vorläufig gilt und in den nächsten Monaten breit diskutiert werden soll.

Das Papier war mehrfach umgearbeitet worden, zuletzt in einer Nachtsitzung am Tag vor seiner Verlesung. Vielen Teilnehmern war es jedoch zu lasch und unverbindlich formuliert, Themen wie Embryonenforschung und die Manipulation menschlicher Geschlechtszellen (Keimbahntherapie) sind sogar ganz ausgeklammert. Und die eindeutige Absage an eine fremdnützige Forschung mit Patienten wurde erst in der Nachtsitzung hineingeschrieben. Die Veranstalter mußten sich deshalb zu Recht Vorwürfe gefallen lassen, die Erklärung nicht ausreichend zur Diskussion gestellt und in Teilen nur unverbindlich formuliert zu haben.

Andererseits trifft das Papier aber auch einige klare Aussagen: Danach verpflichten sich Ärzte zum „Engagement für gesellschaftliche Verhältnisse“, wenden sich gegen den Mißbrauch genetischer Diagnostik, bestehen auf der ausdrücklichen Zustimmung der Betroffenen bei der Entnahme von Organen und erklären die „Solidarität mit den Kranken und den Schwachen“ zum Gradmesser für das „Humanitätsniveau“ einer jeden Gesellschaft.

Michael Emrich,
geb. 1959, Redakteur bei
der Frankfurter Rundschau

► Der Kongreß auf Kassette

Alle Vorträge und Podiumsdiskussionen des Kongresses „Medizin und Gewissen“ gibt es auf Audio-Kassetten (18 DM je Ex.) bei der IPPNW-Geschäftsstelle in Berlin. Dort kann auch ein Verzeichnis aller 83 Kassetten angefordert werden.

► Der Kongreßband

Der Kongreßband mit einer Auswahl der Vorträge erscheint 1997 (Subskriptionspreis 78 DM). (Vor)Bestellungen für Kassetten und Buch bitte an die

IPPNW-Geschäftsstelle, Körtestr. 10,
10967 Berlin, ☎ 030-693 02 44,
Fax.: 030-693 81 66

► Einen **Sonderkatalog** aller lieferbaren Bücher zum Thema **Medizin und Nationalsozialismus** gibt es gegen Einzahlung von 3 DM in Briefmarken beim Mabuse-Verlag.

Der Nürnberger Kongreß hat eindrucksvoll das große Bedürfnis widergespiegelt, „die Tradition des Schweigens“ innerhalb der Ärzteschaft zu brechen. Die Generation, die dieses Schweigen gefördert habe, trete nun ab, so Horst-Eberhard Richter, die jüngere Generation öffne sich der Gesellschaft.

Als Auftakt zur weiteren Diskussion der Grundlagen ärztlichen Handelns wurde auf der Abschlußveranstaltung die „Nürnberger Erklärung“ vorgestellt. Sie hat bereits innerhalb der IPPNW in den vergangenen Monaten zu Diskussionen geführt und soll jetzt Anlaß sein, einen modernen Kodex zu entwickeln. *Stephan Kolb*

Die IPPNW-Regionalgruppe Nürnberg lädt zu einem ersten Arbeitstreffen ein:

Am 9. Dezember (Jahrestag des Prozeßbeginns 1946) von 11 bis 17 Uhr, Renaissance-Saal, Hotel Deutscher Hof, Frauentorgraben 29, Nürnberg (3 Minuten vom Bahnhof). Nachfragen bitte an Stephan Kolb, c / o IPPNW Büro, Klinikum Nord, Flurstr. 17, 90417 Nürnberg.

