

VDPP - *Rundbrief*

10. Jahrgang, Nr. 45 / August 1998

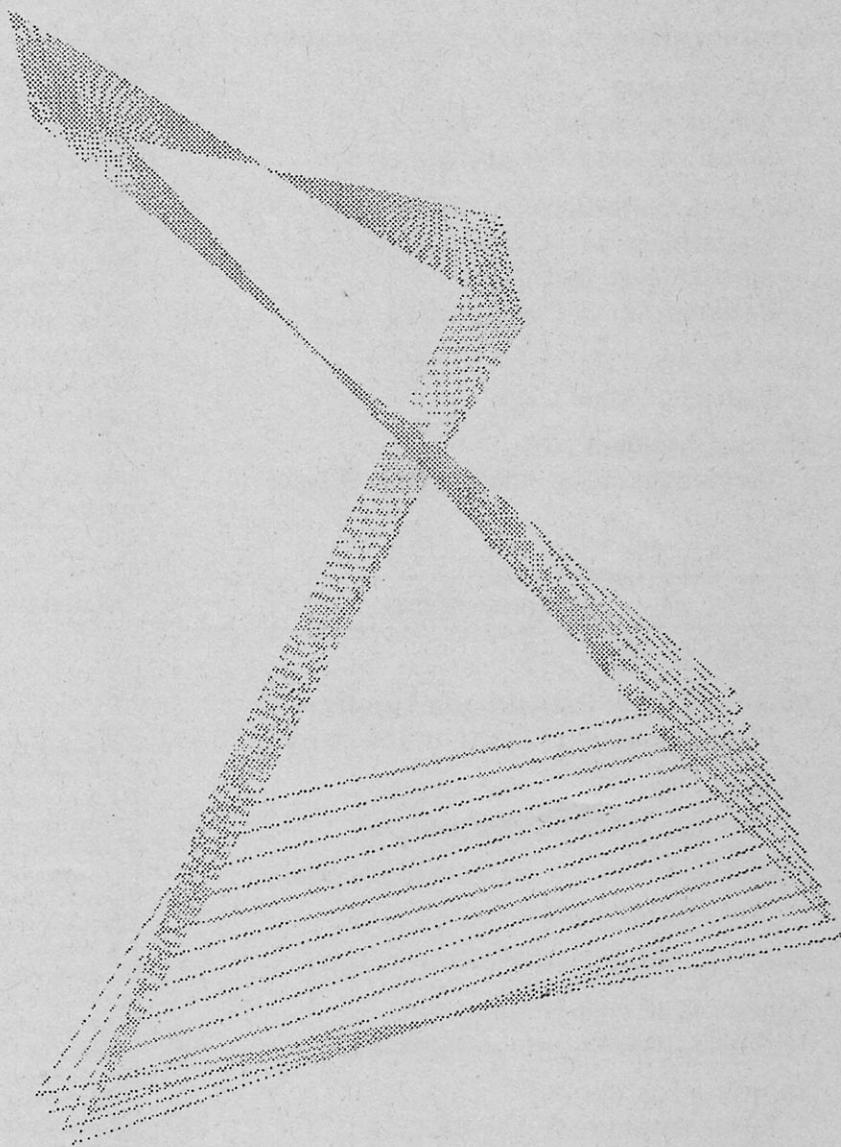
MITTEILUNGEN DES VEREINS DEMOKRATISCHER PHARMAZEUTINNEN UND PHARMAZEUTEN

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

Katja Lorenz Grußwort	
Michael Hoeckel Palliativmedizin – Die Stellung des Apothekers heute und in Zukunft	
Udo Puteanus Patientenbefragungen	
Udo Puteanus Gegen die „tägliche Verschwendung“	
Bernd Rehberg Qualitätsmanagement in der Apotheke	
Beratungshilfe für die Selbstmedikation	
Franz Kirchner Alle Jahre wieder: Neue Wundermittel zum Abnehmen	
Dorothea Hofferbert/Christl Trischler Frauenseminar 1998 des VDPP am 16.Mai in Berlin Patienten-Info: Osteoporose	
Udo Ament Vom Ende einer Lüge	
Michael Hoeckel Vorstandssitzung am 26.4.98 in Kassel	

Dokumentation

Asthmasprays; Billigdrogen blockieren FCKW-Ausstieg (Winfried Schwarz)	35
Malaria - Das Fieber der Armen (aus: Le Monde Diplomatique)	38
Interview zu Viagra mit Volkmar Sigusch (aus: FR)	40
Ethik am Tropf (aus: Medizin + Ethik)	44
“Hamburger Thesen” (Verbraucherzentrale Hamburg)	46
Fahndung im Erbgut (aus: Hamburger Abendblatt)	48

Editorial

- 3** Nachdem es beim letzten Rundbrief leider zu einer großen Verzögerung kam, folgt diese Ausgabe umso schneller. Bedanken müssen wir uns wieder einmal bei den Autoren, die uns wirklich mit allergrößtem Engagement und diesmal so außerordentlich zahlreich ihre Artikel zur Verfügung stellten.
- 4** Unter Zeitdruck stehen wir jetzt natürlich auch wegen des uns von Udo Puteanus übermitteltem Stellenangebotes, dessen Bewerbungsfrist am 10.08.98 endet. Nach meiner eigenen Erfahrung kann man es sich bei geeigneter Qualifikation jedoch auch erlauben, diese Frist ein wenig zu überschreiten, jedenfalls bei manchen Stellen.
- 7** Daß der Rundbrief über ein noch weitaus größeres Spektrum als rein pharmazeutische und gesundheitspolitische Themen verfügt, wird in dieser Ausgabe wiederum durch den Artikel von Udo Ament zur RAF deutlich. Vielen mag das zu weit gehen, aber ich möchte daran erinnern, daß es sich beim VDPP doch **auch** um einen Verein handelt, in dem persönliche Beziehungen und gegenseitiges Interesse eine große Rolle spielen. Einigen ist vielleicht aufgefallen, daß es in den letzten Ausgaben kein Editorial mehr gab. Das lag an meiner Unsicherheit darüber, mit welchem Inhalt ich es füllen sollte.
- 9** Nachdem ich angefangen hatte, es ein wenig zur Klatschspalte mit Persönlichem aus dem Verein zu füllen, schien mir genau das ganz unangemessen. Jetzt werden wir in der nächsten Redaktionssitzung das einmal zum Thema machen, und Ihr könnt auf das Ergebnis gespannt sein.
- 11** An alle Autoren: Bedenkt bitte auch, daß heute die Rechtsschreibreform in Kraft getreten ist! Oder sollen wir etwa zu den Traditionalisten gehören!
- 15**
- 16**
- 18**
- 20**
- 24**
- 29**

Christa Augustin

Redaktionsschluß für den nächsten Rundbrief:

15.09.1998

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
eMail: vdpp.de@T-online.de
Internet: <http://home.t-online.de/home/vdpp.de>
Bildredaktion: Dr. Thomas Schulz
Layout und Satz: Ulf H. Thomas, Tel./Fax/DFÜ 040 / 47 65 64, (Beiträge bitte in den üblichen Textverarbeitungsprogrammen)
Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt der/die AutorIn die volle Verantwortung.

Liebe LeserInnen!

Im letzten Rundbrief war ausführlich von der Mitgliederversammlung in Göttingen zu lesen. Auch bei unserem Vorstandstreffen im April in Kassel war sie wieder Thema. Geht es doch jetzt darum, die dort gefaßten Beschlüsse umzusetzen. So mußten u.a. die Koordinaten der nächsten Mitgliederversammlung bestimmt werden. Wir ließen die darüber in Göttingen recht turbulent geführte Diskussion Revue passieren. Wir wollten im nachhinein verstehen, warum es so hitzig zugegangen war und manche(n) frustriert hatte.

Im nächsten Jahr gibt es den VDPP 10 Jahre! Die meisten, die an der Gründung beteiligt waren, kannten sich von anderen politischen Aktivitäten, schätzten sich, waren befreundet. Schafft man aus dieser Konstellation heraus einen Verein, denkt man sicher: wir wollen ja alle dasselbe. Aber vermutlich ergeht es so einem Verein wie auch anderen langjährigen Beziehungen: jeder entwickelt sich mit den Jahren weiter (weg?) beruflich und privat. Es gibt andere Ein- und Ansichten, andere Prioritäten. Zu den einmal gemeinsam Angetretenen kommen Neue. Es gibt Ermüdungs-, Etablierungs- und andere Erscheinungen. Es gibt Traurigkeiten, weil z.B. etwas mit großem Aufwand Vorbereitetes nur wenige interessiert. Manche(r) wird darüber zynisch, wodurch sich andere wieder beleidigt fühlen. Kurz: es gibt Mißverständnisse.

All dies haben wir im Vorstand versucht aufzudröseln. Und kamen zu dem Schluß, daß uns davor ja niemand bewahren kann, daß wir aufmerksamer und sorgsamer mit unseren Anträgen und den Beschlüssen, vor allem aber mit uns selbst umgehen müssen. Das klingt jetzt wenig sensationell und ein bißchen nach dem „Wort zum Sonntag“! Aber ich glaube: das mußte wirklich mal zu Ende gedacht und ausgesprochen werden. Schließlich wollen wir im und als Verein genutzt, aber nicht benutzt werden. Vielleicht wäre es nach 10 Jahren auch mal an der Zeit, über unsere Auffassung von Konfliktbewältigung und Streitkultur zu reden. 10-jähriges Jubiläum! Weil sowohl die Gründung- als auch die Mitgliederversammlung zum 5. in Hamburg stattfanden, haben wir beschlossen, auch die Versammlung zu 10. dorthin zu verlegen (und zwar auf den 19./20.6.99!). Traditionen muß man schließlich pflegen! So!

Doch nun kommt erstmal gut durch den Sommer! (Für den Herbst hoffe ich dann auf einen neuen Gesundheitsminister!)

Katja Lorenz

Michael Hoeckel

Palliativmedizin – Die Stellung des Apothekers heute und in Zukunft

Bericht von einem Workshop am
13.06.98 in Göttingen

Die Palliativmedizin widmet sich der Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung, mit begrenzter Lebenserwartung.

Viele Krebspatienten ziehen es heute schon vor, in ihrer häuslichen Umgebung zu verbleiben und ihr Leben im Kreise ihrer Familie und Freunde, für die letzte Zeit, harmonisch zu gestalten. Um den Wünschen dieser Patienten nachzukommen, bedarf es jedoch des Zusammenspiels aller in der ambulanten Betreuung tätiger Berufsgruppen, auch der Apotheker und Apothekerinnen mit ihrem gut ausgebildeten Personal. In den letzten Jahren haben viele Apotheken ihre Kräfte zu sehr in rein marketing-orientierte Konzepte investiert oder sich ansonsten in Zurückhaltung geübt. Dieses Lavieren einzelner Apotheken vor Ort ist angesichts der Wandlungen in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen zu kurz gedacht. Die Apotheke als Anlaufstelle und Dienstleister im Gesundheitswesen hat ihren Stellenwert heute und wenn sie sich den zukünftigen Aufgaben offensiv stellt und ihr Umfeld mit-

gestaltet, auch in Zukunft. Es zählt nicht das schnelle Geld über Impulskäufe, gefragt ist das Kerngeschäft. Das ist die professionelle Beratung der Menschen in Arzneimittelfragen und die darüber hinaus gehende intensive pharmazeutische Betreuung von Patienten nach vorhergehender Therapiebestimmung durch den Arzt. Die Apotheken wären gut beraten, wenn sie bei dieser anspruchsvollen Tätigkeit nicht den Alleingang wählen würden. Es gilt die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit allen Beteiligten im Gesundheitswesen konkret vor Ort zu signalisieren. Der Patient steht im Mittelpunkt und wird umfassend betreut durch Arzt, Pflegedienst und Apotheke.

In der Palliativmedizin spielen Arzneimittel, neben den ärztlichen, sozialpsychologischen und pflegerischen Tätigkeiten eine zentrale Rolle. Ein Workshop der Ärztekammer Niedersachsen in Kooperation mit der Universitätsklinik Göttingen am 13.6.98 in Göttingen hat dies deutlich gezeigt. Im Rahmen des Workshops über die palliativmedizinische Betreuung im häuslichen Bereich wurde ein Modellprojekt der Ärztekammer Niedersachsen mit dem treffenden Namen SUPPORT vorgestellt. Wegweisend bei dem Modellprojekt ist der Einsatz eines mobi-

len "Palliativ-Care-Teams" (PCT). Dieses Team besteht aus einer Pflegekraft und einem Arzt mit schmerztherapeutischer Erfahrung und wird seit 1.7.97 eingesetzt. Zusätzlich werden die beteiligten Ärzte fortgebildet und erarbeiten in Qualitätszirkeln Standards zum Thema "pain management" bei Tumorschmerzpatienten. SUPPORT wird u.a. gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit, Schirmherr der Initiative ist der Nachrichtenmoderator Ulrich Wickert.

Die Veranstaltung war unterteilt in einen allgemeinen Teil über Palliativmedizin und einen speziellen Teil mit Berichten über das seit 1.7.97 bestehende Modellprojekt SUPPORT im Raum Südniedersachsen. Prof. Kettler, geschäftsführender Direktor des Zentrums für Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin der Universitätsklinik Göttingen, stellte im Rahmen seines Einführungsvortrags die drei Säulen der Palliativmedizin vor: Schmerzbehandlung, Ernährungstherapie und sozialpsychologische Betreuung. Daran anschließend beschäftigte sich Prof. Schreiber, der Präsident der Georg-August-Universität Göttingen, mit der Problematik des Rechtsanspruchs eines Patienten auf palliativmedizinische Betreuung. Es wurde klar herausgestellt, daß die Unterlassung der hinreichenden Schmerzbekämpfung strafbar ist. Diese rechtliche Pflicht leitet sich aus dem ärztlichen Pflichtverhältnis gegenüber dem Patienten ab. Es besteht die selbständige grundlegende Aufgabe des Arztes das Leiden zu mindern. Diese Aufforderung zur begleitenden, schützenden und helfenden Therapie wird sich auch in neuen Richtlinien der Bundesärztekammer wiederfinden. Der interessanteste Beitrag am Vormittag kam zweifelsohne von Prof. Klatschik, dem Chefarzt der Anaesthesie und Intensivmedizin und Leiter des Zentrums für Palliativmedizin im

Malteser Krankenhaus in Bonn-Hardtberg. Prof. Klaschik beschäftigt sich seit vielen Jahren mit der palliativmedizinischen Betreuung von Krebspatienten. Die Zielgruppe der Palliativmedizin, die Menschen mit unheilbaren Erkrankungen, sind zu 94% Tumorpatienten. Das Hauptziel seiner ärztlichen und forschenden Tätigkeit gilt der Verbesserung der Lebensqualität von Tumorpatienten. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es kompetenter Symptomenkontrolle, der Integration aller psychosozialen Probleme, der Akzeptanz des Sterbens, der Betreuung der Patienten nebst deren Angehörigen und last but not least der Trauerarbeit. Prof. Klaschik betonte die Bedeutung der qualitativ guten Betreuung durch den Hausarzt vor Ort, neben der fachärztlichen Betreuung im Hintergrund. Die Qualitäten eines hausärztlichen Betreuers umfassen Kenntnisse über Onkologie, Kenntnisse über Schmerztherapie, pharmakologische Symptomenkontrolle, psychische, soziale, geistig-seelische Betreuung und notwendige Kenntnisse über Kommunikation. Die Notwendigkeit der palliativmedizinischen Betreuung wird zunehmen, heute gehen schon 25% der Todesfälle auf Krebserkrankungen zurück, die Krebsinzidenz steigt weiter. Die Betreuung der Krebspatienten, besonders in der terminalen Erkrankungsphase geprägt durch starke Schmerzen, kann in einem Hospiz erfolgen, durch Palliativstationen oder Palliativzentren mit ambulantem Dienst oder Tagesklinik. Des weiteren kann die Betreuung in häuslicher Umgebung erfolgen, wenn der Arzt vor Ort über Erfahrungen verfügt und ein Palliative-Care-Team, wie es das Modellprojekt stellt, jederzeit im Hintergrund zur Verfügung hat.

Der Nachmittag stand im Zeichen der Praxis, leider noch ohne Beteiligung der Apotheker. Es wurde eine Zwischenbewertung zur Halbzeit des

SUPPORT-Projektes aus Sicht der beteiligten Kooperationspartner vorgenommen.

Hr. Fabian, der Präsident der deutschen Schmerzhilfe e.V., beklagte mit eindringlichen Worten das derzeitige Defizit in der ambulanten Versorgung von Schmerzpatienten. Viele Menschen müßten noch leiden, weil die bestehenden Möglichkeiten in der Versorgung nicht zu Gunsten der Schmerzpatienten ausgeschöpft würden. Die Gründe seien vielschichtig, aber durch entsprechende Information der Fachkreise beherrschbar. Das WHO-Stufenschema fände in der Praxis leider zu wenig Beachtung, des weiteren stelle die Ausstellung der BTM-Rezepte ein Hindernis dar. Das Abhängigkeitspotential von Morphin würde unberechtigterweise als Problem angesehen. Hr. Fabian sprach sich ausdrücklich für das Projekt SUPPORT aus und stellte die Vorteile für die Schmerzpatienten heraus. Die qualitätsorientierte, fachliche Versorgung sei für Schmerzpatienten entscheidend, das Leiden sei ansonsten sehr groß. Im Anschluß beschrieb der Chefarzt der Abteilung Innere Medizin und Pneumologie Prof. Crie die Zusammenarbeit mit dem Palliativ-Care-Team von SUPPORT. Der Übergang von der Klinik in den niedergelassenen Bereich ist eine wichtige Schnittstelle. Hier sei die professionelle Begleitung für den Übergang von der Klinik in den häuslichen Bereich entscheidend. Die Erfahrung mit SUPPORT werde von Seiten der Klinik als sehr positiv eingestuft.

Dr. Beck von der Palliativstation der Universitätsklinik berichtete ebenso positiv und erwähnte, daß die Zahl der wiederaufzunehmenden Fälle durch die Tätigkeit des Palliativ-Care-Teams eindeutig zurückgeht. Die Patienten verbleiben also vermehrt in ihrer häuslichen Umgebung, wenn sie gut betreut werden. Dr. Ratzke vom Tumorzentrum Göttingen wies auf die Bedeutung von

häuslichen Behandlungskonzepten zur schmerztherapeutischen Betreuung hin und stellte die wichtige Schnittstellenfunktion des Modellprojektes in den Vordergrund. Ein psycho-onkologisches Forum existiert bereits und ist dem Tumorzentrum angegliedert. Dieses Forum besteht u.a. aus Sozialarbeitern, Psychologen und Pastoren und beschäftigt sich mit der Erstellung von Strategiepapieren zur Verbesserung der Betreuung von Tumorpatienten in der Klinik und im häuslichen Bereich. Das Forum strebt eine Kooperation mit SUPPORT an. Hierüber wäre auch die psychische Betreuung zu gewährleisten.

Fr. Andres vom Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) skizzierte kurz die Qualitätszirkelarbeit. Die Treffen der Mediziner finden regelmäßig statt und dienen in der Hauptsache dem Erfahrungsaustausch untereinander. Zu jedem Treffen werden Gäste und Experten eingeladen, auch Apotheker. Die Qualitätszirkelarbeit werde, von anfänglichen Schwierigkeiten einmal abgesehen, von den Teilnehmern als positiv beurteilt.

Pastor Petrak stellte seine seelsorgliche Arbeit in der Gemeinde vor Ort vor und berichtet, daß die Patienten und Angehörigen der schmerztherapeutischen Betreuung einen hohen Stellenwert beimessen.

Schwester Beatrix Haan, Leitende Pflegekraft vom Hospiz an der Lutter, betonte die hohe Sicherheit in der Therapie und die schnelle Hilfestellung durch das Palliativ-Care-Team als entscheidende Voraussetzung für die gute Pflegearbeit vor Ort.

Fr. Dr. Klapsing-Hessenbruch berichtete als niedergelassene Allgemeinmedizinerin von ihren Erfahrungen mit SUPPORT. Sie betonte ihre anfängliche Skepsis, besonders bezüglich eines möglichen zusätzlichen Arbeitsaufwandes für ihre Pra-

xis. Sie nahm aber trotzdem an dem Modellprojekt teil, weil ihr die gute Versorgung der Patienten am Herzen liegt. Die engagierte Ärztin zeigte sich dann positiv überrascht, daß das Team jederzeit für sie und ihre Patienten zur Verfügung stand.

Der Vorsitzende der KVN-Bezirksstelle Göttingen Hr. Gramsch stellt noch einmal die Ziele des Modellprojektes heraus: Verbesserung der ärztlichen Leistung für die Patienten, Teamarbeit der ärztlichen Kollegen im niedergelassenen Bereich, lernen und Vermeidung der Vormachtstellung einer einzelnen Fachrichtung vor Ort und die Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung. Ein wichtiges Problem stellt sich für das Modellprojekt bei Ablauf der Projektzeit. Bei erfolgreichem Ergebnis am Ende der, durch wissenschaftliche Anwendungsstudien begleiteten, festgelegten Projektzeit muß die Finanzierung gesichert werden. Bei den knappen Ressourcen derzeit, gilt es Bündnispartner zu finden.

Hr. Thiel berichtete als Leiter der Landesvertretung der Techniker-Krankenkasse, daß die qualitative Versorgung eine Verbesserung der Lebensqualität für die Versicherten nachweisbar erbringen muß. Diese Verbesserung muß zusätzlich ausgabenneutral sein. Er wies darauf hin, daß aus einem Modellvorhaben nach dem SGB keine flächendeckende Versorgung nach dessen Beendigung vorgeschrieben ist. Die Techniker-Krankenkasse hätte aber die Qualität des, mit dem Innovationspreis 1998 für Medizin, ausgezeichneten Modellvorhabens erkannt und biete weitere Gespräche an.