Nürnberger Erklärung

1. Als Ärztinnen und Ärzte erkennen wir unsere Mitverantwortung für ein friedliches, soziales, gerechtes und umweltbewußtes Zusammenleben der Menschen und Völker an. Wir klären über die Gefahren auf, die aus der Nichtberücksichtigung dieser elementaren Bedingungen für das gesundheitliche Wohl der heute Lebenden und der nachfolgenden Generationen erwachsen. Wir verpflichten uns zum Engagement für gesellschaftliche Verhältnisse, die allen Bürgerinnen und Bürgern den bestmöglichen Schutz von Gesundheit und Leben sowie angemessene Hilfe im Krankheitsfall gewähren.
2. Das gesundheitliche Wohl des Individuums ist für uns Ärztinnen und Ärzte ein unbedingt zu schützendes Gut. Deshalb dienen wir in unserer Praxis vorbehaltlos den gesundheitlichen Interessen des einzelnen Menschen und verteidigen diese gegen alle Ansprüche von anderer Seite. Wie unterstützen den Patienten in seiner eigenverantwortlichen Sorge für sein gesundheitliches Wohlergehen.
3. Beim ärztlichen Handeln ist die Achtung der autonomen Entscheidung des Patienten nach seiner bestmöglichen Aufklärung für uns Gebot. Ist er nicht einwilligungsfähig, gilt für uns die Zustimmung eines informierten gesetzlichen Vertreters oder im Notfall der begründet gemutmaßte Wille des Patienten. Vor fremdnütziger Forschung muß er geschützt sein.
4. Wie setzen uns für die öffentliche Transparenz medizinischer Forschungsprojekte ein, weil in der gesellschaftlichen Akzeptanz ein notwendiges Korrektiv zur Einschätzung der Verantwortbarkeit der Vorhaben liegt. In der Beachtung ihres gesundheitlichen Schutzes dürfen Versuchspersonen hinter Patienten nicht zurückstehen. Es gibt nicht zweierlei Humanitätsbegriffe für forschende und praktische Medizin.
5. Gentests sind an eine in voller Entscheidungsfreiheit erteilte Zustimmung der Betroffenen gebunden, denen eine sachkundige Beratung anzubieten ist. Ergebnisse unterliegen der vollen ärztlichen Schweigepflicht und dem gesetzlichen Datenschutz. Wir werden alles daran setzen, um einen Mißbrauch der genetischen Diagnostik für kommerzielle oder bevölkerungspolitische Zwecke zu verhindern.
6. Wir achten das alleinige Verfügungsrecht des Individuums über seinen Körper auch über seinen Tod hinaus. Die Verpflanzung von Körpergewebe und Organen eines Menschen, der dazu seine Zustimmung nicht ausdrücklich erteilt hat, sehen wir als unzulässig an.
7. Wir erkennen in der persönlichen Zuwendung und der fürsorglichen Begleitung von Todkranken und Sterbenden eine besonders wichtige humane ärztliche Aufgabe.
8. Wir wenden uns gegen den zunehmenden Mißbrauch wirtschaftlicher Macht zu einseitiger Einflußnahme auf die Steuerung medizinische Forschung und Praxis.
9. Wir warnen dringend vor der erkennbaren Gefahr, Kranke und speziell chronisch Leidende im Rahmen gebotener Sparpolitik unververtretbaren sozialen Risiken auszusetzen. Die Solidarität mit den Kranken und den Schwachen ist der Gradmesser für das Humanitätsniveau unserer wie jeder Gesellschaft.
10. Wir Ärztinnen und Ärzte setzen uns für eine dringend zu erhöhende Unterstützung des darniederliegenden Gesundheitswesens in zahlreichen Ländern der Südhemisphäre ein. Die Verurteilung der armen Völker zu z.T. horrenden Sterblichkeitsraten bedeutet eine unerträgliche Diskriminierung, der wir im Bewußtsein unserer ärztlichen Mitverantwortung mit aller Entscheidung entgegenreten.

Bundestagsdebatte zu Methadon

Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

39. Abgeordneter
**Roland
Sauer**
(Stuttgart)
(CDU/CSU)

In welchen Bundesländern laufen derzeit Methadon-Programme, und wie viele Personen nehmen an diesen Programmen teil?

**Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin
Dr. Sabine Bergmann-Pohl
vom 25. Oktober 1996**

Der Bundesregierung liegen keine differenzierten Informationen aus den jeweiligen Bundesländern vor, da diese gegenüber der Bundesregierung hierüber nicht berichtspflichtig sind. Die gemäß NUB-Richtlinien bundesweit bei den Kassenärztlichen Vereinigungen ermittelte Gesamtzahl von 11 491 Methadon-Substituierten (Stichtag 1. April 1995, alte Bundesländer) ist – wie auch die regionale Aufschlüsselung (s. Tabelle 1) – nur ein Teil der Gesamtzahl von Substituierten, da Methadon-Sonder-Programme der Länder, selbstzahlende Patienten sowie Abhängige, deren Behandlungskosten vom Sozialamt übernommen werden, hierbei nicht erfaßt sind.

Tabelle 1
Erhebung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung
Substituierte Patienten gemäß NUB (Stichtag 1. April 1995)

Regionen	NUB-Patienten
Bayern	905
Berlin	1 149
Bremen	862
Hamburg	—
Hessen	1 789
Koblenz	66
Niedersachsen	1 829
Nordbaden	373
Nordrhein	2 242
Nord-Württemberg	273
Pfalz	242
Rhein Hessen	137
Saarland	81
Schleswig-Holstein	177
Südbaden	173
Südwürttemberg	96
Trier	14
Westfalen-Lippe	1 083

Die Tabelle 1 schließt die jeweilige Anzahl Substituierter für Hamburg und Schleswig-Holstein nicht bzw. unvollständig ein, da anstelle der NUB-Richtlinien regionale Sondervereinbarungen gelten. Nach dem Hamburger Konzept werden ca. 1 800, nach dem Konzept von Schleswig-Holstein weitere 221 Patienten mit Methadon bzw. Levomethadon substituiert (Quelle: I. Weber, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Methadonsubstitution in der vertragsärztlichen Versorgung – Ergebnisse einer Stichtagserhebung, Gesundheitswesen 58, 1996, 207 – 212).

Das Institut für Therapieforschung (IFT), München, hat für die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erarbeitete „Expertise zum Einsatz von Methadon bei der Behandlung von Drogenabhängigen in Deutschland“ (Bd. 55, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit) folgende Zahlen Methadon-Substituierter unter Berücksichtigung der Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Abgabemeldungen von Methadon laut Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in Berlin und der durchschnittlichen täglichen Tagesdosis hochgerechnet (Zahl der Substituierten mit Methadon, Werte zu Stichtagen, jeweils zum 30. Juni; s. auch S. 33 und 34 der Expertise):

1992:	5 500
1993:	10 000
1994:	20 800

Nach diesem Verfahren errechnete das Institut für Therapieforschung, München, für 1996 einen durchschnittlichen Stichtagswert von 27 800 Methadon-Substituierten in Deutschland.

40. Abgeordneter
Roland Sauer
(Stuttgart)
(CDU/CSU)
- Wie hoch ist der Anteil der Teilnehmer an Methadon-Programmen, die während der Ersatzdrogenbehandlung weiterhin illegale Drogen konsumieren?

Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin
Dr. Sabine Bergmann-Pohl
vom 25. Oktober 1996

Die ausgewählten Ergebnisse aus deutschen Untersuchungen in der Methadon-Expertise weisen auf so erhebliche Unterschiede im Umfang des Beikonsums von illegalen Drogen hin, daß die wenigen Angaben derzeit weder aussagefähig sind, noch verallgemeinert werden können (siehe z. B. Wissenschaftliches Erprobungsvorhaben medikamentengestützter Rehabilitation bei intravenös Opiatabhängigen in Nordrhein-Westfalen, S. 75 und Wissenschaftliche Begleitung zur Substitution in Hamburg, S. 79).