Dr. Ensink, Anaesthetist, Projektleiter und Koordinator zwischen Ärztekammer Niedersachsen und der Universität Göttingen, bedankte sich für die positive Beurteilung des Modellprojektes durch die beteiligten Kooperationspartner. Er dankte

allen Beteiligten, insbesondere dem Palliativ-Care-Team für Ihr bisheriges Engagement und versprach das Projekt weiter aus vollen Kräften voran zu treiben und mit Seele zu füllen. Dr. Ensink ist Experte auf dem Gebiet der Schmerztherapie und der Behandlung der Migräne und hält seit einigen Jahren auch Vorträge über diese Themen vor Apothekern.

Der Workshop war betont praxisorientiert, allein die Abwesenheit von Apothekern stimmt nachdenklich. Der Verlauf der Veranstaltung zeigte einem aufmerksamen Zuhörer deutlich, daß das südniedersächsische Projekt zur Qualitätssicherung der palliativmedizinisch orientierten Versorgung von Patienten mit Tumorschmerzen Zukunft haben wird. Die Qualität des Konzeptes liegt aus pharmazeutischer Sicht nicht nur in der qualitätsorientierten Versorgung mit Arzneimitteln, sondern auch in der Zusammenarbeit mit den Beteiligten vor Ort. Das Ziel der Verbesserung der Lebensqualität der Patienten sollte den Apothekern, neben der originären Aufgabe der ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln, Ansporn zum beruflichen Engagement sein. Die Qualität der gesetzlich vorgeschriebenen Beratung der Apotheker bei Abgabe eines Arzneimittels hängt sehr stark von der Qualität der verordneten Therapie ab. Das wohl prägnanteste Beispiel ist die Verordnung eines Morphinpräparates ohne die prophylaktische Gabe von Laxantien. Die Obstipation als Nebenwirkung bei der Therapie mit starken Opioiden tritt zu 100% auf, Übelkeit dagegen zu 20%. Der Apotheker hat hier eine wichtige Rolle, er muß Patienten, pflegende Angehörige und das ambulante Pflgeteam informieren und beraten. Die Unterstützung des Arztes in Fragen der Verordnung von BTM-Rezepten sollte als selbstverständlich angesehen werden. Das

Vorrätighalten zumindest eines oralen Morphinpräparates in jeder Apotheke ist erforderlich, besonders für den Notdienst! Das WHO-Stufenschema muß in den Apotheken bekannt sein und durch praktisches Wissen untermauert werden. Die individuelle Therapie des Schmerzpatienten durch den Allgemeinmediziner oder den Schmerztherapeut ist an das WHO-Stufenschema angelehnt. Eine pharmazeutische Betreuung des Schmerzpatienten ist nur mit Kenntnis dieses Schemas möglich.

Literaturhinweise:

- Bond B.S., Hospital Pharmacy Manager and a Pain Management Consultant, Houston, Texas; Cost-Effektive Pharmaceutical Care in Cancer Pain Management: Are We Ready to Do What it Takes, Drug Benefit Trends 33-34,48, 1996, download Medscape
 - Ensink F.B.M. (1996) Der Migräne-Patient in der Apotheke. Pharm. Rundschau 96 (3-4):84
 - Hanekopp G.G., Beck D., Ensink F.B.M. (1996) Schmerztherapie bei Tumorpatienten. Onkologe 2:556-573
 - Klaschik E., F.Nauck, Medikamentöse Schmerzbehandlung bei Tumorpatienten; Ein Leitfadens für Patienten und Angehörige, kostenlos zu beziehen über Fa. Mundipharma GmbH, Limburg (Lahn)
 - Klaschik E., Medikamentöse Schmerztherapie bei Tumorpatienten; Ein Leitfadens für Ärzte und Apotheker, kostenlos zu beziehen über Fa. Mundipharma GmbH, Limburg (Lahn)
 - Renz H. (1998) Schmerzberatung in der Apotheke intensivieren (Veranstaltung mit Dr.med. F.B.M. Ensink, PZ Nr.21, 143.Jg.:1760
 - Weitere Literatur beim Verfasser
- Verfasser: Michael Höckel, Apotheker, Kassel

Udo Puteanus

Patientenbefragungen

Buchbesprechung: Thomas M. Ruprecht (Hrsg.): Experten fragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen - Konzepte, Methoden, praktische Beispiele (Asgard Verlag, 51,- DM)

Patientenbefragungen sind modern geworden. Je mehr sich marktwirtschaftliches Denken im Gesundheitswesen durchsetzt, desto mehr marktwirtschaftliche Instrumente werden auch gebraucht, um die Effizienz des Systems zu erkennen. So bekommt das für die verschiedensten Branchen der Wirtschaft seit langem bekannte Instrument der Kundenbefragungen auch für das Gesundheitswesen zunehmende Bedeutung.

Je mehr marktwirtschaftliche Elemente platzgreifen, desto dringender muß man sich offensichtlich mit qualitätssichernden Systemen befassen, um die vermutlich bislang auf Ethik beruhende Tätigkeit der Professionellen weiterhin auf einem hohen Niveau gewähren zu können und die Ökonomie nicht zum alleinigen Motor allen Engagements werden zu lassen.

Neben den Qualitätssicherungssystemen der Anbieter werden die Patientenbefragungen immer häufiger als ergänzendes Element herangezogen. Hier wird sicherlich auch einem Trend gefolgt: der mündige Bürger oder besser: der mündige Pa-

tient nimmt sein Schicksal selbst in die Hand, wird selbstbewußter und läßt nicht mehr ungefragt alles mit sich geschehen. Allerdings hat sich am Grundverhältnis zwischen den Professionellen und den Patienten noch längst nicht eine so weitgehende Veränderung vollzogen, daß man von einem breiten Trend sprechen könnte; es lassen sich höchsten Hinweise in diese Richtung erkennen.

Der internationale Kongreß „Patientenrechte und Patientenunterstützung“ der Hamburger Verbraucher-Zentrale im letzten Jahr sowie die Anstrengungen einiger Länder auf diesem Gebiet (z.B. Niederlande Österreich), deuten darauf hin, daß in Zukunft die subjektive Sicht der Patienten, ihre Empfindungen, Erfahrungen, ihre Beschwerden und Ideen zunehmend ernst genommen werden. Es reicht eben nicht aus, Erfolg einer Behandlung allein an medizinischen Parametern zu messen und beispielsweise die empfundene Lebensqualität des Patienten außer acht zu lassen.

Ein weiterer Meilenstein in diese Richtung war der im Januar in Hamburg stattgefundene Workshop „Qualität im Gesundheitswesen - Experten fragen, Patienten antworten“. Das vorliegende Buch ist offensichtlich die erweiterte Darstellung der auf diesem Workshop gehaltenen Referate und bietet eine gute Übersicht über den derzeitigen Stand des Wissens über Patientenbefragungen.

Das Buch gliedert sich in drei Teile. Im ersten Teil werden grundlegende Fragen erörtert: Warum sollen Patienten befragt werden, welche Probleme und Grenzen von Patientenbefragungen lassen sich erkennen, warum werden Erkenntnisse aus Befragungen nur schleppend umgesetzt, welche Alternativen gibt es zu Patientenbefragungen?

Im zweiten Teil werden die einzelnen Methoden für die Befragung von Patienten vorgestellt. Neben der einfachen schriftlichen Befragung werden auch Telefonbefragungen, ausgedehnte persönliche Interviews und die Ergebnisse von „focus-group-discussions“ diskutiert. Einen weiteren Schwerpunkt in diesem Teil bildet die Messung der Lebensqualität von Patienten unter der Beeinträchtigung von Erkrankungen bzw. den therapeutischen Maßnahmen.

Im dritten Teil werden praktische Beispiele von Patientenbefragungen vorgestellt und deren Ergebnisse diskutiert. Bezeichnend ist der Focus auf die Situation in Krankenhäusern. Hier scheint es am einfachsten und vielleicht auch am wichtigsten zu sein, die Sicht der Patienten bei der Therapie in Erfahrung zu bringen. Vielleicht ist es auch das dankbarste Thema, weil in Krankenhäusern viele einzelne Bereiche (Ärzte, Pflegebereich, Technik, Verwaltung, Hotelbetrieb) miteinander sinnvoll verzahnt werden müssen, damit der Patient optimal, schnell und zufriedenstellend versorgt wird. Letztlich ist natürlich der finanzielle Aspekt ein wichtiger Motor der vielen Untersuchungen; denn in den stationären Sektor fließt das meiste Geld im Gesundheitswesen. Hier werden offensichtlich auch die kokurrenzfördernden Maßnahmen der Gesundheitspolitik intensiv spürbar, so daß es den Krankenhausmanagern immer mehr darauf ankommt, in ihrer örtlichen Umgebung als gutes Krankenhaus zu gelten.

Die Autoren plädieren deshalb auch für externe Patientenbefragungen, um auftragsgemäße Positivbilder von einzelnen Häusern, die für die potentiellen Patienten hinsichtlich Transparenz und zukünftiger Entscheidungen nicht viel beitragen können, zu vermeiden.

Die bisherigen Kundenbefragungen im ambulanten Bereich, die den Apotheken meist guten Service bescheinigten, sollten m.E. auch einmal daraufhin überprüft werden, ob sie einer intensiven externen und wissenschaftlich begleiteten Prüfung - z. B.

durch Verbraucher- und/oder Patientenorganisationen - standhalten. Dabei reicht es nicht aus, allein zu fragen, ob der Patient mit der Beratung in der Apotheke zufrieden war, es müssen genauere Fragen und Fragen aus verschiedenen Blickwinkeln formuliert werden, um ein differenzierteres Bild über die tatsächlichen Bedürfnisse der Patienten und deren Befriedigung in der Apotheke zu erhalten.

Diese Buch bietet für alle Interessierten dieses Themenkreises einen guten Einstieg und hilft bei der Vorbe-

reitung von Patientenbefragungen. Es möchte helfen zu klären, ob, mit wem, wie, wann, wo und mit welchem Aufwand Patientinnen und Patienten als Partner im Qualitätsmanagement beteiligt werden können. Es soll neue Wege zur Patientenorientierung und Wirtschaftlichkeit erschließen, der Weiterentwicklung eines umfassenden Qualitätsmanagements neue Impulse geben und die Stellung der Patientinnen und Patienten in unserem Gesundheitswesen stärken helfen.

Termine:

Die Regionalgruppe Berlin trifft sich weiterhin jeweils am dritten Mittwoch des Monats um 20.00 Uhr im Café Blisse, Blissestr. 14, Berlin-Wilmersdorf, U-Bahnlinie 7 „Blissestraße“.

Die Termine in diesem Jahr sind: 19. August, 23. September (wegen Urlaub um eine Woche verschoben), 21. Oktober, 18. November und 16. Dezember.

Ich würde mich freuen, wenn außer dem harten Kern (4 - 5 Frauen und 1 Mann) alte und auch neue Bekannte zu unserem Treff kommen!

- Regina Schumann

Udo Puteanus

Gegen die „tägliche Verschwendung“

Unabhängige Arzneimittelberatung in der Schweiz: Was macht die Schweizerische Medika- menten-Informationsstelle?

Seit 1993 besteht in Basel eine Schweizerische Medikamenten-Informationsstelle (SMI), eine anfangs von Konsumenten-, Patienten- und gemeinnützigen Organisationen getragene unabhängige Auskunftsstelle über Arzneimittel.

„Der telefonische Auskunftsdienst der SMI beantwortet Fragen im Zusammenhang mit Medikamenten und ihrem Verbrauch. Sie informiert über Anwendungsgründe (Indikationen), Anwendungseinschränkungen, weitere Fragen im Zusammenhang mit der Anwendung, Wirkungsweise, unerwünschte Wirkungen, Preise, Kostenübernahme durch die Krankenkassen usw.“

Der telefonische Auskunftsdienst der SMI ist keine Arztpraxis. Er kann und soll das Arztgespräch und die persönlichen Auskünfte in der Apotheke nicht ersetzen, sondern will es sinnvoll ergänzen.

Am Beratungstelefon der SMI geben Apothekerinnen und Apotheker Auskunft. Sie unterstehen dem Arztgeheimnis ebenso wie der Hausarzt

oder ihre Apothekerin. Die Beratung ist auf Wunsch anonym.

Die Beratung kostet Fr 1.40 pro Minute.“

So heißt es in der Selbstdarstellung des unabhängigen Informationsdienstes für Verbraucher. Gleichzeitig wird ein Fragebogen angeboten, mit dessen Hilfe sich der Ratsuchende auf das kostenpflichtige Telefongespräch vorbereiten kann. Denn es hat sich gezeigt, daß eine vorherige Klarstellung - welche Medikamente werden verwendet, wie oft, wieviel, liegt eine ärztliche Therapiemaßnahme vor, welche Frage soll geklärt werden, liegt eine Schwangerschaft vor, sind Allergien zu berücksichtigen usw. - sowohl dem Anrufer letztlich zu brauchbareren Informationen verhilft, als auch den Apothekerinnen und Apothekern am Telefon die Arbeit erleichtert.

Nach fünf Jahren Existenz gab Dr. Markus Fritz von der SMI im Rahmen einer Arbeitsgruppensitzung am 8. Juni 1998 in Wuppertal einen Ein-

blick in seine Arbeit beim Beratungstelefon.

Es würden in erster Linie Fragen gestellt, die Patienten den Ärzten oder Apothekern nicht zu stellen wagten. Damit zeigten sich Defizite in der Beratungs- und Kommunikationsleistung der professionellen Anbieter, die von der SMI aufgefangen würden.

Mit dem Beratungstelefon werde in erster Linie versucht, die ungeklärten Fragen über Arzneimittel zu beantworten und durch Hilfestellung den Patienten in die Lage zu versetzen, mit seinem Arzt oder seiner Ärztin wieder ins Gespräch zu kommen. Denn es komme nicht darauf an, so Dr. Fritz, das Arzt-Patienten-Verhältnis zu untergraben, sondern es auf eine neue, mehr partnerschaftlich orientierte Ebene zu stellen. Es solle auch Verständnis für die Grundlagen der Arzneimitteltherapie im individuellen Fall geschaffen werden.

Am Beratungstelefon sitzen ausschließlich Apothekerinnen und Apotheker. Denn es komme ja gar nicht darauf an, Indikationsstellung und diagnostische Fähigkeiten der Ärzte zu überprüfen, sondern objektive Informationen über Arzneimittel zur Verfügung zu stellen. Im Normalfall (bei 95% der Anrufe) bekomme der Anrufer sofort Antwort, bei Spezialfällen erfolge zunächst eine Abklärung der Problematik durch die Nutzung von Informationen aus anerkannter Standardliteratur, von Behörden und auch von pharmazeutischen Herstellern. Grundlage der Beratung seien die Erkenntnisse aus objektiven Daten (Schulmedizin), die gleichzeitig auf die Situation der Patienten angepaßt würden (rationale Pharmakotherapie).

In den vergangenen fünf Jahren kamen die Anrufer zu fast gleichen An-

teilen aus allen Altersgruppen zwischen 30 und 80 Jahren. Unterrepräsentiert waren nur die über achtzigjährigen und die unter dreißigjährigen. Frauen riefen etwa doppelt so häufig an wie Männer. Ein Beratungsgespräch dauere im Durchschnitt ca. 10 Minuten. Die heimische Atmosphäre am hauseigenen Telefon habe wohl auch zur Folge, daß manche Anrufer, unbeeindruckt der dadurch entstehenden Kosten, auch mal eine halbe Stunde bis zu einer Stunde lang telefonieren. Dann liege es an der Kunst der Berater, das Gespräch an einer günstigen und für den Anrufer ausreichend informativen Stelle abzubrechen.

Dreißig Prozent der Anrufer wollten Auskünfte über Nebenwirkungen zu Arzneimitteln, 14 % hatten allgemeine Fragen, während 16% akute Nebenwirkungen besprechen wollten. Bei den allgemeinen Fragen interessierten sich die Nachfrager auch für Nebenwirkungen, die sie nicht selber erkennen können (Recanostat, Rinderwahnsinn, Östrogene, Aluminium und Alzheimer).

Sehr häufig werde auch eine Zweitmeinung verlangt, da das Dispensierrecht in manchen Schweizer Kantonen die Patienten skeptisch mache und zur Absicherung eine unabhängige Stelle gesucht werde. Eher selten würden Fragen zur Vergiftung, zu Anwendungseinschränkungen, zu Arzneimitteln während der Schwangerschaft und der Stillzeit sowie zum Arzneimittelmißbrauch gestellt. Im Mittelfeld lägen die Nachfragen zu Handelsinformationen, zur Erstattung durch die Krankenkassen, zu Wechselwirkungen und zu Langzeitproblemen der Arzneimittelaufnahme.

Am meisten interessiere die Anrufer Informationen über Arzneimittel aus den Bereichen zentrales Nervensystem, Schmerzmittel, Migränemittel, Psychopharmaka (Gruppe N nach

ATC) mit über 30 %. Es folgten die Arzneimittel zur Behandlung des kardivaskulären Systems (Gruppe C nach ATC) mit ca. 16 %, zur Behandlung von Stoffwechsel- und Verdauungsstörungen (Gruppe A nach ATC) sowie zur Behandlung des Urogenitalsystems/Sexualhormone (Gruppe G nach ATC) mit jeweils ca. 10 %. Wenig Fragen hatten die Anrufer zu Zytostatika (Gruppe L nach ATC) mit ca. 3 % und zu Arzneimitteln zur Behandlung der Sinnesorgane (Gruppe S nach ATC) mit ebenfalls ca. 3 %.

Inzwischen kooperiert die SMI eng mit der elfmal im Jahre erscheinenden Schweizer Konsumentenzeitschrift „pulstip“ zusammen, in der die SMI die Möglichkeit hat, interessante Fälle aufzuarbeiten und die eigene Telefonnummer bekanntzumachen. Mit Hilfe dieses Medium könnten auch gezielt Themen vorgegeben werden, auf die sich die Berater dann intensiver vorbereiten könnten, um bei der zu erwartenden Mehrarbeit ausreichend präpariert zu sein.

Als Erkenntnis aus der fünfjährigen Beratungsarbeit am Telefon zog Dr. Fritz folgende Schlüsse: Vier von fünf Psychopharmakaverordnungen seien überflüssig. Es lägen in erster Linie neben Kommunikationsstörungen im Arzt-Patienten-Verhältnis auch Probleme vor, die es besser ohne Arzneimittel zu behandeln gelte. Außerdem sei auch durch dieses Beratungsangebot ein durch andere Untersuchungen bekanntes Problem bestätigt worden: 25 bis 50 % aller verschriebenen Arzneimittel nähmen die Patienten falsch, mangelhaft oder überhaupt nicht ein. Jede sechste „Spital-Einweisung“ erfolge, weil ein verschriebenes Medikament falsch oder gar nicht eingenommen wurde.

Dr. Fritz konnte in seinem Vortrag die auch in Deutschland beklagten

Probleme für die Schweiz bestätigen: es zeige sich anhand der Erfahrungen des Beratungstelefon in der Schweiz ein deutliches Defizit in der Kommunikation zwischen den Professionellen und den Patienten. Neben den gesundheitlichen Folgen für die Patienten müsse man daher auch von einer „täglichen Verschwendung“ von Versichertengeldern ausgehen.

Bernd Rehberg

Das Qualitätsmanagement in der Apotheke

In den letzten Wochen und Monaten ist mir immer wieder ein Begriff begegnet, der langsam mein Interesse weckte. Es war der Begriff "Qualitätsmanagement" (QM). Er begegnete mir in Artikeln und Diskussionen. Auch in Verbindung mit "Pharmaceutical Care", was natürlich mein besonderes Interesse weckte. Dann machte die Behörde für Arbeit und Gesundheit in Hamburg in der Patriotischen Gesellschaft einen dreitägigen Kongress zusammen mit der "Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG)" genau zu diesem Thema. Auch in dem Memorandum des VDÄÄ, an dem wir als VDPP für den Bereich Arzneimittel mitgewirkt haben, werden in 3 Abschnitten über Qualitätsmanagement in Krankenhäuser und Arztpraxen Forderungen aufgestellt. Als dann auch auf unserer Erfa-Gruppen-sitzung am 21./22. Febr. 1998 dieses Thema breiten Raum einnahm, ist mir die wachsende Bedeutung dieses Themas auch für den Dienstleistungsbereich Apotheke klar geworden.

Wenn wir heute von Qualitätsmanagement hören, bezieht sich das meistens auf Erfahrungen aus der Industrie. Die Industrie hat uns in

den letzten 50 Jahren Qualitätsmanagement vorgemacht. Aus Ihren Erfahrungen haben sie die DIN EN ISO Normen 9000 bis 9004 entwickelt (DIN steht für Deutsche Industrie Norm; EN steht für Europäische Norm; ISO steht für International Organisation for Standardization)

ISO ist ein Zusammenschluß nationaler Normungsgremien, der 1946 ins Leben gerufen wurde. Die Bezeichnung "ISO" wurde wegen der Nähe zum griechischen "ISOS" = gleich gewählt. Unter der Nummer 9000 wurden standardisierte Anforderungen für Managementsysteme harmonisiert und einheitlich zusammengeführt. Der Beginn der 9000er Normenreihe geht auf das Jahr 1979 zurück. Damals stellte das Britische Standard Institute (BSI) bei der ISO einen formellen Antrag, Normen zur Qualitätssicherung einzuführen. Eine ursächliche Triebfeder dafür war die Absicht, dem Schwergewicht des "Made in Germany" Paroli zu bieten. Die Entwicklung der Normenreihe hat dann 8 Jahre gedauert. Die erste Veröffentlichung erfolgte im Jahre 1987. Sie sind derzeit in über 50 Ländern der Erde eingeführt und Grundlage für die Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen (QMS).

Für den Dienstleistungsbereich sind die DIN EN ISO-Norm 9004 anwendbar. Die Normen sind allerdings sehr pauschal und global formuliert. Sie legen Mindestanforderungen fest, müssen interpretiert und auf die jeweilige Organisation zugeschnitten werden.

Aus den Erfahrungen der Industrie hat sich bis heute das QMS (Qualitätsmanagementsystem) entwickelt. Früher stand allein das Produkt mit seiner technischen Beschaffenheit und seinen Leistungsdaten im Mittelpunkt. Dementsprechend wurden die Herstellungsphasen überprüft und die Endkontrolle mit vielen Mitarbeitern durchgeführt. Fertigung und Prüfung waren daher getrennt. Es wurden Fehler gesucht und wer dafür verantwortlich war. So gab es nur negative Rückkopplung. Gemeinsame Verbesserungen waren kaum zu erreichen. Der nächste Schritt war die "Fehlerverhütung". Mit wieviel Mitarbeitern man auch die Endkontrolle ausweitete, es ließen sich die Fehler nicht verringern. Hier begann dann die Prozeßorientierung. Ein schöner Vergleich ist die Sterilisierung im Hygienebereich: Das Ergebnis läßt sich nicht jedes Mal prüfen, also sichert man den Prozeß, um Sterilität zu erreichen.

Heute nun in den 90iger Jahren, stehen wir am Übergang von prozeßbezogenen zum systembezogenen Qualitätsmanagement. Heute steht der Kunde mit seinen Anforderungen im Mittelpunkt. Es geht um "Null-Fehler-Strategie", es geht um präventive Fehlervermeidung. Auf dieser neuen Entwicklungsstufe auf der Innovation bei Steigerung der Leistungsqualität umgesetzt werden soll, mußte die Industrie die Erfahrung machen, daß nur unter Einbeziehung der Mitarbeiter in die Qualitätsverantwortung - also durch Soziale Qualität - diese Stufe zu erreichen war.

Jetzt möchte ich festlegen was für mich Qualität in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung für eine Apotheke bedeutet:

- Qualität ist die ordnungsgemäße Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln und neuerdings die Beratung über Arzneimittel und Gesundheitsfragen
- Qualität ist die Gesunden gesund zu erhalten. Wir sollen den Menschen bei Bagatellerkrankungen Wege ohne und mit Arzneimitteln zur Gesundung aufzeigen. Erkrankte sollen von uns aufgrund von geschilderten Symptomen zum Arzt geschickt werden.
- Qualität ist zu erkennen wann wird der Kunde zum Patienten und wann muß der Patient zum Arzt. Qualität ist auf dieser niederschweligen Ebene, die Bedürfnisse des Kunden/Patienten herauszufinden und ihm Hilfen für seinen Weg zur Gesundheit an die Hand zu geben
- Qualität ist durch Vertauen und vorsichtige Überzeugungsarbeit den K/P von krankmachenden Verhaltensweisen abzubringen und praktikable Wege mit ihm gemeinsam aus seinem Dilemma zu finden
- Qualität ist den Kranken in seiner Medikation zu begleiten, ihm neues Wissen vom Gesundheitsmarkt mitzuteilen und ihn falls notwendig auch zu Hause mit Arzneimitteln zu versorgen

Diese Qualität gegenüber der Bevölkerung erreiche ich nur durch eine Qualität in der Apotheke. Und diese Qualität teilt sich auf in 3 Teile:

1. Struktur-Qualität

Wie sind die Strukturen in der Apotheke angelegt?

Es beginnt mit der Lage der Apotheke. Liegt sie in einer Kleinstadt oder einer Großstadt, im Zentrum oder in einer Randlage. Oder liegt sie auf dem Dorfe. Wie ist die Konkurrenzsituation gegenüber Kaufhäusern, Drogerien, Großmärkten oder weiteren Apotheken. Besteht ein kollegiales Verhältnis unter den Apotheken oder Preis- und Zugabekampf bis aufs Messer. Welche und wieviel Ärzte gehören zum Einzugsgebiet und wie ist deren Verhältnis zu uns. Gibt es zu beliefern- de Heime oder Krankenhäuser. Wie hoch ist die Arbeitslosigkeit und die soziale Struktur der Bevölkerung im Einzugsgebiet.

Das sind die *äußeren Strukturen* und nun zu den *inneren Strukturen*: Wieviel Quadratmeter hat die Apotheke. Über wieviel Ebenen sind die verteilt. Wie ist das Verhältnis Chef, Approbierte, PTA, PKA, Putzfrau und Boten geregelt. Gibt es Teamarbeit mit eigenständiger Verantwortung und Arbeitsbereichen oder wird alles vorgeschrieben und jeweils von oben bestimmt. Wie wird der Jahresurlaub diskutiert und abgestimmt. Wie gestaltet sich die Entlohnung und welches Geheimnis wird darum gemacht. Welche Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung werden angeboten oder zugestanden und wie ist das mit der Vergütung. Wer macht das Labor und die Rezepturen. Wer sortiert die Ware in die Schub-schränke. Wie ist die Arbeitszeit und die Mittagspause geregelt. Welche Bedeutung hat die Bratung und die Zusatzverkäufe usw.usf.

2. Prozeß-Qualität

- Wie sind die Verantwortlichkeiten festgelegt in den oben aufgeführten Strukturen?
- Gibt es Spezialisierungen einzelner Mitarbeiter? Sind sie "gerecht" verteilt, damit die Mitarbeiter untereinander zufrieden sind?

- Sind die Arbeitsabläufe unter allen Mitarbeitern vereinheitlicht: bei der Herstellung von Rezepturen und Defekturen, bei der Bewältigung von Retouren, bei der Beratung von Schmerzpatienten, von Schnupfenpatienten, von Asthmapatienten, von Diabetikern?
- Wie verhalten sich die Mitarbeiter, wenn kein Rezept vorgelegt werden kann, bei schimpfenden, sich aufregenden, an die Decke gehenden Kunden/Patienten, bei der Abgabe von Proben, bei begründeten und unbegründeten Reklamationen, bei der Abgabe von Arzneimitteln an Kinder?
- Welche Bedeutung bemessen die Mitarbeiter der Freundlichkeit gegenüber Patienten/Kunden und der Ausführlichkeit der Kundenberatung bei.
- Wie wichtig und zeitaufwendig sind Zusatzverkäufe zu nehmen, oder die Kundenkarten anzubieten.

3. Ergebnis-Qualität

Renommee der Apotheke im Stadtteil. Ansehen der Apotheke in den Arztpraxen. Die Bewertung der Apotheke durch ihre Kunden/Patienten. Was halten die Krankenkassen, die Pflegeheime, die Selbsthilfegruppen von der Qualität der Apotheke. Einsatz von Fragebögen z. B. an Kundenkarteninhaber.

Mir ist klar, daß bei diesem Punkt die Bedeutung subjektiver Faktoren, was "Erfüllung" und "Erwartung" angeht, bei der Bewertung von Aussagen großes Gewicht beigemessen werden muß.

Bei der Aufzählung der 3 Punkte wird deutlich, daß der Punkt 2 (= die Prozeßqualität) den breitesten Raum einnimmt.

Aber Punkt 3 (= die Ergebnisqualität) ist das A und O des Qualitätsmanagements (QM).

Auf diese Gewichtung lege ich den allergrößten Wert.

Viele von Euch werden jetzt sicher sagen: Wieso, das machen wir doch alles. Die Bedingungen am Markt, eben die Praxis, verlangt das doch längst von uns, sonst hätten wir doch schon lange keine Kunden/Patienten mehr!!

Na klar, natürlich glaubt das individuell jeder von sich und seiner Arbeit. Ich glaube Euch ja auch. Ich kenne Euren Anspruch an eure tägliche Arbeit, an Euer soziales Gewissen, an Euren Einsatz für die Menschen in Eurem Stadtteil. Nur wie ist das mit den Menschen und Organisationen, die unsere Leistung bezahlen sollen und die nicht direkt, persönlich in unserer Apotheke stehen: Die Krankenkassen, die Pflegeheime, die Selbsthilfegruppen, die Arztpraxen - glauben die Euch auch?

Auf dem Herbstseinar 1997 hat Gerd Glaeske den Standpunkt der Krankenkassen eindeutig formuliert: geleistet Qualität ist für die Krankenkassen nur glaubhaft, wenn sie auch dokumentiert wird. Und in Düsseldorf am 15./16. Mai auf dem "Kongress für eine solidarische Gesundheitspolitik" vom "Forum für kritische Sozial- und Gesundheitspolitik e.V." hat Rudolf Dressler von der SPD Globale Budgets als gesundheitspolitisches Programm der SPD nach einem Machtwechsel am 27. September in Bonn angekündigt und die Krankenkassen unter dieser Prämisse erneut die Möglichkeit eingefordert, Einzelverträge mit Ärzten und Krankenhäuser abschließen zu dürfen. Da sind die Apotheken nicht mehr weit - und wie werden diese Einzelverträge dann wohl aussehen? Auch hier wieder Gerd Glaeske: "Geld der Kassen darf nur noch

für eine vernünftige Versorgung ausgegeben werden."

Der Anspruch an die Qualität einer hochwertigen Arbeit muß nachprüfbar sein, muß belegt werden. Nur so können Schwachstellen, die aus der alltäglichen "Betriebsblindheit" entstehen, aufgespürt und behoben werden. Vor allem auch um nachzuweisen, wie im Laufe der Zeit diese Qualität sich noch verbessert hat.

Dies ist ein Pfeiler des Qualitätsmanagements. Der andere Pfeiler ist die Überprüfung beim Kunden und Patienten.

Natürlich, Ihr müßt das nicht machen. Niemand kann Euch dazu zwingen. Nur eines ist klar, wenn Ihr dann in Konkurrenz zu Eurer Nachbarapotheke treten müßt und die macht Qualitätsmanagement, werden mit Euch wohl kaum Versorgungsverträge abgeschlossen. Die Leistungsempfänger, die Leistungsbezahler werden nachweisbare Qualität bevorzugen, wenn es um Honorare, wenn es um Lieferverträge geht. Und auch die Kunden werden sich an die Apotheke binden lassen, die ihnen umfassende Qualität erfahrbar bieten kann.

Na ja, könnt Ihr jetzt sagen: jetzt dokumentieren wir also die Prozeßabläufe, z.B. in der Beratung unserer Kunden/Patienten. Jeder muß sich an die schriftlich niedergelegten Schritte halten. Die vorgegebene Fragen müssen nacheinander abgearbeitet werden: und alles verkommt zu einem technokratischen Korsett. Jawohl, das könnte passieren. Und ich fürchte auch, daß das im Bereich der gesamten Gesundheitsversorgung - Arztpraxen mit ihren Qualitätszirkeln, Krankenhäuser mit ihren Qualitätszirkeln, Krankenkassen mit ihren Qualitätszirkeln, Gesundheitsbehörden mit ihren Qualitätszirkeln usw. usf - passieren wird. Qualität verkommt zum

Zertifikat an der Wand, wenn die Ergebnisqualität nicht erreicht wird, wenn vor der Ergebnisqualität halt gemacht wird.

Festgeschriebene Prozeßabläufe beschreiben ordnungsgemäßes Verhalten im Regelfall. Sie geben Sicherheit, daß man sich auf dem richtigen Weg befindet, daß die Ergebnisse nicht ganz falsch sein können. Und auf dieser Grundlage kann sich dann kreatives Verhalten entwickeln, neue Aspekte, neues Wissen, individuelle Erfahrung eingebaut werden. So kommt es zu einer höheren Qualität in der Gesundheitsversorgung. Diese wird dann wieder dokumentiert, und wir münden in einen dialektischen Prozeß ein.

Das ist dann das Ideal: die Qualitätsfähigkeit der Apotheke. Um das zu erreichen, ist eine weitere Voraussetzung unabdingbar:

Die Leitung muß es wollen

Die Leitung muß ein echtes Interesse an der Verbesserung der Qualität in allen Bereichen und auf allen Ebenen ihres Betriebes haben. Dies dokumentiert sie, in dem sie 2 Voraussetzungen schafft:

1. Arbeitsplatzgarantie. Durch die Einführung von Qualitätsmanagement darf es zu keinem Abbau von Arbeitsplätzen kommen. Und
2. es darf keine Kostenreduzierung ohne Mitsprache der Mitarbeiter vorgenommen werden.

Ich behaupte: jeder Mitarbeiter möchte seine Arbeit gut machen. Er möchte eine gute Qualität abliefern. Wenn er jetzt die Erfahrung macht, daß durch das QMS die Qualität seiner Arbeit sich verbessert, obgleich zunächst seine Fehler entdeckt wurden, ja sogar weil er Fehler zugegeben hat konnten Arbeitsvorgänge leichter, effektiver, schneller und

sinnvoller gestaltet werden, wird in den Köpfen der Mitarbeiter die notwendige Veränderung stattfinden können. Ohne Angst vor Nachteilen wird die Motivation gesteigert und die Mitarbeit an der Mehrarbeit des QM möglich.

Qualität muß von innen heraus wachsen

Die Einbeziehung des ganzen Betriebes von der Leitung bis zum Boten ist dann TQM = Total Quality Mangement. Die Leitung muß das Unternehmensziel formulieren, daß unter Einbeziehung aller Mitarbeiter ausgerichtet sein muß auf die Kundenerwartungen.

Wenn ich heute mit Menschen diskutiere, die schon als Mitarbeiter eines Betriebes mit dem System des QMS arbeiten und die sich mit der Praxis des QMS beruflich oder wissenschaftlich befassen, schlagen die meisten die Hände über dem Kopf zusammen. Sie schimpfen auf das Qualitätsmanagement und die für sie unsinnige Mehrarbeit durch die gan-

ze Dokumentation. Sie erwarten als einziges Ziel dieses Systems: Arbeitsplatzeinsparung, Kosteneinsparungen!!

Auch die meisten Qualitätszirkel verkommen heute noch zu Stammischen mit Erfahrungsaustausch z.B. über Problempatienten und wie man mit dem bestehenden Budget für sich das meiste herausholen kann. Oder wo man in der Praxis Kosten einsparen kann. Das hat mit QM wenig zu tun!

Wir aber als VDPP-Mitglieder haben Qualität auf unsere Fahnen geschrieben. Qualität wie ich sie oben ausgeführt habe. Qualität wie sie in unserer Selbstverpflichtungserklärung ausformuliert ist: nach innen und nach außen.

Aber dieses Qualitätsverständnis muß umgesetzt werden. Und wie setzen wir es um?!! Indem wir damit anfangen. Es muß angefangen werden. Der erste Schritt muß getan werden, dann werden die anderen Schritte folgen.

Es ist eine immense Arbeit, die bis zur Vollendung Jahre dauern kann. Es kommt nicht darauf an, welchen Namen wir dem "Kind" geben, "Qualitätsmanagement" oder "Zertifizierung". Anfangen müssen wir. Tun müssen wir es. Wer nicht irgendwann damit anfängt, fällt über kurz oder lang hintenrunter und muß sich aus dem gewandelten Gesundheitsmarkt verabschieden.

Wenn es uns als VDPP gelingt, diese Einsicht in unseren Apotheken umzusetzen, werden wir die Apotheken sein, die erlebbar den Kunden/Patienten in den Mittelpunkt ihres Handelns stellen und damit wieder Vorreiter im Apothekensektor des Gesundheitswesens sein!

Unter Zuhilfenahme eines Artikels von Dipl. Ing. Hartmut Kampa aus „Hamburger Workshop Qualität im Gesundheitswesen 1. Fachtagung“ vom 29.02.1996

Beratungshilfe für die Selbstmedikation

In der Selbstverpflichtungserklärung des Netzwerks sozialer Apotheken steht zum Thema Selbstmedikation u.a. geschrieben, daß eine „Positivliste für die Selbstmedikation“ erstellt werden soll. Als Vorarbeit für diese List hat die Erfa-Gruppe, die bekanntlich Voraussetzungen für das Netzwerk prüfen bzw. schaffen will, ein Schema erarbeitet, mit dem im Apothekenalltag die Beratungstätigkeit unterstützt werden soll. Für möglichst viele Indikationsgruppen innerhalb der Selbstmedikations sollen so Beratungsblätter entstehen.

Die Erfa-Gruppe würde sich sehr über Verbesserungsvorschläge und Anregungen freuen. Diese könnten an ...

Wolfgang Richter
Apotheke am
Gesundheitszentrum
Frh.-vom-Stein-Str. 9
64560 Riedstadt
T. 06158-915097
Fax 06158-915099

gerichtet werden, von dem der Entwurf des abgebildeten Beratungsblattes stammt.

(Thomas Hammer)

Beratungsblatt

Thema

Eisen

Wichtige Fragen

für wen?

Schwangerschaft/Stillzeit?

Schwere Erkrankung?

Starker Blutverlust?

Personen mit besonderem Beratungsbedarf

Kinder, Schwangere

Gründe für Beratung durch ApothekerIn oder Arzt

Starker Blutverlust

Wichtige Hinweise für den Kunden

evtl. Schwarzfärbung des Stuhls, unbedenklich

Verstopfung

Hinweise für Maßnahme ohne Medikament

Ernährungshinweis:

viel Eisen enthält 100%iges Vollkornbrot, Nüsse, Hülsenfrüchte, Hirse!

Wichtige Einnahmehinweise

normal: Einnahme auf nüchternen Magen morgens

keine Einnahme auf nüchternen Magen bei Magenempfindlichen

Empfehlenswerte Produkte

Kinder: Ferro66 Tropfen

Erwachsene: Lösferron Brause

Plastulen Kps.

FerroSanol Duodenal Kps.

NICHT empfehlenswert:

Präparate mit 3-wertigem Eisen (schlechte Resorption)

Kräuterblut (zu geringer Gehalt)

Franz Kirchner

Alle Jahre wieder: Neue Wundermittel zum Abnehmen.

Alljährlich zur Frühjahrszeit werden die neuesten Wundermittel zur Gewichtsabnahme angepriesen. Mit vollmundigen Werbeversprechungen wie „Schlank im Schlaf!“, „Abnehmen ohne Hungern!“ oder „Natürlich schlank“ läßt sich das Bedürfnis nach einem attraktiven Äußeren scheinbar problemlos erkaufen. „Zumindest die Abnahme des Geldbeutels ist dabei garantiert“, so das Fazit von Apotheker Franz Kirchner aus der Hirsch-Apotheke in Korbach.

Eine Gewichtsabnahme ist immer mit einem erheblichen Energieaufwand verbunden. Der Körper muß im gleichen Zeitraum mehr Kalorien verbrennen als zugeführt werden, nur dann wird das Körperfett abgebaut. Nach Angaben der „Deutschen Gesellschaft für Ernährung“ ist eine Gewichtsabnahme bis zu einem Kilogramm pro Woche unbedenklich, das entspricht einer Einschränkung der Nahrungszufuhr um ca. 1000 kcal („Kalorien“) pro Tag. Für „gesundes“ Abnehmen empfehlen die Wissenschaftler eine abwechslungsreiche, fettarme Mischkost über einen längeren Zeitraum. Extrem einseitige Diäten oder totales Fasten („Nulldiät“) sind nur für Gesunde

und einen kurzen Zeitraum geeignet, um einige üppige Tage auszugleichen. Längere Fastenkuren bergen erhebliche gesundheitliche Risiken wie Gichtanfälle, Herz-Kreislauf-Komplikationen, Verstopfung oder Schlafstörungen und sollten daher nur unter fachlicher Aufsicht durchgeführt werden. Langzeiterfolge durch Fastenkuren sind allerdings relativ selten, da man durch „Nichtessen“ nicht lernt, falsche Ernährungsgewohnheiten zu ändern.

Wer kennt aber nicht jene Darstellungen, auf denen links eine unförmige Person „vor der Diät“ und rechts die angeblich gleiche Person, beneidenswert schlank, mit strahlendem Lächeln und voller Lebensfreude, „nach der Diät“ abgebildet sind. Durch die abgedruckten Dankschreiben begeisterter Anwenderinnen empfohlen oder sogar in Talkshows von „führenden Experten“ in seiner Wirkung bestätigt, kann das neue „Wundermittel“ dann meist zum günstigen Einführungspreis im Ausland bestellt werden.

„Rausgeworfenes Geld!“, urteilt Apotheker Kirchner. „Falls man nach geleisteter Vorkasse überhaupt ein Produkt erhält, ist das Zeug

im günstigsten Falle unschädlich, im schlimmsten Falle enthält es starkwirksame Substanzen wie Appetitzügler oder Hormone, die erhebliche Nebenwirkungen verursachen können. Haftungsrechtliche Ansprüche lassen sich bei Firmen im Ausland allerdings kaum durchsetzen. Daher ist bei solch verlockenden Angeboten von ausländischen Firmen grundsätzlich Vorsicht geboten.“

Aber auch bei deutschen Anbietern ist der Verbraucher vor vermeintlichen Wundermitteln kaum sicher. Meist über Apotheken werden in den letzten Jahren vermehrt sogenannte Nahrungsergänzungsmittel angeboten, die aus Extrakten von Lebensmitteln wie Spargel, Obst, Joghurt, aber auch Schalen von Meerestieren hergestellt werden, und in ihrer Aufmachung den echten Arzneimitteln sehr ähnlich sind. Da eine ergänzende Zufuhr von den darin enthaltenen Vitaminen oder Mineralstoffen bei schlechter Ernährungslage durchaus sinnvoll sein kann, ist der Vertrieb über Apotheken bis dahin rechtlich auch nicht zu beanstanden.

Um die Nachfrage nach Gemüse oder Obst in Kapselform zu steigern, ist manchen Herstellern allerdings jedes Mittel recht. Durch geschickte Plazierung in Zeitschriften und Talkshows wird mit schier unglaublichen medizinischen Wirkungen geworben und das Interesse der abnehmwilligen Bevölkerung geweckt. Da diese Werbung oft als neutrale

Berichterstattung oder als gesichertes Erkenntnis von vermeintlichen Experten „getarnt“ ist, steigt die Nachfrage bald um ein Vielfaches.