41. Abgeordneter
Roland Sauer
(Stuttgart)
(CDU/CSU)
- Wie viele Methadon-Substituierte starben, aufgeteilt nach Bundesländern, von 1992 bis heute infolge Beikonsums illegaler Drogen

Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin
Dr. Sabine Bergmann-Pohl
vom 25. Oktober 1996

Das Bundesministerium für Gesundheit hat alle Bundesländer mit Schreiben vom 31. Januar 1996 gebeten, vorliegende Daten über Drogentote, die sich gleichzeitig in einer Methadon-Substitution befanden, mitzuteilen. Die bisher hierzu vorliegenden Informationen von sieben Ländern geben einen nicht vergleichbaren und unzureichenden Überblick, der für verallgemeinernde Schlüsse ungeeignet ist.

42. Abgeordneter
Dr. R. Werner Schuster
(SPD)
- Wie hoch schätzt die Bundesregierung konkret die von den Gesetzlichen Krankenkassen für 1995 und 1996 zu verantwortende Verschwendung ein, welche nach Aussagen des Bundesministers für Gesundheit, Horst Seehofer, in der 128. Sitzung des Deutschen Bundestages am 10. Oktober 1996 pauschal mit „mehreren Milliarden“ beziffert wurde?
43. Abgeordneter
Dr. R. Werner Schuster
(SPD)
- Welches sind die diesbezüglichen wichtigsten Tatbestände, jeweils ausgewiesen in Millionen DM?

**Arbeits-
gemeinschaft
der
Verbraucherverbände e.V.**

Heilsbachstraße 20
53123 Bonn
Tel. (02 28) 64 89 - 0
Telefax
(02 28) 64 42 58
Btx 0228 6489
*20200#

AgV



Pressemitteilung

(Sperrfrist: 13.00 Uhr)

27.11.1996

**AgV: Nahrungsergänzungen sind überflüssig
Werbung mit gesundheitlichem Nutzen ist oft Verbrauchertäuschung**

Eine gesetzliche Definition für sogenannte Nahrungsergänzungsmittel wie Vitamin- und Mineralstofftabletten oder "Health Food" wie Gelatinepräparate, Kieselerde, Sättigungskapseln oder Kräutereextrakte forderte die Geschäftsführerin der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände (AgV), Anne-Lore Köhne, anlässlich der AgV-Tagung "Schöne neue Zukunft - auch für Lebensmittel?" am Mittwoch in Bonn.

Für Vitamine, Mineralstoffe und andere Nahrungsergänzungen gaben die Deutschen 1995 rund 1,4 Milliarden DM in Apotheken, Drogerie- und Verbrauchermärkten aus. Zur Zeit ist bei vielen Produkten unklar, ob es sich dabei rechtlich um Lebens- oder um Arzneimittel handelt. Eine entsprechende Klärung halten die Verbraucherverbände für notwendig, um Verbrauchern Orientierungshilfen zu geben, gesundheitliche Risiken für die Konsumenten zu verhindern und die Werbeaussagen der Hersteller kontrollieren zu können.

"Erfrischung für Körper und Geist", "körperliches und geistiges Wohlbefinden", "Wellness durch probiotische Vielfalt" oder "Energie-Aktivierung" - mit solchen Werbesprüchen verkaufen sich zur Zeit nicht nur Tabletten und Pulver, sondern auch eine Vielzahl von Lebensmittelprodukten. "Energy Drinks", "probiotische" Joghurts, mit Mineralstoffen oder Vitaminen angereicherte Säfte, "Softdrinks", Müslis oder Süßigkeiten - solche "designten" Nahrungsmittel verzeichnen steigende Umsätze. Köhne bezeichnete solche Nahrungsanreicherungen als überflüssig. In manchen Fällen könnten sie sogar gesundheitlich problematisch sein. Die Werbeversprechen entbehrten oft jeder wissenschaftlichen Grundlage und täuschten den Verbrauchern einen gesundheitlichen Effekt nur vor. Mit ihrer Hilfe würden die Produkte oft überteuert verkauft.