„Da wird der „seriöse Vertriebsweg Apotheke“ von manchen Herstellern bewußt mißbraucht, um den Kunden eine geprüfte Apothekenqualität zu suggerieren“, meint der Hirsch-Apotheker. „Die Inhaltsstoffe dieser Präparate sind in der Regel harmlos,

ein Wirksamkeitsnachweis existiert jedoch nicht. Die Werbung mit medizinischen Wirkungen ist für Nahrungsergänzungsmittel zwar verboten, aber bis die zuständigen Behörden reagieren, ist die PR-Kampagne meist schon gelaufen. Zwei besonders auffällige Beispiele aus jüngster Zeit sind die Präparate „Bonsal“ und „Resorbitol“, die aus Abfällen von Krustentieren wie Krebs oder Hummer hergestellt wurden. Nachdem vor einigen Monaten in einer Fernsehsendung und in vielen Zeitschriften eine sensationelle, „fetstoppende“ Wirkung herausgestellt wurde, die das Abnehmen ohne Hungern ermöglichen sollte, setzte eine starke Nachfrage in den Apotheken ein. Jetzt wurden die „Wundermittel“ von den Überwachungsbehörden offiziell verboten. Vertrauen Sie bei neuen Wundermitteln also nicht den bunten Werbeanzeigen, sondern fragen Sie auch hierbei lieber Ihren Arzt oder Apotheker!“

Was aber tun, um lästige Pfunde loszuwerden? Auf den ersten Blick sind die sogenannten Diät-Drinks wie Slim-Fast oder Figura-Fit eine scheinbar sichere Methode, um be-

quem abzuspecken. Pulver ins Glas, Wasser drüber, und fertig ist der kalorienarme, aber sättigende Nahrungsbrei. Abgesehen von der Eintönigkeit des Geschmacks und dem fehlenden „Biß“, sind diese Pulverdrinks nach einer Untersuchung der Zeitschrift Öko-Test ebenfalls nicht empfehlenswert. Die meisten enthalten zu wenig lebensnotwendige Fettsäuren, zu wenig Ballaststoffe oder ganz einfach zu wenig Kalorien. Die Nebenwirkungsrisiken reichen von Gallensteinbildung, Menstruationsstörungen, Antriebsschwäche, Schwindel bis zu Verdauungsproblemen.

Auch die sogenannten Entschlackungsmittel sind zur Gewichtsabnahme nicht geeignet. Meist handelt es sich dabei um pflanzliche Wirkstoffe mit abführendem oder entwässerndem Effekt. Durch den Verlust von Körperflüssigkeit zeigt die Waage zwar schnell nach unten, aber es wird kein Gramm Körperfett abgebaut. Bei längerer Anwendung wer-

den die Nieren stark belastet oder es kann zu chronischer Darmträgheit kommen. Sobald die Präparate abgesetzt werden, füllt der Körper seine Flüssigkeitsspeicher wieder auf und das alte Gewicht stellt kehrt zurück.

„Wir empfehlen daher völlig unspektakulär eine abwechslungsreiche, fettarme Mischkost, d.h. viel Vollkornprodukte, Obst, Gemüse, Verzicht auf fettreiche und süße Lebensmittel sowie zucker- oder alkohohaltige Getränke, dafür viel Bewegung und Sport. Zur Unterstützung kann dabei eine zusätzliche Versorgung mit Vitaminen und Mineralstoffen sinnvoll sein und, um Heißhungerattacken zu verhindern, eventuell ein Quellstoffpräparat. Diese Form der Gewichtsreduktion setzt zwar eine intensive Mitarbeit und Eigeninitiative voraus, ist aber langfristig die beste Methode, um eingefahrene, ungesunde Ernährungsweisen zu verändern und sein Gewicht dauerhaft zu halten“, so der Rat von Apotheker Kirchner.

Alle Jahre wieder -
Neue Wundermittel zum Abnehmen!

VORANKÜNDIGUNG

VDPP-Herbstseminar 1998

Thema (Arbeitstitel):
Bewertung von klinischen Studien durch Offizien und
Krankenhausapotheker
Ort: Hamburg Curio-Haus - Zeit: 7. und 8. November 1998

Dorothea Hofferbert/Christl Trischler

Frauenseminar 1998 des VDPP am 16.Mai in Berlin

Zwölf Apothekerinnen trafen sich am Samstag im Frauenhotel Artemisia zum Frauenseminar mit dem Thema

„Beschwerden in den Wechseljahren, Alternativen zur Hormontherapie.“

Die erste Referentin, **Katharina Duddeck**, Internistin im Krankenhaus Moabit in Berlin, Abteilung Naturheilkunde, berichtet über alternative Behandlungen bei Wechseljahresbeschwerden sowohl ambulant wie auch nach stationärer Aufnahme.

Sie sagt, daß die Wechseljahre der Frau nicht als Krankheit zu betrachten sind, sondern einen Prozeß der hormonalen Umstellung darstellen. Östrogene haben einen parasympathotonen Einfluß, ein Mangel an diesen führt zu einem Überwiegen des Sympathicus. Daher kommt es in den Wechseljahren neben Blutungsstörungen, psychischen und vegetativen Veränderungen auch zu Herzjagen, Hitzewallungen, Schweißausbrüchen.

Etwa ein Drittel aller Frauen klagt nicht über Schwierigkeiten, ein Drittel hat leichte Beschwerden und ein Drittel begibt sich in Behandlung wegen starker Probleme.

Die Abteilung für Naturheilkunde bemüht sich um eine ganzheitliche

Sichtweise in der Behandlung der Patientinnen, eine Ordnungstherapie soll sie wieder ins Gleichgewicht bringen.

Frau Duddeck berichtet über folgende Verfahren, die in ihrer Abteilung angewendet werden.

1. Hydrotherapie und Balneologie
2. Physikalische Therapie
3. Bewegungstherapie
4. Ernährungstherapie
5. Spezifische Reflextherapie
6. Phytotherapie

1. Hydrotherapie und Balneologie:

gezielte Wasseranwendung nach Kneipp'schen Verfahren, wie Wasserguß, Blitzguß, Wechselbäder, Sitzbäder, Kaltwaschung, Wassertreten, Tautreten, Trockenbürsten.

Die Wasseranwendungen können kalt, warm oder bei Körpertemperatur durchgeführt werden. Sie werden solange gemacht, wie die Patientin sie als erträglich empfindet.

Die Wickeltherapie, ebenfalls nach Pfarrer Kneipp, wird zur vegetativen Umstimmung durchgeführt.

Unmittelbar auf den Körper der Patientin wird ein kaltes und nasses Tuch gelegt, darüber kommt ein trockenes Laken, zum Schluß wird die Patientin in eine warme Decke

gehüllt. Es werden Brust-, Leib-, Rumpf-, Ganzkörper-, Waden-, Fuß- und Halswickel verordnet.

2 Physikalische Therapie

hier werden gezielt Massagen und krankengymnastische Übungen angeboten.

3. Bewegungstherapie

Entspannungsverfahren wie Yoga, Tai Chi, Quigong, autogenes Training, Feldenkrais u.ä. werden geübt.

4. Ernährungstherapie

Langjähriges ungesundes Eßverhalten kann dazu führen, daß Obstipation, Reizdarm, Verdauungsprobleme entstehen.

Durch Heilfasten und Umstellung auf eine Vollwerternährung soll eine bessere Stoffwechselleistung erreicht werden. Es kommt zu einer Natriurese, Diurese, antientzündlichen Wirkung, Entlastung der Gelenke, Immunmodulation. Nebenwirkungen wie Hypotonie, Frieren, Kopfschmerzen, Fastenkrise müssen beachtet werden. Es gibt verschiedene Fastenformen, z.B.

- Teefasten
- Fasten nach Buchinger (3/ die)
- Schleimfasten
- Molkefasten
- Schrippenfasten
- Mayr-Diät u.ä.

Das Fasten soll mit einem Einlauf und der Einnahme von Glaubersalz beginnen, nach Beendigung des Fasten soll sich die Patientin langsam an eine verträgliche Vollwertkost gewöhnen.

5. Reflextherapie

Bindegewebsmassage, Schröpftherapie
Fußreflexzonenmassage
Unterwasserdruckmassage
Aderlaß

Akkupunktur Atemtherapie

Bei der Schröpftherapie werden über die Haut innere Organe behandelt.

Die Fußreflexzonenmassage ist effektiv, es steht aber noch ein wissenschaftlicher Beweis ihrer Wirksamkeit aus.

6. Phytotherapie

Hier werden pflanzliche Mittel, die z.B. Cimicifuga oder Agnus castus enthalten, verordnet.

Die zweite Referentin **Dr.med Vera Schrepfer**, Frauenärztin, berichtet über Ihre Erfahrungen bei der Behandlung von Frauenleiden mit klassischer Homöopathie.

Nach einer gründlichen Anamnese mit Fragebogen und ausführlicher Schilderung der körperlichen Symptome wird ein Einzelmittel oder Konstitutionsmittel ausgewählt. Es findet eine Arzneimittelprüfung am Menschen statt. Die Ärztin wählt Centesimal-Potenzen aus, beginnt meist mit einer C-1000. Die Patientin muß 14 Tage lang ein Tagebuch führen, meist tritt eine Erstverschlimmerung ein. Die Mittelwiederholung findet bei Verschlechterung oder Stagnation der Heilung statt.

Die Akuttherapie kann auch von einem Laien oder in der Selbstmedikation durchgeführt werden.

Die Konstitutionstherapie beinhaltet die Behandlung einer chronischen Erkrankung und soll nur von einem Fachmann oder einer Fachfrau in der klassischen Homöopathie durchgeführt werden.

Folgende Konstitutionstypen gibt es:
- Psora = Unterfunktion
- Sykose = Übertreibung
- Syphilis = Zerstörung

Bei der Verordnung von Komplexmitteln können Patientinnen in die

Arzneimittelprüfung gebracht werden, d.h. sie entwickeln Symptome, die nicht ihrem eigenen Krankheitsbild entsprechen, sondern künstlich erzeugt werden und daher Schaden anrichten.

Mercurius ist das homöopathische Antibioticum und muß sehr sorgfältig eingesetzt werden, da die Gefahr besteht, daß Symptome unterdrückt und nicht erkannt werden.

Die Herigschen Regeln in der Homöopathie besagen, daß eine Behandlung immer von oben nach unten oder von innen nach außen erfolgen soll (Das erklärt, warum Hautgeschichten so schwierig zu behandeln sind).

Ebenso müssen Symptome in umgekehrter Reihe behandelt werden, wie sie gekommen sind.

Klassische Homöopathica zur Behandlung von Wechseljahresbeschwerden sind Pulsatilla, Sepia, Lachesis, Lycopodium, Ignatia, Sulfur, Platin, Cocculus, Sabina, Nuxvomica.

Am Nachmittag diskutierten wir den Fragebogen der Berliner VDPP-Gruppe zu den Wechseljahren. Dieses Informationsblatt soll gezielt in den Apotheken verteilt werden, um genauere Informationen über das Ordnungsverhalten zu gewinnen und kritisches Bewußtsein für die Hormonbehandlung zu wecken.

Die Berliner Vorbereitungsgruppe bittet um Änderungsvorschläge und Kritik. Das überarbeitete Faltblatt wird im nächsten Rundbrief abgedruckt. Mit dem VDPP-Vorstand wird geklärt, wieviele Faltblätter gedruckt werden, wie sie verteilt werden, die Finanzierung wird abgesprochen. Im Winter soll dann eine Aktion in allen interessierten Apotheken gestartet werden.

Christl T. legte ein Beratungsblatt für die Apothekenmitarbeiter zum Thema Osteoporose vor. (s.u.)

Die nichtmedikamentöse Therapie, wie Ernährung, Bewegung, Aufenthalt im Freien wird überarbeitet. Die Betreuung von Osteoporose-Patienten in der Apotheke ist zeitaufwendig, es stellt sich die Frage, wie diese Beratung honoriert werden kann.

Zum Abschluß werden noch geschmiedet:

Pläne für das Frauenseminar 1999: Geschichtsseminar zur Ausstellung 100 Jahre Pharmaziestudium für Frauen.

Kosmetik, welche Stoffe fallen unter die Kosmetikverordnung, wie müssen sie deklariert sein, welche gesetzlichen Vorgaben gibt es?

Frauenspezifische Gesundheitsversorgung, der Bundesregierung liegt eine Anfrage zu diesem Thema vor, in Bonn findet zur gleichen Zeit wie unser Seminar eine Veranstaltung der Women's Health Coalition e.V. statt.

Beschlossen wird, das nächste Frauenseminar Anfang Mai in Hamburg zu organisieren, das Thema wird noch festgelegt.

Resümee des diesjährigen Frauenseminars: gute Referentinnen, leider zu wenig Zeit, praxisrelevante Fragen ausgiebiger zu diskutieren, angenehmes Ambiente im Tagungsraum und auf der Dachterrasse.

Arbeitsblatt Osteoporose

Das Ziel: mit diesem Beratungsblatt soll die Qualität einer Beratung in der Apotheke verbessert werden. Damit von allen im Handverkauf tätigen gleich gut und kompetent beraten werden kann, sollte das Blatt von und mit allen erarbeitet oder zumindest durchgesprochen werden. Erweiterungen und Verbesserungen sind erwünscht. (Das Beratungsblatt ist bewußt sehr knapp und sollte je nach Bedarf der einzelnen Apotheke noch erweitert werden)

Patienten-Info: Osteoporose

Definition der Osteoporose

Systemische Skeletterkrankung, die durch eine niedrige Knochenmasse und eine Störung der Mikroarchitektur des Knochengewebes charakterisiert ist.

Bei der Osteoporose der Frau wurde von der WHO ein Grenzwert festgelegt, der sich auf den Mittelwert des Knochenmineralgehalts junger erwachsener Frauen bezieht: 2,5 SD oder mehr unterhalb dieses Mittelwertes.

Beim gesunden Menschen halten sich Knochenneubildung und Knochenabbau die Waage. Es wird fortwährend Knochensubstanz auf- und abgebaut. Etwa bis zum 30. Lebensjahr nimmt die Knochenmenge insgesamt zu. Dann beginnt ein langsamer, aber beständiger Verlust an Knochenmasse. Die Knochen verlieren immer mehr an Festigkeit. Das Endergebnis sind schwache und für Brüche anfällige Knochen, ständige Schmerzen, erzwungene Bewegungsarmut, weitere Herabsetzung der mechanischen Belastbarkeit und schließlich die Immobilität mit all ihren Folgen für Kreislauf und Atmung sowie eine fortschreitende Angst vor weiteren Frakturen.

Die Krankheit betrifft vor allem Frauen in und nach der Menopause, sie tritt aber auch bei älteren Männern auf.

Die Messung der Knochendichte erfolgt nach verschiedenen Methoden.

Die Diagnose muß durch Messungen im Jahresabstand und durch andere Faktoren abgesichert werden.

Risikofaktoren:

Frühe Wechseljahre, Rauchen, Alkohol, falsche Ernährung vor allem in der Kindheit /Jugend und Bewegungsmangel sind die wichtigsten Risikofaktoren.

Weitere Risiken sind genetische Faktoren (in manchen Familien tritt diese Krankheit gehäuft auf)

Auch manche Medikamente können eine Osteoporose hervorrufen

TIPS für unsere Kundinnen

1. Richtige Ernährung

d.h. kalziumreich

Kinder und Jugendliche sollten etwa	1000- 1500mg
junge Erwachsene	1200- 1500mg
Erwachsene	mindestens 1200mg
Schwangere und Stillende	„ 1500mg
Aeltere Menschen	„ 1500mg
Osteoporosepatientinnen	„ 1200mg zu sich nehmen.

Viel Calcium ist enthalten in: Milch (1 Liter etwa 1000mg Ca), Milchprodukten, Gemüse (z.B. Fenchel enthält pro 100g etwa 100 mg Ca) und nicht zu vergessen in Kräutern (10 g Petersilie 15 mg Ca) und in Mineralwässern. Tabellen mit Ca-gehalt der gängigsten Lebensmittel bereithalten!

Viele ältere Personen vertragen keine Milch! Lactoseintoleranz! Fermentierte Milchprodukte, bei denen die Lactose weitgehend abgebaut ist, werden aber meist vertragen.

Achtung : Phosphate und Oxalate behindern die Calciumaufnahme, ebenso Phytin.

Phosphat ist nötig, deshalb auf ausgewogenes Ca/ Phosphat verhältnis achten (Quark z.B. ist ausgesprochen ungünstig.)

Phosphorreiche Nahrungsmittel: Fleisch, Innereien, Schmelzkäse, Sojaprodukte, Fertiggerichte, Wurst, Cola, Huelsenfrüchte.

Oxalat: Kakao, Schokolade, Rhabarber, Mangold, Spinat, Rote Rubeen.

Phytin: in Frischkornbrot und Frischkornmüsli. Phytin wird durch Erhitzen inaktiviert. Vollkornbrot ist also o.k., ebenso Haferflocken.

Oftmals wäre eine ausführliche Ernährungsberatung angebracht. Änderungen der Ernährungsgewohnheiten sind erfahrungsgemäß nur langsam und Schritt für Schritt zu erreichen.

2. täglich mindestens 1/2 Stunde an die frische Luft

Körper produziert dann genügend Vitamin D, das zum Aufbau der Knochen unerlässlich ist.

3. regelmäßige Bewegung

Vorbeugend von Kindheit an viel und regelmäßig bewegen und Sport betreiben.

Am besten ist sog. Spielsport mit sehr abwechslungsreicher Bewegung.

Ungünstig ist übermäßiger Leistungssport.

Für ältere Personen und Patientinnen mit Osteoporose gibt es gezielte Osteoporosegymnastik unter Anleitung einer KG oder in einer Selbsthilfegruppe.

Achtung: Es ist ausgesprochen ungeschickt einer Patientin, die unter starken Schmerzen, bedingt durch ihre Osteoporose leidet einfach zu mehr Bewegung zu raten. Diese Patientinnen müssen sehr behutsam erst mal überzeugt werden, dass es eine spezielle Gymnastik für sie gibt, die ihnen hilft mit ihren Schmerzen besser fertig zu werden und die das Fortschreiten des Knochenabbaus verlangsamt..

4. Sturzrisiken verhindern!

- Glatte Böden, nicht rutschfeste Badematten, schlechte Beleuchtung können zur Gefahr werden. Also: die Wohnung daraufhin mal durchsuchen.
- Für Arbeitsflächen in der richtigen Höhe sorgen. Alles muß ohne Leiter erreichbar sein:
- Der nächtliche Gang zur Toilette sollte ohne Treppen und sonstige Hindernisse möglich sein.
- Gehhilfen auch nachts benutzen. Licht anmachen!
- Es gibt sogenannte Hüftprotektoren, die den gefürchteten Oberschenkelhalsbruch verhindern helfen..

5. Hinweise für die Medikamenteneinnahme:

- **Didronel:** 2 Std vor oder nach dem Essen mit viel Wasser (kein Mineralwasser mit hohem Ca.gehalt) nie zusammen mit Calcium, keine Antacida zum selben Zeitpunkt. 14 Tage lang Didronel, 76 Tage lang ein Calciumpräparat
- **Fosamax:** 30 Min. vor dem Frühstück mit viel Wasser (kein Mineralwasser). Nicht mehr hinlegen, Gefahr der Schädigung der Speiseröhre Zusammen mit einer Nahrung Bioverfügbarkeit gleich 0!
- **Calcitonin:** für reichliche Ca Zufuhr sorgen
- **Natriumfluorid:** nicht zusammen mit Calciumpräparaten und calciumhaltigen Lebensmitteln.

6. Griffige Formulierungen

Der Knochen lebt!

Knochengesunde Ernährung

Sonne hilft dem Knochen

Bewegung nützt- Bewegung schützt

Keine Behandlung mit Medikamenten ohne Bewegungstherapie

7. Broschüren, die in der Apotheke für die Patientinnen zu Verfügung stehen:

- Z -Bsp.: Osteoporose Fragen und Antworten Hrsg. Deutsches Grünes Kreuz 1996
 Osteoporose und Bewegung / Ernährung Henning Berlin
 PatientenLeitfaden Osteoporose mit Übungsprogramm Synthelabo Arzneimittel

8. Adressen:

Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf Tel. 0211-319165

Adresse der nächstgelegenen
Selbsthilfegruppe:

9. Literatur zum Nachlesen:

- Hoerning, Martin: Osteoporose. Vorbeugen und Behandeln. Fischer Frankfurt a. M. 1990
- Deutsches Grünes Kreuz:: Osteoporose Leitlinien Kilian Verlag 1996
- .Ringe , J.D.: Osteoporose Georg Thieme Verlag Stuttgart 1995
- Loeser,A.: Osteoporose. Vorsorge, Therapie, Pflege. Hannover 1995
- Simkin, A.,Ayalon, J.: Das Osteoporose-Trainingsprogramm München 1990
- Lauritzen, C. Minne ,H.W. :Osteoporose Wenn Knochen schwinden . Thieme verlag Stuttgart 1990
- Leibold, Knochenentkalkung muß kein Schicksal sein
- Notelovitz, Morris.Ware, Marsha: Aufrecht bis ins hohe Alter Goldmann Verlag 1989
- Kuratorium Knochengesundheit
- v.Werder.,Schulz M.: Prophylaxe und Therapie der Osteoporose: Ein Leitfaden für die Praxis.;
Wissensch.Verlagsges. Stuttgart 1991
- Keck E, Kruse HP: Osteoporose- Klinik-Diagnostik-Therapie.Gustav fischer Verlag Jena,Stuttgart 1994

Udo Ament

Vom Ende einer Lüge

Nachruf auf die RAF, Teil 1

Die RAF ist tot. Schon lange war sie handlungsunfähig gewesen. Nun endlich haben die letzten versprengten Aktivisten sich dazu durchgerungen, ihre Sicht der Dinge an die Realität anzupassen. Damit ist es offiziell: Der „Kampf des Volkes gegen das Schweinesystem“ ist gescheitert; die Protagonisten sitzen im Gefängnis, liegen auf dem Friedhof oder sind ausgestiegen, ihre Organisation ist dort gelandet, wo sie hingehört - auf dem Müllhaufen der Geschichte.

Dorthin hat die RAF nicht erst seit 1989 gehört, wie *Antje Vollmer* sagt, sondern eigentlich schon immer. Gab es in der BRD jemals eine wirkliche Notwendigkeit des bewaffneten Kampfes gegen die staatliche Ordnung? Ich glaube nicht, daß die Ideologen der RAF Lenin gelesen haben, und wenn doch, dann haben sie nicht verstanden. Die Bundesrepublik war und ist von einer revolutionären Situation so weit entfernt wie Himmel und Hölle. Das Volk entschließt sich erst dann zur Revolution, wenn es absolut keine Hoffnung auf ein menschenwürdiges Dasein unter den gegebenen Umständen mehr findet, wenn Not und Unterdrückung im täglichen Kampf um die eigene Existenz körperlich erfahren werden. Dann allerdings kann keine Staatsmacht der Welt den

Gang der Dinge aufhalten. Das Volk wird zur Revolution getrieben, nicht geführt, und schon gar nicht von einer Handvoll Spinner, deren Themen dem gewöhnlichen Menschen auf der Straße schlichtweg schießegal sind. Erst recht so in Deutschland. Wenn in Deutschland die Revolution auf einem Bahnsteig stattfände, hat Lenin gesagt, würden die revolutionäre Bahnsteigkarten kaufen. Diese Aussage trifft wahrscheinlich 1998 genauso den Kern der deutschen Seele wie 1918 oder auch 1968.

Es lohnt, sich rückzuerinnern. *Fritz Teufel* und seine Freunde wollten die Welt antörmeln. Mit Rockmusik im Ohr und dem süßlichen Duft in der Nase, so glaubten die „Haschrebellen“, würde die Gesellschaft sich verändern lassen. Doch dann wurde Benno Ohnesorg während einer Demo von einem in Panik geratenen Polizisten totgeschossen, ein verwirrter, aufgehetzter Arbeiter knallte *Rudi Dutschke* nieder, der friedfertige *Martin Luther King* war ermordet worden wie der militante *Malcolm X*. In Vietnam brannten die Wälder und die Dörfer und die Menschen. Die Mörder in Vietnam waren genauso vollgekiffert wie die Haschrebellen in Berlin. Das Weltbild stimmte einfach nicht mehr. Gegen bourgeoise Gewalt hilft nur

revolutionäre Gegengewalt, lautete die neue Parole. „Macht kaputt, was euch kaputt macht“, sangen Ton Steine Scherben.

„Brenn, Kaufhaus brenn“, skandierten die ehemaligen Haschrebellen. Doch kaum jemand vermochte die Assoziation des brennenden Kaufhauses mit der Napalmhölle von My Lai nachzuvollziehen. Vietnam war irgendwo am Arsch der Welt, war ganz weit weg. Nun setzt die Bildung eines merkwürdigen, ganz und gar deutschen Mythos ein. Als Ulrike Meinhof mithilfe, den wegen der Kaufhausbrandstiftung einsitzenden *Baader* zu befreien, wurde sie zur Staatsfeindin erhoben und von der Polizei gejagt. Die „Baader-Meinhof-Gruppe“ war geboren. Die Rückkehr in die bürgerliche Gesellschaft war den so Gebrandmarkten versperrt. Sie schlüpfen in die Rolle, die der Staat ihnen zugewiesen hatte. Sie unterwarfen sich dem indirekten staatlichen Diktat mit einer solchen Inbrunst, wie nur Deutsche dazu in der Lage sind.

Ein schlauer Kopf hat einmal gesagt, daß die Menschen bis zu 90% der großen geistigen Kapazitäten, die ihr Gehirn ihnen verleiht, dazu verwenden, abgelaufene Handlungsweisen im Nachhinein zu rationalisieren. *Ken Kesey*, der US-Schriftsteller und Aktionskünstler, hat diesen Gedanken auf einen elementaren (tierischen) Nenner gebracht, als er beschrieb, welche Botschaft Demonstrationsredner tatsächlich vermitteln wollen: „Sie rufen Ich ich ich. Sie recken das Kinn in die Höhe und schreien dir ihr Ich ich ich entgegen.“

Ich glaube, daß diese Aussage *Kesey*s auf die Mitglieder der RAF übertragen werden darf. In die Illegalität getrieben, frönten sie einer gewissen *Che-Guevara*-Romantik und führten, da sie keine andere Möglichkeit mehr hatten, auf sich aufmerksam zu

machen, ihre Anschläge aus. Ihre dazu im Nachhinein angefertigten Statements lesen sich so bemüht, verquast und abgehoben, daß jedes Schulkind die Widersprüche hätte auffinden können, den Irrweg, auf dem die RAF sich befand. Damals hatte ich das Glück, nicht in Deutschland zu leben, sondern in England, und deshalb kam ich relativ ungehindert an die RAF-Propagandaschriften heran. Ich erkannte sofort, daß es sich dabei um einen eilig zusammengeschusterten ideologischen Überbau handelte, mit dem Taten gerechtfertigt wurden, nachdem sie begangen worden waren.

In Deutschland war man auf das äußerste bemüht, derlei Material geheim zu halten - aus gutem Grund. Nur so ließ sich der Mythos von der staatsbedrohenden Guerillamacht aufbauen, den der Staat brauchte, um die gesamte demokratische Fundamentalopposition ins Abseits zu drängen. Mit ihren Bomben tat die RAF dem Staat einen großen Gefallen. Die RAF spielte, um wieder mit Ken Kesey zu reden, sie spielte „denen ihr Spiel“. Das möchte ich nun genauer ausführen.

Zunächst möchte ich die These aufstellen, daß die RAF bzw. die Baader-Meinhof-Gruppe von, sagen wir 1974, das Produkt eines Verständnisses von Demokratie war, in dem die Deutschen sich zumindest damals von ihren westlichen Nachbarn grundlegend unterschieden. Dieser Unterschied des Denkens ist historisch begründet, und ohne diesen Unterschied hätte es die RAF nie gegeben. Ich muß also noch ein Stück weiter zurückrudern in der deutschen Geschichte, um dies zu verdeutlichen.

Die deutsche Demokratie begann 1918. Zu einem Zeitpunkt, als etwa die Schweiz, die USA, Großbritannien und Frankreich schon auf eine z.T. mehrhundertjährige demokrati-

sche Tradition zurückblicken konnten, mußte die Weimarer Republik erst die Spielregeln erlernen, und sie besaß eine für diesen Zweck völlig unbrauchbare Geschäftsordnung. 1933, nach nicht einmal 15 Jahren, votierte dieser Kindergarten für seine eigene Entmachtung. Es folgten 12 Jahre Nazi-Diktatur mit all ihren Schrecken und danach, in einem physisch, wirtschaftlich und politisch verwüsteten Land 1949 der demokratische Neuanfang wohl weniger nach dem Willen des Volkes als dem der Siegermächte.

Zunächst mußten die Trümmerberge weggeräumt, danach das Land und die Wirtschaft wieder aufgebaut werden. Politik war, was dem Wiederaufbau nutzte. Keine Frage, daß man sich denen verpflichtet fühlte, die mit Milliardenbeträgen die ehemalige Ziegenweide zum Paradeobjekt westlich des Eisernen Vorhangs hochpäpkelten. Die Diskussion der eigenen Vergangenheit war in Deutschland inzwischen nicht mehr erwünscht. „Keine Experimente“ forderten, nein, befahlen die Polit-Dinosaurier, die seit 1949 am Ruder waren mit dem altersstarrsinnigen Adenauer an der Spitze und den als Aktenkofferträger hinterhertrabenden Erhard und Riesinger. Und das politische Fußvolk in Bonn gehorchte lammfromm.

Inzwischen schrieb man das Jahr 1965. Das Wirtschaftswunder hatte eingesetzt. Von den drängendsten existentiellen Problemen befreit, begannen viele, die herrschende politische Situation zu hinterfragen. Das Wahlergebnis fiel 1965 auch nicht mehr so eindeutig aus wie in den Jahren zuvor. Und was machte die SPD? Eben noch mit der Regierung in erbittertem Kampf gegen die Notstandsgesetze, ließen die Sozialdemokraten sich unter dem Vorwand, man müsse angesichts einer minimalen Delle in der Konjunkturkurve des Boomlandes BRD eine Art

Krisenstab bilden, auf die Große Koalition ein. Damit bewiesen sie, daß sie über 30 Jahre nach 1933 immer noch nichts dazugelernt hatten.

Es hatte sich mittlerweile doch eine kleine Schicht Intellektueller herausgebildet, die die Vergangenheit und auch das herrschende System kritisch betrachteten und die ihre Wurzeln vor allem an den Universitäten hatten. Mit der Großen Koalition zerbarst für diese Menschen eine Illusion. Nach dem Entschluß der Bundes-SPD, sich für die Perpetuierung der alten Politik instrumentalieren zu lassen, erkannten sie: Wenn die parlamentarische Opposition ihre Rolle verweigert, muß eine außerparlamentarische Opposition (APO) von der Straße aus das versuchen zu schaffen, was die in Bonn nicht können oder nicht wollen. Die „68er Generation“ war auf den Plan getreten.

Damals begann nicht nur in Deutschland die kritische Intelligenz, dem Staat den Gehorsam zu verweigern, sondern es dämmerte auch das Zeitalter der Globalisierung herauf, und es begann mit der medialen Vernetzung der Welt. Die Menschen erfuhren, was in anderen Teilen der Welt passierte, während sie vor dem Fernseher saßen. Die USA, Erfinder des Begriffes „Verbrechen gegen die Menschlichkeit“ im Zusammenhang mit der Nazi-Diktatur, waren dabei, in Vietnam eben dieses Verbrechen zu begehen, und zu diesem Zweck verheizten sie den armen, unterprivilegierten Teil ihrer eigenen Jugend. Die Studenten an den amerikanischen Hochschulen rebellierten dagegen; gleichzeitig forderten die Schwarzen in den Gettos ihre Bürgerrechte ein.

In Frankreich und Italien äußerte der Protest der jungen Menschen sich kulturell. *Godard, Chabrol, Rosi* und *Leone* drehten Filme, in denen immer die Bösewichte gewannen -

Spiegelbilder einer verrotteten Gesellschaft, die über Leichen ging. In England verkündeten die Elitezöglinge Jagger und Richards 1967, die Zeit sei reif für den Kampf in den Straßen, und sie hatten recht damit, worauf der Arbeitersohn *John Lennon* entgegenhielt: „So, ihr wollt also die Revolution. Dann fangt erst einmal in euren Köpfen damit an.“ Und er hatte damit ebenfalls recht. In den USA schickten *Pete Seeger*, *Joan Baez* und *Bob Dylan* ihre Protestsongs um den Globus, und überall wurden sie gehört. Wenn der geniale *Jimi Hendrix* seine Gitarre wie ein Maschinengewehr rattern ließ, wenn sich in die Klänge der amerikanischen Nationalhymne der Lärm explodierender Granaten und die Todesschreie der getroffenen Menschen mischten, benutzte Hendrix eine Sprache, die überall auf der Welt verstanden wurde. Lateinamerika hatte seine Revolutionäre, *Fidel Castro* und *Che Guevara*, der auf den Postern mindestens so cool aussah wie *Hendrix*. Auf allen Kanälen kam dieselbe Botschaft für die, die sie hören wollten: Diese Scheiße machen wir nicht mehr mit.

Und Deutschland? Hier gab es zwar zunächst noch keine rebellische Subkultur. Aber es gab die Theoretiker von der Frankfurter Schule, und es gab die Wellen, die von überall her nach Deutschland hinüberschwappten. Und alles wurde von den kritischen jungen Menschen an den Hochschulen begierig aufgesogen. Es kam zu einer mit der Philosophie der neuen Lehrer getragenen Veränderung der eigenen Kultur und der eigenen Lebensweise. Dinge, die heute so selbstverständlich sind, als hätte es sie schon immer gegeben, wirkten damals noch subversiv allzu subversiv für die Vertreter der alten Politik.

Diese mußten Abschied nehmen von der Fiktion eines bienenfleißigen, stromlinienförmigen und pflege-

leichten Staatsvolkes. Dagegen sträubten sie sich mit aller Macht. Sie versuchten, das Rad der Geschichte zurückzudrehen, selbst wenn - um die Worte *Gil Scott-Herons* zu benutzen, mit denen er *Reagan* und seine Anhänger beschrieb - sie es nur bis zur vergangenen Woche schaffen sollten. Und da kam ihnen die RAF gerade recht. Mit ihrer Hilfe, glaubten sie, würden sie die neue Kultur einer ganzen Generation diskreditieren und kriminalisieren können.

Wir Schulkinder von damals liefen mit „Willy wählen“-Stickern auf der Brust herum; die 68er waren auf dem Marsch durch die Institutionen. Um zu verhindern, daß irgendeiner von ihnen bei diesem Marsch etwa auf dem Posten eines Briefträgers oder Turnlehrers ankam, wo er ungehindert die Fundamente der freiheitlich-demokratischen Grundordnung hätte unterwühlen können, bekamen die „Radikalen“ Berufsverbot. Verantwortlich für den Radikalerlaß waren nicht etwa *Dregger* oder *Strauß*, von denen man nichts anderes erwarten durfte. Nein, der Willy, den wir zu gerne gewählt hätten, wenn wir nur gedurft hätten, der mehr Demokratie zu wagen versprochen hatte und der als einziger von den etablierten Politikern noch so etwas wie einen Vertrauensbonus bei den linken Intellektuellen hatte - eben dieser *Willy Brandt* outete sich als Inbegriff des Udemokraten. Zu diesem Zeitpunkt hatte die RAF noch keinen einzigen Mord begangen, sondern befürwortete lediglich Gewalt gegen Sachen. Nach dem erneuten moralischen Bankrott der Sozialdemokraten änderte sich das. Die RAF ging zum bewaffneten Kampf auch gegen Personen über - und zeigte, daß sie nichts begriffen hatte. Denn anders als überzeugte Demokraten hätten tun dürfen, fanden die braven Bürger an den Biertischen den Radikalerlaß prima. Die Strategie, welche die RAF verfolgte, läßt sich stark

verkürzt so beschreiben: Durch die Attentate auf führende Repräsentanten werde die RAF den Staat dazu treiben, daß er in einer Überreaktion elementare demokratische Grundrechte außer Kraft setzt. Somit werde die RAF dem Staat die Maske scheinheiliger Liberalität vom Gesicht reißen (obwohl dieser die Maske schon gar nicht mehr aufhatte) und ihn enttarnen als das, was er schon immer gewesen war: der alte autoritäre Obrigkeitsstaat. Die Menschen würden den Verlust ihrer Bürgerrechte nicht hinnehmen und sich gegen den Staat auflehnen.

Wie wir wissen, hat diese Strategie nicht funktioniert. Der Staat ist irgendwo doch das Produkt seiner Bürger. Den Deutschen, siehe *Lenins* Äußerung über sie, fehlt nun einmal die demokratische Tradition; in ihrer großen Mehrheit sind sie doch eher Untertanen, fühlen sie sich im Obrigkeitsstaat wohler als in der Demokratie, sofern man sie halbwegs menschenwürdig leben läßt und ihnen das Denken abnimmt.

Helmut Salzinger alias *Jonas Überohr*, legendärer Kolumnist des Szeneblattes „*Sounds*“, hat das Scheitern der RAF-Strategie vorausgesagt, und auch das drohende Debakel der Demokratie. Schon 1974 schreibt er: „Ob sie (die RAF, m.E.) gar nicht auf die Idee kommen, daß es in Wirklichkeit denen ihr Spiel ist, das sie spielen? Sie liefern Staat und Gesellschaft das Alibi, gegen jedermann vorzugehen, der sich irgendwie unliebsam auffällig gemacht hat. Ein geheimes Einverständnis zwischen dem Staat und seinen Feinden zeichnet sich ab. Diese Bundesrepublik braucht diese Bundesbande.“ Und weiter: „So spielen sie also mit den spärlichen Rechten des Volkes, und indem sie mit ihnen spielen, verspielen sie sie. Unheilbare Optimisten, die sie sind, wollen sie nicht begreifen, daß das Volk diese Rechte gar nicht will, daß es jedenfalls

nicht bereit ist, für diese Rechte zu kämpfen...“

Tatsächlich: Gerade einmal 32 Menschen hat die RAF während der gesamten Dauer ihrer Existenz ermordet - weniger als etwa die baskische ETA in einem einzigen Jahr. Der noch eher dünn fließende Straßenverkehr forderte allein in Deutsch-

ren ausschließen. Es gibt die Kontaktsperre, die Nachrichtensperre, die Raster- und Schleppnetzfahndung. Irgendwann im „Deutschen Herbst“ 1977 standen die Mitglieder sämtlicher Land-WGs nachts senkrecht in ihren Betten, weil Polizisten in ihre Häuser eingedrungen waren. Die Gesetze, die zu diesem „Aktion Winterreise“ genannten Vor-

desängste auszustehen brauchte ich niemals wegen der RAF, sondern wegen „Ordnungshütern“ mit über-nervösem Zeigefinger am Abzug.

Im Krisenstab hatte *Franz Josef Strauß* den Vogel abgeschossen, als er sein Konzept der „bedingten Todesstrafe“ ersann. Das Leben der RAF-Gefangenen sollte vom Verhal-

Die Anti-Terror-Gesetze bleiben

Union und FDP trauern der Selbstauflösungserklärung der RAF nicht – Längst neue Terrorgruppen

land jährlich (!) bis zu 20 000 Menschenleben. Nach seiner eigenen Logik im Umgang mit dem Problem RAF hätte der Staat einen riesengroßen Isolationsknast bauen und ein paar Millionen ADAC-Mitglieder darin wegschließen müssen. Denn diese forderten „freie Fahrt für freie Bürger“ und damit ganz unverhohlen das Recht zum Töten nach Belieben. Das wahre Symbol des Terrors war der Mercedes-Stern, nicht der RAF-Stern mit der Kalaschnikow.

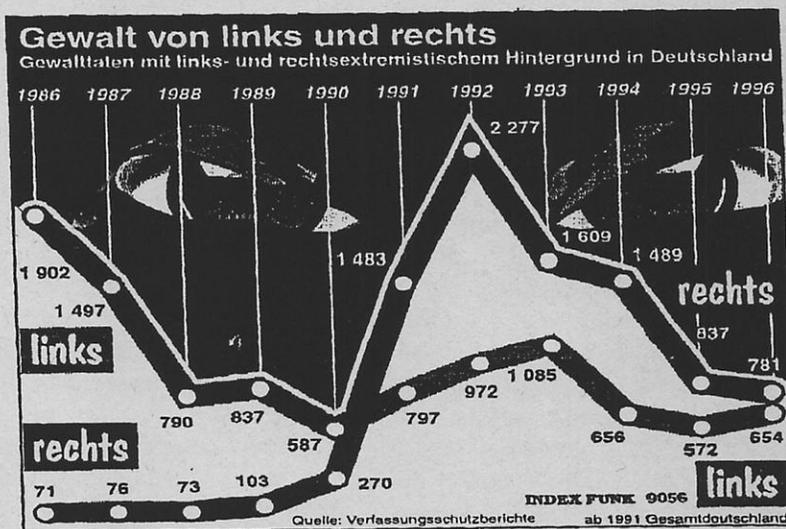
Der Staat freilich sah das anders. Ein Krisenstab wurde gebildet, eine Allparteienkonferenz gegen die RAF. *Helmut Schmidt*, der neue Kanzler, forderte die Mitglieder seines Krisenstabes zum Brainstorming auf, wobei sie, darauf legte er ausdrücklichen Wert, auch das „Undenkbare denken“ sollten, d.h. in Gedanken auch das durchspielen, was die Verfassung den Staatsorganen eindeutig verbot. Was dabei hinten herauskam, war eine Reihe von Antiterrorgesetzen, die bis an den Rand des Verfassungsbruches gingen und zumindest in ihrer Handhabung auch darüber hinaus.

Seither darf der Staat die Post zwischen Angeklagten und ihren Verteidigern durchschnüffeln und mißliebige Verteidiger sogar vom Verfah-

gehen berechtigten, wurden erst nachträglich, nämlich 1978 erlassen.

Ich hatte das Glück, während des Deutschen Herbstes in England zu leben und hatte das ganze Ausmaß repressiven Staatsverhaltens in Deutschland zunächst gar nicht mitbekommen. Das änderte sich. Immer wieder wurde ich auf der Straße angehalten und ich bekam eine Maschinenpistole an die Schläfe gehalten. Nicht weil ich mit dem Auto die Gegend unsicher machte, sondern weil ich womöglich mit der RAF zu tun haben könnte. Dies passierte mir nicht in England, wo ich fast meine gesamte Zeit verbrachte, sondern regelmäßig während der wenigen Male, als ich nach Deutschland kam, um meine Eltern zu besuchen. To-

ten Dritter abhängig gemacht werden. Jeder der - zu Recht oder zu Unrecht - wegen RAF-Straftaten einsaß, bräuchte nur einen einzigen Feind zu haben, damit er um sein Leben zittern müßte. Hätte ich Baader gekannt und mit ihm eine Rechnung offen gehabt, hätte ich nur meine Freundin ins „Volksbett“ entführen und *Baaders* Freilassung fordern müssen, und schon wären wir ihn los gewesen. Auf solche Ideen sind nicht einmal die Nazis gekommen. Wenigstens dieser unselige Vorschlag wurde abgelehnt, aber seinem Urheber *Strauß* zu Ehren benennt man heute einen internationalen Flughafen. Und Kanzler *Schmidt* proklamierte großmülig das „Modell Deutschland“. Als ob irgend jemand in Europa auf die Deutschen



und auf ihr Verständnis von Rechtsstaatlichkeit gewartet hätte!

In Großbritannien war ein verurteilter IRA-Führer, der im H-Block von Long Kesh saß und aus Protest gegen die Haftbedingungen in sein Bett schiß und sich nicht wusch, ins Unterhaus gewählt worden. Der damalige Premier *Callaghan* zeigte den Unterschied zwischen einem britischen und einem deutschen Demokraten auf. Wenn das Volk wolle, daß ein IRA-Terrorist im Parlament säße, weil es ihn gewählt hat, dann solle er kommen. Die Demokratie hätte schon ganz andere Belastungen überstanden, sagte er. In Deutschland hätte man ganz schnell ein Gesetz dagegen gemacht.

Aus England stammt auch der Königsweg zur Bekämpfung der RAF: Deeskalation. *Astrid Proll*, die in eine Schießerei mit vier Polizisten geraten war und dafür 4 x lebenslänglich bekommen hatte, obwohl nicht einmal bewiesen worden war, daß sie ihre Waffe überhaupt benutzt hatte, war aus Köln-Ossendorf geflohen und hatte sich in London unter falschem Namen eine bürgerli-

che Identität aufgebaut. Sie wurde enttarnt, und Deutschland stellte einen Auslieferungsantrag. Nach langem Hin und Her wurde diesem schließlich stattgegeben. *Merlyn Rees*, Labour-Rechtsaußen und Justizminister, sagte im Unterhaus, er werde wie 1000 Habichte darauf achten, daß sie in Deutschland einen fairen Prozeß bekäme.