Zur Zeit gelingt es vielen Herstellern, so die AgV, neue Produkte in Deutschland in den Verkehr zu bringen, obwohl sie nicht mit dem deutschen Lebensmittelrecht übereinstimmen. Dies ist über eine sogenannte Allgemeinverfügung nach § 47a des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes möglich. Danach können Lebensmittelprodukte, die in einem Mitgliedsland der EU verkauft werden dürfen, auch in allen anderen Ländern angeboten werden.

Werbeaussagen zu angeblich gesundheitsfördernden oder sogar krankheitsheilenden Wirkungen von Lebensmitteln müssen nach Ansicht der Verbraucherverbände EU-weit geregelt werden. Eine seit langem von europäischen Verbraucherverbänden geforderte EU-Richtlinie zu Werbebehauptungen über Lebensmittel müsse endlich in die Tat umgesetzt werden. Außerdem seien eindeutige Höchst-mengenregelungen notwendig, um gesundheitsgefährdende Überdosierungen auszuschließen.

Vor allem Fitneß-Fans und Anhänger der Wellness-Welle bezahlten oft viel Geld für neue Produkte, die nicht gesünder seien als andere Lebensmittel auch. Dazu gehören laut Köhne vor allem Sportler-getränke, die sich in vielen Fällen vor allem durch den höheren Preis von herkömmlichen Limonaden unterscheiden. Ähnliches gelte auch für angereicherte Süßigkeiten wie Gummibärchen mit Taurin-Zusatz. Die als "Power-Gums" angepriesenen Fruchtgummis enthielten zwar Taurin - eine Ami-nosäure, der eine anregende Wirkung zugeschrieben wird. Von der zugesetzten geringen Menge sei eine anregende Wirkung jedoch nicht zu erwarten. Der Preis liege mit 2 DM pro 100 Gramm mehr als doppelt so hoch wie bei herkömmlichen Gummibären von demselben Hersteller.

Gesundheitliche Bedenken haben die Verbraucherverbände dagegen bei "Energy"- und "Performance Drinks". Diese Getränke, die mit ihrer Werbung vor allem auf junge Leute zielen, enthalten neben Wasser, Zucker oder Süßstoff zumeist auch einen abenteuerlichen Mix an Zutaten. Dazu gehören Geschmacksverstärker, Aromastoffe, die angeblich belebende Aminosäure Taurin und andere In-haltsstoffe mit unklaren Effekten und Wechselwirkungen wie ungesättigte Fettsäuren oder exotische Pflanzenextrakte, die mit Phantasiebezeichnungen wie Bodymate belegt werden. Außerdem finden sich in diesen Getränken Farbstoffe, die insbesondere bei Kindern und Jugendlichen Allergien auslösen könnten.

Angereicherte Lebensmittel und Nahrungsergänzungen sind zu einem hohen Grad industriell verar-beitet. Dazu wird nach Angaben der AgV viel Energie und eine Menge chemischer Hilfsstoffe be-nötigt. Eine ausgewogene und vollwertige Ernährung könne mit diesen Methoden jedoch nicht er-setzt werden, zumal die Zusammensetzung vieler Lebensmittel noch nicht einmal in allen Einzelheiten erforscht sei. Das betreffe z. B. die Wirkungsweise von Pflanzenbestandteilen wie Carotinoiden oder Ballaststoffen.

Das vielfältige und überreiche Lebensmittelangebot in Deutschland bedarf nach Meinung von Köhne keiner allgemeinen Ergänzung oder Anreicherung nach dem Gießkannenprinzip. Den in Deutschland verbreiteten ernährungsbedingten Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen könne man durch eine gesunde Ernährungs- und Lebensweise sehr viel besser vorbeugen.

AgV-Pressestelle
Helga Kuhn (0228/6489-141)

Neuer Verein begründet Lobby der Angestellten

Christiane Berg, Hamburg

Das »Forum angestellter ApothekerInnen«, das bisher zwei- bis dreimal im Jahr als lockerer Gesprächskreis tagte, soll am 25. Oktober 1996 auf dem Deutschen Apothekertag in Leipzig als Verein aus der Taufe gehoben werden. Gründerin des Forums ist Magdalene Linz, Hannover, stellvertretende Präsidentin der Apothekerkammer Niedersachsen und Vorsitzende des Bundesverbandes der Angestellten in Apotheken – BVA mit Sitz in Hamburg. Sprecherin ist Monika Fabian, Apothekerin bei der AOK Hannover. Welche Ziele hat sich der Verein gesetzt? Die Pharmazeutische Zeitung fragte nach.

PZ: Frau Linz, Sie haben 1993 das »Forum angestellter ApothekerInnen« initiiert. Was hat Sie zur Gründung des Gesprächskreises bewogen?

Linz: Als wir das Forum ins Leben riefen, sollte es ursprünglich dem Gedanken- und Erfahrungsaustausch von Apothekern und Apothekerinnen in den unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen, zum Beispiel in der Offizin, in der Industrie, bei den Krankenkassen, im Krankenhaus oder in der Verwaltung, dienen. Wir wollten eine Art Kommunikationsbörse sein. Denn an Kommunikation untereinander schien es uns zu mangeln.



Magdalene Linz

Foto: Gisela Stieve

PZ: Es gibt Verbände wie die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Krankenhausapotheker – ADKA, den Zusammenschluß der Apotheker in Wissenschaft, Industrie und Verwaltungen – WIV oder zum Beispiel den Bundesverband der Angestellten in Apotheken – BVA, in denen nichtselbständige Apothekerinnen und Apotheker organisiert sind. Auch haben alle angestellten Apotheker die Möglichkeit, sich in der Kammerarbeit zu engagieren. Dennoch wollen Sie es nicht bei einem Gesprächskreis belassen, sondern dem Forum durch Vereinsgründung eine feste Struktur geben. Warum?

Fabian: Nachdem wir uns als Gesprächskreis gruppiert hatten, mußten wir feststellen, daß jeder von uns – ob er nun als Krankenkassen-, Krankenhaus-, Offizinapotheker oder als Apotheker in Wissenschaft, Industrie oder Verwaltung tätig ist – ein Einzelkämpferdasein führt. Es kristallisierte sich sehr schnell der Wunsch nach einer übergreifenden Organisation heraus, in der alle Angestellten gemeinsam ihre Interessen vertreten, geschlossen erscheinen und mit einer Stimme sprechen können – wie es ja im übrigen auch die Apothekenleiter im Deutschen Apothekerverband tun. Durch die Institutionalisierung des Forums als Verein hoffen wir, mehr Einfluß innerhalb des Berufsstandes und in der Gesundheitspolitik zu gewinnen.

Linz: Das Dilemma ist: Die Apotheker haben keine ausreichende Lobby innerhalb der Politik, die Angestellten haben keine Lobby innerhalb der Apothekerschaft. Wir wollen, daß die angestellten Apotheker stärker repräsentiert sind, um pharmazeutische Kompo-



Monika Fabian

ponenten in den Vordergrund der Diskussion zu rücken. Wirtschaftliche Aspekte dürfen nicht Vorrang haben – so sieht es ja auch die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. Das würde irgendwann das Aus für die Apotheke bedeuten.

Daß es um die Zukunft des Apothekerberufes geht, zeigt ja nicht zuletzt das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zur Liberalisierung der Werbung, das den Apotheker fatalerweise vorrangig als Kaufmann charakterisiert. Meine Meinung ist, daß die deutsche Apothekerschaft bei der Suche nach neuen Wegen auf das große pharmazeutische Potential der angestellten Apotheker nicht verzichten kann, es aber weitestgehend tut. Dieses zeigt die Tatsache, daß es nur wenige Kammerversammlungen gibt, in denen angestellte Apotheker angemessen repräsentiert sind.

PZ: Sie fordern dazu auf, zur Rettung des Berufsstandes nicht die Konfrontation, sondern das Miteinander zu suchen. Alle sollen am gleichen Ende des Stranges ziehen, damit der Apotheker als Heilberufler nicht eines Tages überflüssig wird. Ist es nicht illusorisch zu glauben, daß zum Beispiel Krankenkassen- und Offizinapotheker gemeinsame Ziele haben könnten?