Was niemand, mich eingeschlossen, für möglich gehalten hatte, geschah. Astrid bekam den fairen Prozeß. Aus den 4 x lebenslänglich wurde ein paar Jahre Reststrafe wegen RAF-Mitgliedschaft, größtenteils zur Bewährung ausgesetzt. Danach war sie frei. Das zeigte Wirkung. Scharenweise kehrten die Aktiven der RAF den Rücken. Viele Gefangene sagten sich von ihrer Vergangenheit los. Nicht nur wegen der Verhaftung oder Erschießung ihrer führenden Köpfe, sondern hauptsächlich wegen der für RAF-Mitglieder neu eröffneten Möglichkeit, in die Gesellschaft zurückkehren zu können, wurde die RAF zunehmend handlungsunfähig. Auch die durchaus populäre Aktion/als die RAF den nagelneuen Knast von Weiterstadt in die Luft sprengte

- warum müsse erst die RAF kommen und zeigen, daß der Staat zwar kein Geld hätte für Bildung und die Einstellung arbeitsloser Lehrer, wohl aber für den Bau von Knästen, hieß es plötzlich an den Stammtischen - konnte daran nichts mehr ändern. Der Staat war endlich zur Einsicht gekommen und hatte den Terroristen ermöglicht, ebenfalls zur Einsicht zu kommen bzw. die Einsicht, die sie schon gewonnen hatten, umzusetzen.

Alles Taktik natürlich. Die Antiterrorgesetze sind nie zurückgenommen worden, auch dann nicht, als sich längst gezeigt hatte, daß es weit aus bessere Waffen im Kampf gegen Terrorismus gibt. Selbst jetzt, als der Letzte das Licht ausgemacht und die RAF für aufgelöst erklärt hat, beeilen sich *Kinkel* und die anderen, zu bekräftigen, die Abschaffung dieser Gesetze käme nicht in Frage. Man könne ja nicht wissen, ob das mit der Auflösung der RAF auch stimme. Diese Knute gegen das eigene Volk werdet ihr eines Tages vielleicht wieder gut gebrauchen können, nicht wahr, Herr Kinkel?

(Der zweite Teil dieses Beitrags wird in VDPP-Rundbrief 46/1998 erscheinen)

Aufruf

An alle VDPP-Mitglieder, die Delegierte ihres Kammerbezirkes beim diesjährigen Apothekertag sind. Bitte meldet Euch bei Michael Höckel zur Koordination gemeinsamer Anträge.

Michael Hoeckel

Vorstandssitzung am 26.4.98 in Kassel

Anwesende: *J. Große, T. Hammer, K. Lorenz, A. Sulger, M. Höckel*
Gast: *T. Schulz*
Ort: Parkstr. 47, Kassel

Vorläufige Tagesordnung:

1. Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn
2. Genehmigung der Tagesordnung
3. Protokoll des letzten Vorstandstreffens
4. Beschlußkontrolle
5. Bericht aus der Geschäftsstelle
6. Kassenbericht
7. Bericht aus den Regionen
8. Rückblick Mitgliederversammlung 98
9. Arbeitsplanung/ Arbeitsschwerpunkte
10. Herbstseminar
11. Netzwerk
12. Rundbrief
13. Öffentlichkeitsarbeit
14. Verschiedenes

TOP 1 (Wahl von...)

Versammlungsleitung: *J. Große*
Protokollführer: *M. Höckel*

TOP 2 (Genehmigung der Tagesordnung)

Streichung von TOP 3 Protokoll des letzten Vorstandstreffens, mit der Begründung, daß die Veröffentlichung im letzten Rundbrief schon stattfand.

TOP 3 Protokoll des letzten Vorstandstreffens)

- Gestrichen.

TOP 4 (Beschlußkontrolle)

Alle Beschlüsse wurden erledigt, *J. Große* kümmert sich um die Darstellung des VDPP im Pharmazeuten-Kalender s. Rundbrief 43/98 S.10.

TOP 5 (Bericht aus der Geschäftsstelle)

J. Große berichtet über die Teilnahme an der Anhörung zur achten AMG-Novelle im Bundestagsausschuß. Es gab eine Einladung durch die PDS an *J. Große* als Sachverständigen und eine Einladung an den VDPP namentlich vom Ausschuß, *J. Große* nahm letzteres wahr. Die wichtigen Inhalte sind:

- Verbot von AM-Versand
- schärfere Bestrafung von Doping

- auffallend war die Lockerung der Liste der Blutprodukte. Die Produkte sind nur noch auf der Liste, wenn ein Blutbestandteil als Wirkstoff eingestuft wurde
- bei radioaktiven Arzneimitteln und Transplantaten können Herstellungs- und Kontrolleiter identisch sein.
- Änderungsvorschläge des Bundesrates: - die Arzneimittel der besonderen Therapierichtung werden stärker berücksichtigt
- die Ausweitung des Begriffes der besonderen Therapierichtung
- bei Studien muß noch die zuständige Ethikkommission in der jeweiligen Klinik gehört werden.
- *J. Große* schrieb auch ein Gutachten für *Fr. Dr. Fuchs* (PDS) bezüglich der Arzneimittelsicherheit, s. nächster Rundbrief.

Es erfolgte Kontaktaufnahme durch das Projekt transsexueller Arbeitskreise Schleswig-Holstein.

Ein Mitglied möchte die Mitgliedschaft für zwei Jahre ruhen lassen, es soll möglich sein, aber wenn das Mitglied den Rundbrief weiter möchte, muß sie 60.- DM für sechs Ausgaben bezahlen. Den Rundbrief über die letzte Mitgliederversammlung bekommt das Mitglied kostenlos.

TOP 6 (Kassenbericht)

U. Ament legte die neuesten Zahlen vor und zeigte den planmäßigen Verlauf auf. *G. Meiburg* wird über *T. Hammer* informiert, daß *U. Thomas* sein Honorar immer nach Fertigstellung des Rundbriefes bekommt.

TOP 7 (Regionalgruppen)

Hamburg: die Treffen finden alle 14 Tage statt, im Schnitt mit sechs Personen.

Hessen: das nächste Treffen ist am 3.5.98, Thema Versandhandel.

Berlin: monatliche Treffen mit vier bis sechs Personen, inhaltlich wird im Moment am Frauenseminar gearbeitet.

TOP 8 (Rückblick MV 98)

Anträge zur MV sollen wieder schriftlich fristgerecht erfolgen, im Normalfall 14 Tage vor der MV.

TOP 9 (Arbeitsplanung/ Arbeitsschwerpunkte)

- a) Das Frauenseminar befindet sich in der Anmeldephase
- b) Die Programmfortschreibung wird durch *K. Lorenz* und *Regina Schumann* organisiert, sie schreiben die Mitglieder, die an der Fortschreibung beteiligt sind an und setzen einen Termin. Im Herbst findet dann ein Programmseminar statt, um einen Entwurf zu erstellen. Der Entwurf wird dann der MV 99 vorgelegt.
- c) Die Mitgliederwerbung soll durch den Entwurf eines neuen Leporello und durch das neue Programm wieder aufgenommen werden. (Nachfrage bei *C. Augustin* wegen des Leporellos). Die RegionalgruppenleiterInnen werden durch *M. Höckel* angeschrieben, mit der Frage, inwieweit sie Möglichkeiten sehen regional Mitglieder zu werben und welche Unterstützung sie durch den Verein brauchen. Es soll auch Kontakt zu den je-

weiligen Uni-Fachbereichen aufgenommen werden. Ein VDPP-Stand auf den pharmazeutischen Messen wird als zu ineffektiv und zu teuer empfunden. Der Apothekertag findet vom 1.10.-4.10.98 in München statt. *M. Höckel* nimmt Kontakt mit dem Forum Leipzig auf und klärt die Möglichkeit einer gemeinsamen Veranstaltung zum Apothekertag.

- d) Die nächste MV findet am 19. u. 20.6.99 in **Hamburg** statt. Die Ausrichtung erfolgt durch die Regionalgruppe Hamburg, wenn möglich soll die Theatergruppe der BUKO-Pharma Kampagne engagiert werden. Der Festvortrag wird in der nächsten Vorstandssitzung geplant.

TOP 10 (Herbstseminar)

Das nächste Herbstseminar findet - Dank des Engagements von *Gudrun Hahn* - am 7.u.8.11.98 im Curiohaus in **Hamburg** statt. Die Organisation liegt in den Händen von *I. Sulger* und *T. Schulz*. Das Thema ist "Bewertung von Studien durch den Offizin-/Krankenhausapotheker" mit den Referenten *Ulrich Hagemann*, *Elisabeth Bronder*, *W. Becker-Brüser*, *H. Schulte-Sasse* in der Zeit von 10-18 Uhr.

TOP 11 (Netzwerk)

Das nächste Treffen findet im Juni bei *U. Ament* statt. Es stehen als Entscheidungen an, ob die ERFA-Gruppe noch Kontakt mit der Netz-

werkgruppe/idee vom VDPP will und es erfolgt ein Artikel über dieses Treffen im nächsten Rundbrief.

TOP 12 (Rundbrief)

Der nächste Rundbrief ist in Planung, die neuen Vorstandsmitglieder sollen sich vorstellen und das Grußwort wird durch *Katja Lorenz* gestaltet.

TOP 13 (Öffentlichkeitsarbeit)

Die Organisationsstruktur der aktiven Mitglieder muß verbessert werden, so daß es möglich ist sich rechtzeitig zu gesundheitspolitischen Themen zu äußern.

Die Vorstandsmitglieder sollen über Fax oder e-mail in Kontakt stehen. Schwerpunkte der inhaltlichen Zusammenarbeit: Tarifverhandlungen, Neben- und Arzneimittelwirkungen (Dokumentationsbögen, Problem mit Patienten) und die ABDA-Fragebogenaktion. In der nächsten Vorstandssitzung wird über den weiteren Fortgang entschieden.

TOP 14 (Verschiedenes)

J. Große nimmt 15./16.5.98 an der Veranstaltung des Forum für kritische Sozial- und Gesundheitspolitik in Düsseldorf teil.

Referent/in gesundheitlicher Verbraucherschutz

Als Fachfrau oder -mann brauchen wir Ihnen angesichts der aktuellen Diskussion im Gesundheitswesen die Wichtigkeit von Markttransparenz - etwa was die Leistungen und Beitragssätze der verschiedenen Krankenkassen angeht - sicher nicht näher zu erläutern.

Sie wissen, wie wichtig die kontinuierliche Beobachtung und Analyse der verbraucherrelevanten Entwicklungen im Gesundheitsbereich sind, und Sie erkennen auch die Notwendigkeit eines koordinierten Vorgehens bei den verschiedenen Aktivitäten der Verbraucherverbände.

Als Idealbewerber/in verfügen Sie nicht nur über das erforderliche Geschick des Koordinierens, sondern auch über Erfahrungen im Verbandswesen und in der Gremienarbeit.

Ihre theoretischen Kenntnisse aus einem Hochschulstudium, z.B. Medizin, Pharmazie, aber auch Volkswirtschaft oder Jura, haben Sie möglicherweise mit Zusatzqualifikationen oder entsprechenden Berufserfahrungen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung angereichert. Eigenini-

tiative und Teamarbeit halten Sie für eine Grundvoraussetzung für eine solche Position. Sie sprechen mindestens eine europäische Fremdsprache - vorzugsweise englisch oder französisch -, und mit der EDV können Sie ohnehin umgehen.

Erkennen Sie sich wieder? Vielleicht haben Sie dann Spaß daran, Ihr Wissen für die Verbraucher einzusetzen.

Die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände (AgV) e.V. in Bonn ist der Dachverband der Verbraucherverbände in der Bundesrepublik. Gesundheitlicher Verbraucherschutz ist eine unserer vielfältigen Aufgaben im Dienst der Verbraucher.

Wir erwarten Sie so bald wie möglich. Ihre zukünftige Aufgabe wird nach BAT I b - zuzüglich Sozialleistungen - vergütet. Die Position ist zunächst innerhalb eines Projektes bis Ende 1999 befristet.

Interesse? Dann sollten Sie uns bis zum 10.8.1998 Ihre Bewerbungsunterlagen schicken.



**Arbeitsgemeinschaft der
Verbraucherverbände (AgV) e.V.**
Personalverwaltung
Heilsbachstraße 20
53123 Bonn

Dokumentation

Wir möchten als erstes einen Nachtrag oder besser gesagt eine Korrektur zur letzten Rundbrief-Ausgabe anfügen. Wie aufmerksamen LeserInnen sicherlich nicht entgangen ist, fehlte in dem Leitartikel von Dörte Meyer eine im Text mehrfach zitierte Tabelle. Sie war uns aus technischen Gründen abhanden gekommen und wird der Vollständigkeit halber hier noch einmal nachgeliefert.

Es folgt ein alarmierender Artikel zum Thema FCKW-haltige Asthma-Sprays von Dr. Winfried Schwarz, den wir der Zeitschrift *Arzt und Umwelt* 11, 2/98 entnommen haben.

Aus der TAZ-Beilage *LE MONDE DIPLOMATIQUE* vom 08.06.1998 entnahmen wir einen Artikel von Mohamed Larbi Bouguerra zum Thema Malaria-Forschung.

Als Kontrast dazu noch ein Interview mit dem Sexualforscher Professor Volkmar Sigusch zum Thema VIAGRA. Der Artikel stammt aus der *Frankfurter Rundschau* vom 13.07.98

Ein wenig vorbereitende Lektüre zur Einstimmung auf das diesjährige Herbstseminar stellt der Artikel "Ethik am Tropf" von Dietmar Winkler dar. Er stammt aus der *GID* 127 vom Juni dieses Jahres.

Als vorletztes folgen die uns von Udo Puteanus zugesandten "Hamburger Thesen" zur Gesundheitspolitik, erstellt von dem Fachbereich Gesundheitsdienstleistungen, hier herausgegeben von der Verbraucher-Zentrale Hamburg.

Ganz zum Schluß möchte ich noch ein wenig Selbstbeweihräucherung betreiben und einen Artikel aus dem *Hamburger Abendblatt* über mich und meine Arbeit abdrucken. Da wir schon häufiger daran dachten, unsere alte Rubrik "Wo Pharmazeuten arbeiten" wieder aufzunehmen, könnte dies vielleicht ein Anfang dafür sein.

Tabelle 1:
Preiskontrolle, Erstattungen und Eigenbeteiligung in den Mitgliedstaaten

Mitgliedstaat	Preis	Erstattung	Eigenbeteiligung (1)
Belgien	Kontrollierte Preise	Positivliste	25, 50, 60, 80 %
Dänemark	Freie Preise	Referenzpreise	(2)
Deutschland	Freie Preise	Referenzpreise	(2)
Griechenland	Kontrollierte Preise	Positivliste	10 bzw. 40 %
Spanien	Kontrollierte Preise	Positivliste + Negativliste	10 bzw. 40 %
Frankreich	Kontrollierte Preise	Positivliste	35 bzw. 65 %
Irland	Freie Preise + Absprachen mit der Industrie	Positivliste	(3)
Italien	Preisüberwachung + Anpassung an das europäische Preisniveau	Positivliste	50 % bzw. Lit 5000
Luxemburg	Referenz zum Herkunftsmarkt	Negativliste	
Niederlande	Freie Preise	Referenzpreise	(2)
Portugal	Kontrollierte Preise	Positivliste	30 bzw. 60 %
Vereinigtes Königreich			

- (1) In allen Ländern gibt es Befreiungen von der Eigenbeteiligung aufgrund sozialer oder therapeutischer Gründe.
- (2) Im System der Referenzpreise leistet der Patient eine Eigenbeteiligung zu dem Anteil des Preises, der über dem Referenzpreis liegt (fester Betrag).
- (3) Die Eigenbeteiligung entfällt für die am stärksten Benachteiligten (37 % der Bevölkerung); für den Rest der Bevölkerung liegt die Obergrenze bei insgesamt 97 Pfund pro Quartal.

Quelle: Bericht über Maßnahmen der Mitgliedstaaten zur Umsetzung der Richtlinie 89/105/EWG (1992)

Asthmasprays: Billigdrogen blockieren FCKW-Ausstieg

Winfried Schwarz

Der FCKW-Ausstieg wird als großer umweltpolitischer Erfolg gefeiert. Vor allem die EG-Länder rühmen sich ihrer internationalen Vorreiterrolle. Doch gerade sie müssen sich Jahr für Jahr mit dem „schwarzen Fleck“ ihrer Erfolgsstory befassen, nämlich dann, wenn die Pharmaindustrie ihren FCKW-Bedarf anmeldet. Knapp 10 000 Tonnen der in Industrieländern sonst generell verbotenen harten, nämlich vollhalogenierten FCKW vom Typ 11, 12 und 114 gelangen weltweit auch 1998 wieder als Treibgas in Asthmasprays. Allein in Deutschland werden 1000 Tonnen abgefüllt, zu 80 Prozent von Boehringer-Ingelheim, und mehr als 400 Tonnen verbraucht (der Rest wird exportiert).

Ungewollt tragen die mit solchen Sprays versorgten Patienten zur Schädigung von Ozonschicht und Klima bei. Verordnende Ärzte können sich nicht mehr auf mangelnde Alternativen berufen. Längst gibt es für jeden Schweregrad der Erkrankung eine komplette inhalative Therapie auch ohne FCKW: Mit Dosiersprays auf Basis chlorfreier, wengleich immer noch klimaschädigender, fluorierter Treibgase (HFKW 134a). Oder gleich ohne Umweltbelastung, nämlich mit modernen Pulverinhalatoren, die wie Sprays 60 oder 200 exakte Wirkstoffdosen abgeben und darüber hinaus leicht lungengängig sind.

Ärzeschaft zu einer Aufweichung der konservativen Linie. Dabei spielten die ökologische Kritik am favorisierten - seit kurzem auf der Kyoto-Klimakonferenz weltweit geächteten -Ersatztreibgas HFKW 134a ebenso eine Rolle wie eigene Erfahrungen mit der optimierten Pulverinhalation. Diese hatte sich von der umständlichen Ein-Dosis-Einheit zum diskret bedienbaren Multi-Dosis-System entwickelt. Die neue Generation der Pulvergeräte Turbohaler (Astra), Easyhaler (Orion), Diskus (Glaxo) vereinigt in sich den bekannten Pulvervorteil der besseren Lungendeposition mit dem Sprayvorteil der leichten und exakten Bedienung.

Ein „Goldstandard“ weicht auf

Die Möglichkeit des Umstiegs von Sprays auf Pulver wurde lange Zeit durch den medizinischen Richtungsstreit der führenden Lungenfachärzte in Frage gestellt. Bis 1995 setzte die meinungsbildende Deutsche Atemwegsliga (in der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie) einseitig auf Dosiersprays, bei denen FCKW durch HFKW ausgetauscht werden sollten. Sie kritisierte die in Schweden oder den Niederlanden eingeführte Pulverinhalation als zu umständlich und für Patienten mit geringem Atemzugsvolumen nicht tauglich (Säuglinge, Not- und Schwerstfälle). Die Kritik deckte sich mit den Interessen der in einem Verband (AIDA) organisierten Spray-orientierten Pharmafirmen, unter denen neben Boehringer-Ingelheim, der deutsche Ableger des US-Konzerns „3M“ besonders lautstark auftrat. Er erklärte bei jeder Gelegenheit das Dosierspray zum „Goldstandard“ der Inhalationstherapie. Auch hier gilt in hohem Maße die aus der Wirtschaft bekannte Tatsache: Das Angebot bestimmt die Nachfrage. Und angeboten wurden über lange Zeit in Deutschland fast nur spraygetriebene Dosieraerosole.

Wie der Goldstandard aus dem internationalen Währungssystem seit langem verschwunden ist, ohne daß ihn jemand vermißt, kam es auch in der

Meinungswandel in der Atemwegsliga

1996 erklärte der international renommierte Pneumologe Gerhard Schultze-Werninghaus: „Für die meisten Patienten sind Asthmatherapeutika als Pulveraerosole... aufgrund ihrer verbesserten Deposition und der verringerten unerwünschten Wirkungen als die Mittel der Wahl anzusehen.“ (1, S.20) Zugleich relativierte er den bisherigen Haupteinwand gegen das Pulververfahren: „Der Anteil von Patienten, deren inspiratorischer Fluß nicht für eine optimale Anwendung der Pulveraerosole ausreicht, wird häufig überschätzt: Er beträgt etwa nur zwei Prozent.“ (ebd.) Bald danach stellte die Deutsche Atemwegsliga die Pulver- der Sprayinhalation gleich. Sie befürwortet, so heißt es in ihrer Erklärung vom August 1997, „die Umstellung auf FCKW-freie Dosieraerosole und Pulverinhalatoren aus Gründen des Umweltschutzes“ (2).

Pulveranteil 1995 bei 10 Prozent

Die Pulverinhalation hatte in Deutschland 1995 im Vergleich mit anderen Ländern erst einen geringen Marktanteil (3). Er betrug im Durchschnitt ca. 10 Prozent. Anders gesagt: ohne Pulvergeräte wären 10%

Dr. Winfried Schwarz
Öko-Recherche GmbH
Kaiserstraße 61
60329 Frankfurt
Tel: 069/252305
Fax: 069/252306
E-mail:
oekorecherche@t-
online.de

mehr FCKW zur Verabreichung der Wirkstoffe versprüht worden.

In unserer Abbildung wird errechnet, wieviel FCKW durch Pulverinhalation eingespart wird (weiße Säule). Diese Menge kann mit den real benutzten FCKW-Mengen verglichen werden. Der Pulveranteil differierte nach den vier in Deutschland bestimmenden Wirkstoffgruppen der inhalativen Asthmatherapie. Er lag in der drittgrößten Wirkstoffgruppe (Steroide) bei 31%, während er bei Beta-2-Kombipräparaten Null betrug. Letzteres ist eine deutsche Eigenart. Dank der inländischen Marktführerschaft des auf Kombinationssprays ausgerichteten Unternehmens Boehringer-Ingelheim ist diese „nichtklassische“ Wirkstoffgruppe, für die es keine moderne Pulverdarreichung gibt, bei weitem die größte.

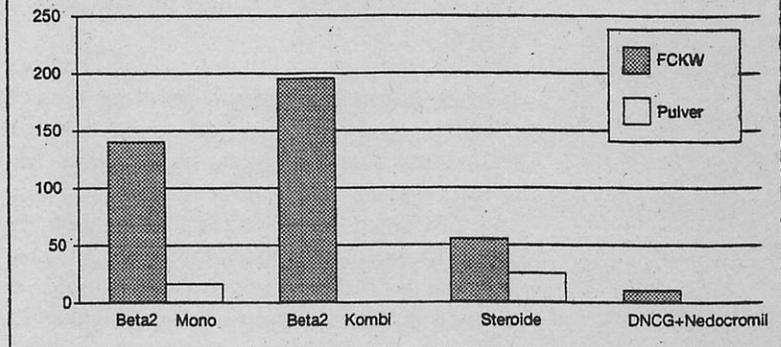
—— FCKW-Generika bremsen Pulvertrend

Seit 1996 gibt es die ersten HFKW-Sprays auf dem Markt. Wichtiger ist, daß im gleichen Jahr ein spürbarer Pulvertrend einsetzte. Zu den schon 1995 eingeführten Geräten von Astra und Orion-Pharma, dem bisher einzigen Unternehmen in Deutschland, das ganz aus der Vermarktung von Sprays ausgestiegen ist, kam der „Diskus“ des Weltmarktführers Glaxo hinzu. Der Pulveranteil tendierte in Richtung Verdoppelung auf 20%. Doch Ende 1996 stockte der Trend. Nicht wegen der neuen HFKW-Sprays, denen bislang nur mäßiger Erfolg beschieden ist. Sondern wegen „alter“ billiger FCKW. Mit ihnen drängten Nachahmersprays (Generika) massiv auf den bisher größten und wichtigsten Teilmarkt der Pulverinhalation, nämlich den der inhalativen Steroide (vgl. Abb.1).

—— Selbst Bayer ist sich nicht zu schade

Seit Ablauf des Patentschutzes für den Wirkstoff Budesonid, den sein Erfinder Astra überwiegend als Pulver verkaufte, offerieren fünfzehn Pharmafirmen den Ärzten den gleichen Wirkstoff in Form billiger FCKW-Spray. Der von den finanziell eingeengten Krankenkassen ausgehende Budgetdruck bewirkt bei den Ärzten einen sprunghaften Verordnungsanstieg für diese umweltschädlichen Billig-Sprays, die gegenwärtig schon fast 20% des Marktes aller inhalativen Steroide ausmachen. Nicht nur Firmen wie ratiopharm oder Hexal sind dabei, sondern selbst der deutsche Vorzeigekonzerne Bayer beteiligt sich mit seiner Tochtergesellschaft „Basics“ an der Zurückdrängung der Pulverinhalation durch FCKW. „Billig aber von Bayer“ verheißen großformatige Anzeigen. „Kassemachen auf Kosten der Ozonschicht“ nannte es eine Presseerklärung der Bündnisgrünen

FCKW-Verbrauch und durch Pulver ersetzte FCKW-Mengen in der Asthmatherapie nach Wirkstoffgruppen 1995 in Tonnen (Gesamt: 441 t)



(5). Seit Februar 1998 möchte sich auch die BASF an diesem Geschäft der schnellen Mark auf Kosten von Umwelt und Patienten beteiligen.

Die medizinische Problematik dieser „neuen“ FCKW-Geschäfte besteht darin, daß die Patienten noch länger an Sprays gewöhnt werden, aus deren Nutzung sie auf jeden Fall bald heraus müssen. Denn es ist nicht mit einer längerfristigen Erteilung von FCKW-Ausnahmegenehmigungen zu rechnen, und die HFKW haben wegen ihrer Klimaschädlichkeit ebensowenig eine Zukunft.

—— Regelungslücke schließen

Es ist schon problematisch genug, daß es 1998 noch alte FCKW-haltige Medikamente gibt. Daß aber in Deutschland von Dezember 1996 bis Februar 1998 fünfzehn FCKW-haltige Medikamente neu zugelassen wurden, ist ein politischer Skandal. Die Berliner Zulassungsbehörde und das Gesundheitsministerium ziehen sich auf das formale Argument zurück, daß befristete Ausnahmen von der FCKW-Halon-Verbotsverordnung legal sind. Gerade hier sind aber preiswertere Generika fehl am Platz. Denn angesichts der Notwendigkeit eines raschen Ausstiegs aus treibgasgetriebenen Dosieraerosolen ist diese Argumentation unbefriedigend. Statt dessen sollte diese Regelungslücke schnell geschlossen werden. FCKW-haltige Produkte sollten ausrangiert und verboten werden, sobald umweltfreundliche Alternativen da sind. Eine Förderung von FCKW-haltigen Generika sollte durch Herausnahme aus der Budgetierung der Kassen unterbunden werden.

—— Arbeitskreis Pulverinhalation

Die ökologische Kritik an den Spray-Treibgasen hat viel zur Beschleunigung des Pulvertrends beigetragen. Von den Umweltorganisationen setzt sich Greenpeace am stärksten für FCKW- und HFKW-freie Technologien ein. Auf der politisch-parlamen-

Abbildung 1: Im Inland verbrauchte (dunkle Säule) und durch Pulver ersetzte (weiße Säule) FCKW-Mengen in der Asthmatherapie nach Wirkstoffgruppen 1995 in Tonnen. Der Pulveranteil bei bronchialerweiternden Wirkstoffen (Beta-2) war weit geringer als bei den entzündungshemmenden Wirkstoffen (Steroide). Insgesamt betrug die durch Pulver ersetzte FCKW-Menge 41 t. Der FCKW-Verbrauch lag bei 400 t (4). Seitdem ist der Pulveranteil deutlich gestiegen.

tarischen Ebene sind die Bündnisgrünen aktiv. Die Umweltbewegung hat in der Frage des FCKW-Anstieg aus Asthmasprays allerdings auch selber dazu-gelernt.

Erstens: Eine ursprünglich für möglich erachtete 100%ige Pulverlösung ist genausowenig sinnvoll, wie der gegenwärtige Zustand von nur 15-20% Pulveranteil. Eine Umkehrung der aktuellen Relationen zwischen beiden Verfahren auf 85% Pulver und 15% Spray (HFKW, nicht FCKW!) wäre ein großer ökologischer Fortschritt. Vor allem, und das betonten die Fachärzte in den Debatten, sollte es treibmittelhaltige Dosieraerosole für bestimmte Patientengruppen geben, die auf sie angewiesen sind. In Notfallsituationen, bei Kleinkindern, älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen sollten Sprays (mit HFKW) als verschreibungsfähiges Medikament zur Verfügung stehen, allerdings in deutlich reduziertem Umfang (maximal 15% der Verschreibungen).

Zweitens: Die Pharmaindustrie ist kein monolithischer, auf Sprays eingeschworener Block mehr. Neben Orion Pharma, die zugunsten des Pulvers ganz auf Sprays verzichtet hat, zeigen sich auch Konzerne wie Astra und selbst der Weltmarktführer Glaxo einer Position zugänglich, welche Pulverinhalation für die Masse der Patienten und HFKW-Sprays für den Rest zum Ziel setzt. Auf dieser Plattform kam es Ende 1997 auf Initiative der „Zeitung für Umweltmedizin“ zur Gründung eines „Arbeitskreises zur Förderung der Pulverinhalation“, in dem die genannten Pharmaunternehmen mit Fachärzten, Apothekern, Patientenvertretern und Umweltschützern zusammenarbeiten (6).

Nachweise

- (1) SCHULTZE-WERNINGHAUS, G. (1996): FCKW-freie Inhalationssysteme werden favorisiert. Welche Patienten profitieren von Dosieraerosolen, welche von Pulverinhalatoren? Ärzte Zeitung 15./16.3.1996, Forschung und Praxis 212 96. S. 18-20
- (2) DEUTSCHE ATEMWEGSLIGA (1997): Treibgase in Dosieraerosolen - ein notwendiges Übel?, Pressemitteilung, Dorn-Asenheim, August 1997.
- (3) SCHWARZ, W. (1996): Asthma: Pulverinhalation statt FCKW-Sprays, Arzt und Umwelt 9 (1), S. 29-32
- (4) UMWELTBUNDESAMT (1996): Aktuelle und künftige Emissionen treibhauswirksamer fluorierter Verbindungen in Deutschland, (Verf.: Dr. Winfried Schwarz, Dr. André Leisewitz) Berlin, Dezember 1996.
- (5) BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN (Bundestagsfraktion) (1997): Bayer und BASF machen Kasse mit FCKW - Grüne protestieren, Pressemitteilung Bonn, 21.10.1997
- (6) NN (1997): Zwischen Ökologie und Ökonomie. Zum Pro und Contra der alternativen Treibgase in Asthmasprays. Round-Table-Gespräch bei der Zeitung für Umweltmedizin. Heft 4/1997, S. 218-222

FCKW-Ersatz kann Leber schädigen

Als Ersatz für die klimaschädigenden FCKW werden zunehmend hydrierte FCKW (HFCKW) eingesetzt. Diese stehen im Verdacht, hepatotoxisch zu sein.

Im Laufe einiger Monate erkrankten neun Arbeiter, die an ihrem Arbeitsplatz HFCKW ausgesetzt waren, an akuter Hepatitis. Hepatitisserologie und Tests auf Autoantikörper waren in allen Fällen negativ; Medikamenten- oder Alkoholabusus lagen ebenfalls nicht vor. Die Leberbiopsie zeigte Leberzellnekrosen. Immunhistochemisch entsprach der Befund in etwa dem einer Halothan-Hepatitis - HFCKW und Halothan werden auf demselben Weg verstoffwechselt. Die Befunde stimmten mit den Ergebnissen von Tierexperimenten überein, wo ebenfalls Leberzellnekrosen durch HFCKW hervorgerufen werden konnten.

FAZIT: Eine Exposition mit hydrierten FCKW kann schwere Leberschädigungen zur Folge haben. Im Unterschied zur Halothan-Hepatitis ist aber ein höherer Prozentsatz der exponierten Personen betroffen. Nach sichereren Alternativen für FCKW muß also weiterhin geforscht werden. (JW)

Originalarbeit: Heot, P. et al.: Epidemic of liver disease caused by hydrochlorofluorocarbons used as ozone-sparing substitutes of chlorofluorocarbons. Lancet 350 (1997) 556-559

(Quelle: Praxis-Depesche 3/1998)

EINE KRANKHEIT, MIT DER MAN ZU WENIG

Malaria - das Fieber

MAN darf nicht auf die Großen der Pharmaindustrie setzen, wenn es darum geht, Impfstoffe oder Medikamente gegen Krankheiten zu entwickeln, die wenig solvente Patienten befallen. So ist es im Fall der Malaria. Zwar sterben jährlich eine Million Menschen an dieser Krankheit, doch Forschung und Privatwirtschaft haben die Entwicklung entsprechender Medikamente bislang vernachlässigt. Es obliegt nunmehr den öffentlichen Organisationen sowie den internationalen Institutionen, diese Lücke zu schließen. Gro Harlem Brundtland, die am 13. Mai dieses Jahres neugewählte Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erklärte erst jüngst die Aufgabe, diese vermeidbare Seuche zu bekämpfen, gegenüber ihrem Exekutivrat als vorrangig.

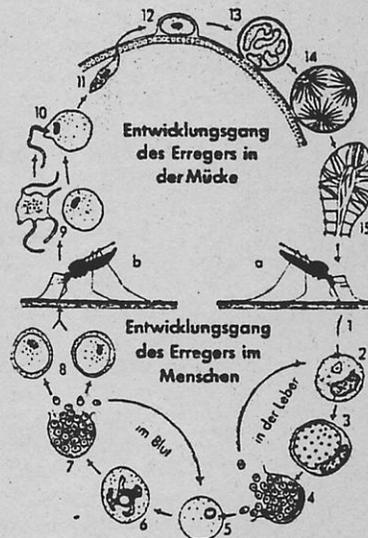
Von MOHAMED LARBI BOUGUERRA *

Im Süden sterben heute mehr Menschen an Malaria als vor dreißig Jahren. Etwa 40 Prozent der Weltbevölkerung in neunzig Ländern sind von dieser Krankheit bedroht, und jährlich fallen ihr mehr als eine Million Menschen - vorwiegend in Afrika - zum Opfer.¹ Der Krankheitsüberträger (die Anopheles-Mücke) und der Malariaerreger (ein Blutparasit) entwickeln zunehmend Resistenzen: ersterer gegen Insektizide, letzterer gegen zahlreiche Antimalaria-Mittel, gegen manche davon erst in jüngster Zeit. So ist etwa im Senegal aufgrund der Chloroquin-Resistenz die Zahl der Malariatoten in den letzten fünf Jahren auf das Siebenfache angestiegen.

Während 1990 für die Malariaforschung 65 Dollar pro Patient ausgegeben wurden, betragen die entsprechenden Summen bei Asthma 789 Dollar und bei Aids 3274 Dollar.² „Die Firmenzusammenschlüsse innerhalb der Pharmaindustrie in den letzten zehn Jahren gingen vor allem zu Lasten der tropenmedizinischen Forschung; die Firmen konzentrieren sich lieber auf bestimmte Bereiche, die höhere Profite versprechen“, informiert die US-amerikanische Zeitschrift *Nature* in einem Artikel über Malaria mit dem Titel „Eine vermeidbare Katastrophe“³. Darüber hinaus sind die internationalen Organisationen - allen voran die Weltbank und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) - bestrebt, die Pharmaindustrie dazu zu bewegen, „ihren beispiellosen Rückzug aus der Impfstoffforschung und der Entwicklung von Medikamenten gegen Malaria zu überdenken“.

Im Anschluß an die Konferenz von Dakar im Januar 1997, die auf Initiative zahlreicher Forschungseinrichtungen und Stiftungen, darunter das Institut Pasteur und die Gesundheitsbehörde der Vereinigten Staaten (NIH), einberufen wurde

und auf der zum ersten Mal Experten aus dem Süden - anglophone und frankophone - und dem Norden zusammenkamen, erging ein dringender Appell zur Kooperation. So machen sich die Weltbank und die WHO für ein auf dreißig Jahre anberaumtes Programm stark, die Multilaterale Initiative zur Malariabekämpfung (MIM), eine Art Heiliger Allianz gegen diese Krankheit, wie es ein US-amerikanischer Sprecher formulierte. Mit Blick auf anstehende internationale Gipfeltreffen (G7, Jahresversammlung der Organisation der afrikanischen Einheit) schrieben Vertreter dieser Organisationen in einem Brief an *Nature*: „Wir stehen vor einer gewaltigen Aufgabe. Es müssen zahlreiche Medikamente zur Vorbeugung und Heilung dieser Krankheit entwickelt und Impfstoffe gefunden werden. (...) Die Malariabekämpfung sollte zur vordringlichen Angelegenheit von Wissenschaft, Medien und Politik werden, und der Malariaforschung muß sowohl im entwickelten Norden als auch im Süden, wo diese Krankheit endemischen Charakter besitzt, äußerste Priorität zukommen. Es liegt in der Verantwortung der internationalen Gemeinschaft, die Malaria als eine ebenso große Herausforderung zu begreifen wie



Malaria: Schema des Entwicklungsganges des Malariaerregers (*Plasmodium vivax*): a stechende, b saugende Fiebermücke, 1 Sichelkeim im Blut des Menschen, 2-4 Entwicklung in Zellen der Leber, 5-7 Entwicklung in roten Blutkörperchen, 8 Geschlechtsformen (links männliche, rechts weibliche) in Blutkörperchen, 9 links Bildung der männlichen Geschlechtsformen, rechts weibliche Geschlechtsform im Darm der Mücke, 10 Befruchtung, 11 Eindringen der befruchteten weiblichen Form in die Darmwand, 12-14 Bildung der Sichelkeime, 15 in die Speicheldrüse der Mücke eingewanderte Sichelkeime. (Nach Mattes)

die Immunschwächekrankheit Aids.“⁴ Die Malaria hat in einem Jahr so viele Opfer gefordert wie Aids in fünfzehn Jahren.

Darüber hinaus konnte man erfahren, daß der synthetische Impfstoff SPf 66, dessen Erfinder, Dr. Manuel Patarroyo,⁵ ein 68-Millionen-Dollar-Angebot der Pharmaindustrie ausschlug und der WHO seine Rechte abtrat, immer noch von der Ärztelobby angefochten wird.⁶ Der kolumbianische Biochemiker, der den „intellektuellen Rassismus“ des Nordens kritisiert, verweist jedoch auf die Tatsache, daß die Erfolgsrate seines Impfstoffes in Kolumbien 40 Prozent, in Venezuela 55 Prozent, in Ecuador 60 Prozent und in Brasilien 35 Prozent beträgt.

Vielversprechende Entwicklungen

IN Afrika, dem Kontinent mit den meisten Malaria-Erkrankungen, zeigte die Behandlung mit dem Präparat in 31 Prozent der Fälle Erfolg. Wenngleich man die von Dr. Patarroyo genannten Zahlen anzweifeln kann, darf nicht übersehen werden, daß kein anderer Impfstoff solche Wirkungen gezeigt hat. Andere Vakzine befinden sich in Entwicklung⁷, erreichen aber bislang bei weitem nicht die Effizienz von SPf 66. Zu nennen wären hier die gemeinsamen Bemühungen des amerikanischen Heeres und der Firma SmithKline Beecham Biologicals, jene

der Firma Virogenetics and Connaught oder der italienischen Tochter der US-amerikanischen Firma Chiron Vaccines ...

Die Fortschritte in der Genetik, der Molekularbiologie und der Pharmakologie eröffnen zahlreichen Experten vielversprechende Perspektiven auf dem Gebiet der Malaria-Forschung. Im November 1997 trafen in Genf zum ersten Mal internationale Organisationen, Entwicklungshilfeorganisationen und Vertreter des privaten Sektors mit Regierungen des Südens zusammen, um „Strategien für eine globale Koordinierung zur Eindämmung

* Autor von „La Recherche contre le tiers-monde“, Paris (PUF) 1993 und „La Pollution invisible“ Paris (PUF) 1997.

der Armen

der Malaria“ zu entwickeln.⁸ Der Vorschlag, eine gemeinnützige Gesellschaft zu gründen, die, zunächst für einen Zeitraum von sieben Jahren, der Entwicklung neuer Methoden zur Behandlung dieser Krankheit dienen sollte, wurde jedoch einige Tage später von einer Gruppe der größten Pharmakonzerne abgelehnt.

Die bei diesem Treffen geknüpften Kontakte und die getroffenen Absprachen gaben dennoch Anlaß zu Optimismus: die WHO, die Weltbank, die britische Vereinigung der Pharmaunternehmen und die Konzerne Roche und Glaxo Wellcome unterstützten diesen Vorschlag. Die Unternehmen hätten den Hauptteil der Kosten zu tragen, von den etwaigen Gewinnen könnte die Gesellschaft ihre Betriebskosten decken und finanziell unabhängig agieren. Eine enge Zusammenarbeit mit der MIM, dem Institut Pasteur, dem Wellcome Trust und der WHO war geplant.

Ein Sprecher der WHO resümiert die allgemeine Enttäuschung über das gescheiterte Projekt: „Wir nehmen mit Beunruhigung zur Kenntnis, daß die meisten Konzerne sich nur für die Heilung westlicher Touristen interessieren“, das heißt die kostspielige Behandlung wohlhabender Geschäftsleute – und Militärs –, die sich kurze Zeit in einer endemischen Zone aufhalten, wodurch ipso facto die lokale Bevölkerung ausgeschlossen wird.

Die internationale Vereinigung der Arzneimittelherstellerverbände führt die – in ihren Augen – zu hohen Kosten des Projekts (180 Millionen Dollar) an und weist auf die enormen rechtlichen Probleme eines solchen Unternehmens, insbesondere im Bereich des gewerblichen Rechtsschutzes. Darüber hinaus fordern manche Arzneimittelhersteller „eine Absatzmarktgarantie“ für Medikamente gegen die Malaria.¹⁰

Eine Milliarde Dollar für die Werbung

AUF dem Haager Vorbereitungstreffen im Juli 1997 erklärten sich jedoch einige Kapitalgeber angesichts der Skepsis der Industriellen bereit, die Herstellung von Malaria-Medikamenten zu finanzieren sowie den Verkaufspreis zu subventionieren, wodurch die neuen Mittel auch für die Bevölkerung erschwinglich würden.

Präsident Bill Clinton zeigte sich erstaunt angesichts der Tatsache, daß die Arzneimittelindustrie eine Milliarde Dollar für Werbung und Lobbying aufbot, statt diese Summe in die Forschung und Entwicklung neuer Medikamente zu investieren.¹¹ Silvio Garattini, der Direktor des pharmakologischen Forschungsinstituts Mario Negri in Mailand, bedauerte, daß „unsere Gesellschaft die Entwicklung von Medikamenten fast zur Gänze an die Pharmaindustrie delegiert hat, so daß sich an der Lage von Millionen von Menschen, die an tropischen Krankheiten leiden, solange nichts ändern wird, bis ihre Regierungen genügend finanzielle Mittel zur Verfügung stellen, um einen für die Hersteller ausreichend großen Markt zu gewährleisten, der ihre Investitionen in die Forschung zu amortisieren ermöglicht.“¹² Andernorts erfährt man allerdings, daß diese Industrie – „eine der sicherlich profitabelsten auf der ganzen Welt“ – in zweieinhalb Jahren die Kleinigkeit von 100 Milliarden Dollar für ihre Umstrukturierung ausgegeben hat.¹³

Gegenwärtig rückt die Malaria in neue Gebiete vor: ursprünglich auf ländliche Gebiete beschränkt, tritt sie nun auch in den Städten auf. Mit dem Anstieg des internationalen Reiseverkehrs – wobei das Klima einen Begünstigungsfaktor dar-

stellt – besteht jetzt für Millionen Menschen die Gefahr, sich mit Malaria zu infizieren. Kürzlich wurden in Texas, in Florida, im Staat New York und in Kalifornien Fälle von Malaria registriert. In Anbetracht des Versagens der Pharmaindustrie müssen sich die Forschungsorganisationen, die internationalen Institutionen und die Experten im Kampf gegen diese Geißel ausschließlich auf ihre eigenen Kräfte verlassen.

dt. Andrea Marenzeller

¹ Neun von zehn Krankheitsfällen werden in den afrikanischen Ländern südlich der Sahara registriert. Doch tritt die Malaria auch (mit rückläufiger Tendenz) in Indien, Brasilien, Sri Lanka, Vietnam, Kolumbien und auf den Salomoninseln auf.