Fabian: Es ist sehr traurig zu sehen, daß der Krankenkassenapotheker von vielen Offizinapothekern als Feind gesehen wird. Man sollte mit dem Krankenkassenapotheker sehr viel mehr kooperieren: Nicht zuletzt ist er das Bindeglied zu den Kassenrepräsentanten, die oftmals über keinerlei Erfahrung verfügen, was die Apothekenpraxis an-

geht und auf die Informationen ihrer Mitarbeiter angewiesen sind. Der Krankenkassenapotheker kann helfen, die öffentliche Apotheke zu positionieren. Auch er ist interessiert, die Institution Apotheke zu sichern.

Die Meinung über die Apotheken innerhalb der Krankenkassen ist übrigens gar nicht so schlecht, wie viele denken. Stichwort: Modellversuche. Auch diese dürfen nicht in Einzelaktivitäten ausarten und damit den Berufsstand auseinanderdividieren. Hier kann der Krankenkassenapotheker vermittelnd tätig werden zwischen Krankenhäusern, Ärzten und Apotheken, von denen sich die Krankenkassen allerdings nicht mehr Flexibilität erhoffen.

PZ: Mit Stirnrunzeln wird von einigen zur Kenntnis genommen, daß im »Forum angestellter ApothekerInnen« auch Mitglieder sogenannter oppositioneller Gruppierungen wie ÖTV und Verband Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten – VDPP vertreten sind. Die Sorge wird geäußert, daß diese die übrigen Mitglieder des Forums majorisieren könnten.

Linz: Wir haben keine Vorurteile in den eigenen Reihen, das heißt, die Angestellten untereinander behandeln sich als absolut gleichberechtigt. Hier kann jeder reden, ohne ausgebuht zu werden, hier kann jeder auch abweichende Meinungen äußern, ohne gleich scheel angesehen zu werden. Die Diskussion ist offen und sehr flexibel, was ich mir manchmal auch an anderer Stelle wünsche. Natürlich haben die Vertreter von ÖTV und VDPP in einigen Bereichen eine eigene Meinung, die aber nicht die Mehrheitsmeinung ist. Wir sind alle Demokraten, auch die Vertreter der ÖTV und der VDPP. Und Mehrheitsentscheidungen sind Mehrheitsentscheidungen.

Fabian: Diese Diskussion lenkt ab von der Tatsache, daß wir interessiert sind an der Mitarbeit von Kollegen und Kolleginnen, die sich engagieren möchten, auch wenn sie bislang nicht Mitglied in einem Verband oder einer Organisation waren. Wir möchten verstärkt nicht nur Mitstreiter aus dem Süden und Westen Deutschlands gewinnen, denn im Moment sind wir ja noch ein wenig nordlastig. Wir sind auch interessiert an Erfahrungen von Apothekern aus dem Gesundheitswesen der ehemaligen DDR. Da gibt es Ansatzpunkte zum Beispiel sozioökonomischer und pharmakoepidemiologischer Art, die wir für durchaus sinnvoll halten. Auch Anregungen zum kollegialen Umgang zwi-

Seit 2. Oktober ist die Pharmazeutische Zeitung für Sie im Netz. Wenn Sie einen Internetzugang haben, können Sie dann die wichtigsten Artikel aus der Pharmazeutischen Zeitung bereits mittwochs lesen. Auf einer Nachrichtenseite bieten wir dar-

<http://www.pharmazeutische-zeitung.de>

über hinaus aktuelle Meldungen aus Politik, Wirtschaft und Wissenschaft. Kreative können uns auch bei der Arbeit helfen, denn auf einer Seite finden Sie PZ-Cartoons ohne Unterzeile.

Wenn Ihnen unsere Unterzeilen bislang nicht gefallen haben, dann schicken Sie uns doch einfach eine bessere Unterzeile.



Außerdem erhalten Sie auf unseren Web-Seiten weitere für Pharmazeuten interessante Internetadressen. Unsere Online-Zeitschrift soll schließlich keine Einbahnstraße, sondern ein Knotenpunkt im Netz werden.

schen Arzt und Apotheker, wie er dort bestand, könnten uns weiterhelfen.

PZ: Sie plädieren für einen angestellten Approbierten pro Apotheke, um notwendige Beratungsleistungen erbringen zu können.

Linz: Ich gebe der Apotheke sehr wohl noch Chancen, sich gegen andere Vertriebsformen durchzusetzen, wenn sie deutlich machen kann, daß sie unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu einer besseren Versorgung des Patienten beitragen kann. Doch sind Modelle, wie sie zum Beispiel zu Pharmaceutical Care gefahren werden, nur mit einer ausreichenden Zahl von approbierten Mitarbeitern in den Apotheken möglich.

Pharmaceutical Care beinhaltet Aufgaben, die nur von Approbierten wahrgenommen werden können und nicht von PTAs. Auch bei der Bildung von Schwerpunkt Apotheken, die es nach meiner Meinung ganz sicher geben wird, brauchen die Apotheken entsprechend qualifiziertes Personal. Das setzt natürlich auch eine entsprechende Fortbildung voraus. Es sind gerade die angestellten Apotheker und Apothekerinnen, die das Bild der Apotheke prägen.

Fabian: Angestellte Apotheker und Apothekerinnen fühlen sich häufig unterfordert, sie möchten stärker pharmazeutisch arbeiten und Pharmaceutical Care verwirklichen, sie möchten die Zeit haben, sich intensiv mit Problempatienten zu befassen. Doch im normalen Apothekenbetrieb und bei den Be-

lastungen, die ja nicht weniger geworden sind, ist dafür häufig gar nicht die Zeit gegeben. Es ist nicht möglich, zum Beispiel gezielt Termine zu vereinbaren: Pharmazeutische Betreuung ist so nur schwer machbar.

PZ: Wie wird es jetzt weitergehen?

Linz: Die Gründungsversammlung findet am 25. Oktober um 20 Uhr im Maritim Hotel Astoria, Willy-Brandt-Platz 1 in Leipzig statt. Der Satzungsentwurf wird diskutiert, ein Vorstand wird gewählt, von dem wir uns wünschen, daß in ihm Apotheker aus allen Tätigkeitsbereichen vertreten sind. Was mich selbst freut, ist, daß unsere Arbeit von der ABDA positiv bewertet wird. Es hat Gespräche mit der Landesführung gegeben. Wir wurden nach Eschborn eingeladen und haben dort sehr konstruktiv miteinander diskutiert. Das Angebot der ABDA, uns aktiver als bisher an der Gestaltung des diesjährigen Apothekertages zu beteiligen, haben wir umgesetzt. Viele unserer Ideen finden sich im Programm des Apothekertages wieder. Ich hoffe, daß sich das in Zukunft noch weiter verstärken wird.

Fabian: Natürlich hoffen wir auf große Resonanz bei der Gründung des Vereins und auf die Unterstützung angestellter Kollegen und Kolleginnen, die uns helfen, unsere Positionen zu artikulieren und umzusetzen. Und vielleicht wird es eines Tages möglich sein, in den jeweiligen Bundesländern Orts- oder Regionalgruppen zu etablieren, so daß unsere Arbeit noch effektiver wird. □

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
Tränkestr. 7
34497 Korbach
Tel.: 05631/61493

Mecklenburg-Vorpommern

siehe Hamburg

Niedersachsen

Gabi Beisswanger
Hohnsen 32
31134 Hildesheim
Tel.: 05121/877405

Nordrhein-Westfalen

Volker Kluy
Elbinger Str. 9
40670 Meerbusch
Tel.: 02159/51744

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
Tel.: 0341 / 391 18 10

Schleswig-Holstein

siehe Hamburg

Thüringen

siehe Hessen