² Alison Mack, „Collaborative efforts under way to combat malaria“, *The Scientist*, Bd. 11, Nr. 10, 12. Mai 1997.

³ Declan Butlan, John Maurice und Claire O'Brien, „Can industry be wooed back in the act?“ *Nature*, London, Bd. 386, Nr. 6627, 10. April 1997.

⁴ Jean-Marie Bruno u. a. (15 Unterzeichner), „The spirit of Dakar: a call for cooperation“, *Nature*, Bd. 386, Nr. 6625, 10. April 1997.

⁵ Vgl. „Grandes manœuvres à propos d'un vaccin“, *Le Monde diplomatique*, Juli 1994.

⁶ Dominic Kwiatowski und Kevin Marsh, „Development of malaria vaccine“, *The Lancet*, London, Bd. 350, 6. Dezember 1997.

⁷ *Nature*, 10. April 1997, a. a. O.

⁸ WHO, Pressecommuniqué Nr. 82, 17. November 1997.

⁹ Nigel Williams, „Tropical diseases: drug companies decline to collaborate“, *Science*, Bd. 278, 5. Dezember 1997.

¹⁰ Richard Gallagher, „Malaria research: Global initiative takes shape slowly“, *Science*, Bd. 277, 18. Juli 1997.

¹¹ Vernon Coleman, „Betrayal of trust“, *European Medical Journal*, Lynmouth (Devon, Großbritannien), 1994.

¹² Silvio Garattini, „Financial interests constrain drug development“, *Science*, Bd. 275, 17. Januar 1997.

¹³ Daniel Green, „Pharmaceuticals: harder roads to growth“, *Financial Times*, London, 25. März 1996.

Der Frankfurter Sexualforscher Volkmar Sigusch über den durch Viagra ausgelösten Potenzrausch der Männer und das schwierige Verhältnis zu den Frauen

FR: Herr Professor Sigusch, es gibt derzeit einen gewaltigen Medienwirbel um das neue Potenzmittel „Viagra“. Nach Ansicht verschiedener Experten steht eine neue Epoche bevor, gar eine sexuelle Revolution, ähnlich wie bei der Pille. Teilen Sie diese Euphorie?

Professor Volkmar Sigusch: Nein, überhaupt nicht. Es kann keine Rede davon sein, daß sich nun das Sexualverhalten radikal ändern wird. Weder ist eine Zeitenwende eingetreten, wie das ein Urologe formuliert hat, noch wird eine neue sexuelle Revolution eintreten. Ich denke, das Gegenteil ist richtig. Diese sogenannte Potenzpille bringt nichts wesentlich Neues, sondern verstärkt die Tendenzen, die wir in der Kultur haben.

Wenn Sie sagen, die blaue Pille sei nichts Neues, dann muß man aber auch daran erinnern, daß bis vor zwei Monaten die Behandlung von Erektionsstörungen sehr schwierig war. Das Hilfsangebot bestand aus problematischen Implantaten, diversen Apparaturen und Spritzen. Vor diesem Hintergrund erscheint Viagra doch geradezu als medizinische Revolution.

Ich würde das „scheint“, das Sie eben benutzten, betonen wollen. Bei den genannten Prozeduren von den Penisprothesen, von Implantaten, die in den Penis hineingepumpt werden bis zu dem sogenannten Skat, der Schwellkörper-Autoinjektions-Therapie, bei der man gefäßaktive Substanzen direkt in den Penis spritzt, all diese Prozeduren und Methoden sind fast so bejubelt worden wie jetzt Viagra. Siegesrufe sind ausgestoßen worden; wenn Firmen beteiligt waren, sind die Aktienkurse gestiegen. Ich betone das „scheint“, weil nicht belegt ist, daß dieses neue Präparat tatsächlich für die „Impotenten“ hilfreich sein wird. Ich erhoffe es in einzelnen Fällen, aber daß nun die Impotenz mittels einer oral einzunehmenden Pille zu beheben wäre, das ist absoluter Schein. Aber es gibt doch mittlerweile quantitativ eine erhebliche Zahl von Nutzern, die sich begeistert äußern. Darunter sind einige prominente Leute wie der konservative US-Präsidentenwahlkandidat Bob Dole, die ernst zu nehmen sind. Sie berichten, sie hätten die Pille eingenommen und sofort Potenserlebnisse gehabt.

Zu Herrn Dole möchte ich mich nicht äußern, ich möchte mich auch nicht über jene alten Männer äußern, die sich nun als „Hengste“ verstehen, wie ich das in Ihrer Zeitung gelesen habe.

Warum sind Sie so skeptisch?

Die bislang publizierten Daten sind sehr dünn. Das sind Erstuntersuchungen, die erfahrungsgemäß immer begeistert klingen. Bei der Skat-Therapie war das genauso. Das war übrigens ein sehr merkwürdiger Vorgang. Ein Chefurologe unterbrach auf dem Kongreß der Amerikanischen Urologischen Vereinigung seinen Vortrag zu Skat, um dem erstaunten Fachpublikum seine eigene Erektion live zu präsentieren. Dabei hat sich herausgestellt, daß viele Urologen noch nie den steifen Penis eines anderen Mannes gesehen hatten. Das hat sich allerdings durch Skat vollkommen geändert, weil sie da die steifen Penes produziert haben. Also ein Siegeszug. Ich könnte Ihnen vorlesen, was in den Topfachjournals geschrieben worden ist, ein Durchbruch, die Lösung des Problems — wie jetzt bei Viagra.

Für die damalige Situation stimmt das doch auch, erstmals gab es eine zwar schwierig zu handhabende, aber doch oft funktionierende Methode.

Jetzt muß ich grundsätzlich der Linie des Gesprächs widersprechen. Sie unterstellen, was mich etwas irritiert, es könnte ein Mittel geben, mit dem man die Sexualität an- oder abstellt.

Nein, nur die körperliche Funktionsfähigkeit.

Als ob man einfach eine Körperfunktion anwirft und dann hat man dieses komplizierte Gebilde Sexualität. Das können wir ausschließen.

Nach Angaben der Mediziner funktioniert Viagra nur, wenn das Gehirn zuvor den Wunsch geäußert hat: Ich will, ich habe Lust auf meinen Sexualpartner.

Der Placeboeffekt, also die Wirkung der suggestiven Kraft, ist bei solchen Mitteln hoch. Bei Viagra ist er nach dem, was wir bisher wissen, zum Teil erstaunlich hoch. Um es ganz genau zu sagen: Bis zu 38 Prozent derer, die statt des Medikaments ein Scheinpräparat bekommen haben, haben diese Erektions-Wirkung verspürt, und das ist sehr viel. Zudem wissen wir aus Studien, bei denen nicht nur die Testperson, der Mann, gefragt worden ist, sondern auch die Partnerin, daß Männer sich gerne etwas vormachen. Die Männer geben in einem höheren Prozentsatz an, es sei alles prima, sie hätten eine volle Erektion gehabt — die Partnerinnen berichten das in einem geringeren Prozentsatz. Das war bei Skat genauso. Die Wirkung schnurrt dann nach den ersten Erfolgen

zum Teil um 80 Prozent runter. Das würde ich hier nicht annehmen wollen, weil der Mechanismus sehr interessant ist und sicher wirksam im Gegensatz zu anderen versuchten Mitteln, aber die Wirkung dürfte drastisch abfallen. Die Pille wird dann, wahrscheinlich auch wegen der bereits jetzt absehbaren Nebenwirkungen und aus vielen anderen Gründen, vielleicht nur klinisch anwendbar sein.

Für den Laien klingt es so, als habe Viagra ein bislang tabuisiertes Problem sichtbar gemacht: die Zahl der impotenten Männer. Wenn man jetzt mal die operations- und krankheitsbedingte Impotenz wegläßt, worauf führen Sie denn die Impotenz zurück in einer Kultur, die im Bezug auf Sexualität geradezu voyeuristisch ist?

Wenn ich voyeuristisch bin, dann brauche ich keine Erektion, da ich mich nicht in eine leibhaftige Interaktion gebe. Das zeigt das eigentliche Problem. Ich denke auch, daß wir in einer zum erheblichen Teil voyeuristischen Kultur leben. Das heißt aber, daß gewissermaßen das Sexuelle sich zurückgezogen hat in die einzelne Person hinein und zu einer egoistischen Angelegenheit geworden ist. Ich sehe generell die Tendenz der Entwicklung des Sexuellen in dieser Kultur in Richtung auf eine lean-Sexualität, das nenne ich gerne so, angelehnt an lean production. Selbstoptimiert, selbstdiszipliniert, man nimmt es in die eigene Hand; ich nenne es jetzt auch Self-Sex, wie Self-Service. Das ist auch bei den Jugendlichen zu beobachten. Bei der Love-Parade beispielsweise sind fast alle auf sich bezogen. Die junge Leute dort feiern nur scheinbar in einer Gemeinschaft; es geht meist nicht um eine sexuelle Aktion-Reaktion, es geht um Selbstdarstellung, Selbstinszenierung, und über einen gewissen Thrill wird dann die Befriedigung erlangt.

Nach außen wirkten auf der Love-Parade viele Teilnehmer sehr erotisch, aber es findet offenbar kaum Sex statt? Ist das eine Auswirkung von Aids, daß die Jugend in ihren Darstellungsformen zwar sexualisiert ist, sich aber ansonsten zurückhält?

Ich denke, daß einzelne Mittel oder Faktoren, wie früher die Pille oder eine Seuche wie Syphilis, die Sexualität nicht umkonstruieren können. Aber sie können Tendenzen verstärken, die da sind und das sehe ich bei Aids auch, das war sicher ein Schub in Richtung Selbstbezüglichkeit, aber auch Vorsicht.

Hat die Syphilis nicht die recht lockeren Sitten des Mittelalters beendet?

Ja, aber immer nur partiell, und wir wissen ja, wer alles an der Syphilis von den großen deutschen Geistern dahingerafft worden ist. Der Sexualtrieb kann nicht abgestellt werden.

Zurück zum Thema Impotenz: Wieso sind so viele davon betroffen?

Die Zahlen stimmen hinten und vorne nicht — wir haben auch ein bißchen gerechnet. Sechs bis acht Millionen Impotente werden für Deutschland genannt. Es ist sehr schwierig, so eine Störung verlässlich repräsentativ festzustellen. Es gibt aber eine große US-amerikanische Studie, die vor ein paar Jahren erschienen ist, mit großen Stichproben und sehr gut gemacht. Die ist zu dem Schluß gekommen, daß bei den Jahrgängen zwischen 40 und 70 genau 9,6 Prozent im engeren Sinne impotent sind. Auf Deutschland bezogen würde das einige 100 000 bis eine Million Betroffene bedeuten.

Wie ordnen Sie den Begriff Impotenz ein, wo fängt sie an, wo hört sie auf?

Um eine Impotenz handelt es sich, technisch gesprochen, wenn die Einführung des Gliedes in die Scheide nicht mehr möglich ist. Die relativ große Zahl der Betroffenen erklärt sich daraus, daß Männer immer älter werden. Ein nicht unerheblicher Anteil kann oder will sich offenbar nicht mit der schwindenden Potenz arrangieren. Viele Männer, die sich das leisten können, fangen noch einmal von vorne an und suchen sich eine junge Frau. Dann ist er plötzlich 65, 70, die Frau geht an die 40 — und dann setzen die Probleme ein. Und für diese Gruppe, die nicht klein ist, soll dieses Viagra die Verheißung schlechthin sein.

Sind denn Faktoren wie Leistungsdruck und Berufsstress als Hauptursachen auszuschließen?

Nein, das gehört alles dazu. Viele mit dieser hektischen Lebensweise haben jetzt die Hoffnung, daß sie einfach nur eine Pille schlucken müssen und schon sind ihre Potenzprobleme beseitigt. Das ist natürlich ein Irrglaube, daß man Liebesbeziehungen, die nicht mehr funktionieren, oder gestörte Sexualbeziehungen durch eine Pille retten könne.

Die Liebesfähigkeit steigt nicht durch Viagra, zumindest behauptet das die Herstellerfirma nicht.

Jetzt kommen wir schon an den Kern. Die Pille könnte — und ich wünsche mir sehr, daß sich das bewahrheitet — bei einigen Patientengruppen wirken, bei denen die Nervenversorgung und damit das natürliche System unterbrochen ist. Die höchsten Raten gibt es auch bei den organisch Kranken, nach den vorliegenden Daten bei Rückenmarksverletzten. Viagra könnte also einen bestimmten Mechanismus in Gang setzen, der sonst unterbrochen ist.

Nun gibt es aber eine große Gruppe von Männern, die glaubt, ihre „sexuelle Performance“ verbessern zu können. Frauen haben bereits davor gewarnt, daß dieses klassische Rein-Raus-Spielchen durch Viagra forciert werden könnte. Werden die Männer jetzt zu Phallomanen?

Das sind sie seit Jahrtausenden. Wenn man weiter zurückschaut, sind die Versuche, den Trieb an- oder abzustellen, immer bezogen auf den Penis des Mannes. Da war nicht von der Frau die Rede, das kann man durch Jahrtausende zurück verfolgen. Wenn Sie an die Kastrationstechniken denken auf der einen Seite, auf der anderen gibt es endlose Beispiele, was alles als Potenzmittel ausprobiert worden ist: Ambra und das Drüsensekret der Tibetkatze, Moschus und Strychnin, Pfeffer und Vanille, chinesisches Ginseng, Rutenmorchel oder schamloser Schwamm. Ich will jetzt keine Nationen nennen, die Nasenhörner wegen des Horns ausrotten, das pulverisiert wird unter der fixen Idee, das sei ein Aphrodisiakum.

Was ist eigentlich aus dem legendären, früher so beliebten Okasa geworden?

Es gab immer Mittel, die mehr suggestiv gewirkt haben, die verschwinden irgendwann alle. Aber zurück zu ihrer Frage. Es paßt in die kulturelle Landschaft, das es jetzt so ein Mittel gibt, das man wie eine Designerdroge einwirft. Ich glaube nicht, daß sich Designersex bewähren wird. Es wird eine Zeit lang gemacht werden, viele werden es an sich selbst mal testen wollen, bei vielen wird es nicht wirken, weil die Voraussetzungen nicht stimmen, und etliche werden sagen, ich lasse es doch sein. Da wird es ein paar Könner geben, die das Mittel vielleicht beherrschen und sich narzistisch im Glanz ihrer Versteifung sonnen werden, und da wird es Todesfälle geben, das ist eine meiner Hauptsorgen. In gewissen Subkulturen wird es andere Drogen ablösen, man wird die Erektion erzwingen wollen, wird Überdosen nehmen und dann wird es selbst bei Gesunden wahrscheinlich Todesfälle geben. Bislang sind sechs Fälle von den Behörden gemeldet worden, innerhalb von sechs Wochen nach der Zulassung. Ich sehe die Sexualität in einem Aufspaltungsprozeß. Schon Freud hat davon gesprochen, daß bei einem Mann die zärtliche Regung mit der sinnlichen nicht zusammenkommt, daß der Mann — und das als Feststellung zu Beginn dieses Jahrhunderts! — kulturell impotent sei. Daß, umgekehrt, der Mann nur potent sei, wenn er „das Weib“ erniedrigen könne.

Freud hat aber auch gesagt, er habe 30 Jahre geforscht und nie verstanden, was Frauen überhaupt wollten. Was kann man von so jemanden zum Thema Sex erwarten?

Was Sie über den „dunklen Kontinent Frau“ (Freud) sagen, da stimme ich natürlich zu. Es gibt bei Freud aber andere Sa-

chen, die sind wahnsinnig hellsichtig gedacht. Er beschreibt, warum die Geschlechter in dieser Kultur nicht zueinander kommen, warum sie so viele Probleme haben oder warum die Beziehungen nicht halten.

Bei vielen Völkern leben Frauen und Männer getrennt; sie kommen nur zum Sex zusammen. Gehen Sie in einen angelsächsischen Zeitschriftenladen: Auf der einen Seite des Displays „Heim und Garten“, Mode und Klatsch — auf der anderen Computer, Sport, Waffen, Sex und Angeln. Gibt es aus Ihrer Sicht denn Kulturen, in denen Männer und Frauen glücklich zusammenleben?

Nein, wenn ich ernsthaft darauf antworten soll, eine solche Kultur gibt es nicht. Aber unsere Kultur zeichnet sich dadurch aus, daß wir seit mehr als 100 Jahren darum kämpfen, daß Männer und Frauen ge-

sittet und mit Anstand miteinander umgehen. Sie müssen aber auch begreifen, daß sie tatsächlich differente Wesen sind, die auch biologisch anders positioniert sind, was ja Folgen hat; und dieser Kampf wird fortgesetzt. Wir leben in einem hoffentlich noch sozialen Rechtsstaat, was bedeutet, daß man die Ungerechtigkeiten materieller Art, die nicht nur mit der Kinderaufzucht verbunden sind, ins Auge faßt.

Würde das bedeuten, daß Sie im Anschluß an Freud skeptisch sind gegenüber den Chancen und Möglichkeiten einer Sexualkultur, in der sich Männer und Frauen mit Zärtlichkeit begegnen, ohne Aggression?

Ja, da bin ich sehr skeptisch.

Wie aber könnte Sexualkultur gelingen?

Ich nenne mal ein paar schnöde Beispiele, etwa die Wohnverhältnisse: Selbst wenn ich meine Frau liebe und wir haben zwei, drei Kinder, wohnen aber in sehr beengten Verhältnissen — das macht mich doch verrückt, wie soll da Sexualkultur möglich sein? Und wenn ich vielleicht noch einen intellektuellen Beruf ausübe — das geht doch gar nicht. Wenn ich aber in einem großen, geräumigen Haus wohne, dann könnte Intimität gut funktionieren. Beide Partner sollten auch beruflich ihr eigenes Auskommen haben. Man kommt dann immer wieder zusammen, so daß die Beziehung auch dann hält, wenn man sich mal vorübergehend in einen anderen Partner verlieben sollte. Unter sozial privilegierten Umständen ist das möglich. Und darauf hingewiesen zu haben, ist auch ein Erfolg des langen Kampfes der Frauenbewegung.

Und Viagra wird bei solchen Problemen nicht helfen können?

Nein, so eine Pille kann das nicht leisten. Die ist übrigens auch nicht mit der Anti-Baby-Pille vergleichbar. Die hat ja eine wirkliche Aufspaltung zwischen Fortpflanzungsfähigkeit und sexueller Sphäre

bewirkt, hat sie handhabbar gemacht. Die Sphären sind physisch getrennt worden. Das war ein Segen, und davon kann bei Viagra überhaupt keine Rede sein. Die große Verheißung dieses Mittels ist, die Angst von der Sexualität zu trennen. Das aber ist unmöglich.

Heißt das für Sie, daß die Ursachen von Impotenz anders behandelt werden sollten als durch Viagra? Welche anderen Methoden haben Sie denn außer diesen erwähnten eher technischen Konstrukten?

Psycho-, Verhaltens- und Paartherapie. Die Zeitungen schreiben zu meinem Ärger, es sei ja nun nachgewiesen, daß 75 bis 80 Prozent der Impotenzen organisch bedingt seien. Das sind Zahlen, die die Urologen publiziert haben in den letzten Jahren zur Begründung von Techniken wie Skat. Eine Erektion beruht aber auf einem sehr komplizierten Mechanismus, sie hängt von der Gesamtperson und deren Situation ab und nicht nur von biochemischen Prozessen. Es gibt Patienten mit schwersten organischen Erkrankungen, wo zum Beispiel die großen Gefäße in Richtung Genitalien verschlossen sind, deren Potenz dennoch erhalten ist. Andere, die organisch gesund sind, sind total impotent. Die Trennung zwischen psychisch und organisch verursachten Impotenzen ist nicht mehr haltbar. Es überlappt sich ununterbrochen, wir müssen mehr in Vernetzungen denken. Das simple Prinzip, daß wir hier die Ursache und da die Wirkung haben, funktioniert bei der Sexualität nicht.

Also plädieren Sie für psychotherapeutische Maßnahmen?

Die Psychotherapie steht aus meiner Sicht nach wie vor auf dem ersten Platz. Übrigens noch aus einem weiteren Grund: Wenn die Störung organisch bedingt ist und wenn alle Nerven durchtrennt sind, ist praktisch die Vernetzung zerstört. Dann kann keine Erektion mehr auftreten. Für solche Extremschicksale hoffe ich, daß Viagra lokal wirken und diesen Mechanismus möglicherweise anwerfen kann. Wenn es nicht diese brutale Durchtrennung ist, dann spielt natürlich das Seelische, das Psychosoziale, auch bei der organisch bedingten Impotenz, ausgelöst etwa durch Diabetes, eine wesentliche Rolle. Durch Behandlung im Rahmen einer Psychotherapie kann sie wesentlich günstiger ins Leben eingebettet werden. Es ist also falsch, zu behaupten, daß, wie es auch in der *Frankfurter Rundschau* zu lesen war, „nach neuesten Erkenntnissen“

in gut dreiviertel der Fälle eine organische Impotenz vorliege. Man darf nicht vergessen, daß die Untersuchungstechniken heute zum Teil so differenziert sind, mit Ableitung von elektrischen Potentialen und so weiter, daß Sie bei Männern ab 25 oder 30 Jahren Veränderungen finden. Und das ist ein großes Problem, da sind wir auch im Gespräch mit Urologen und verwandten Disziplinen. Die müssen begreifen, daß nicht jede Abweichung schon Krankheitswert hat.

Wir reden jetzt die ganze Zeit von der Bekämpfung der Impotenz, stellen Sie auch die Frage nach der Sinnhaftigkeit von Impotenz?

Das ist eine sehr gute Frage. Die Sicht der Psychoanalytiker und Psychotherapeuten ist, daß eine Impotenz einen Sinn, eine seelische Funktion hat, in der Regel innerhalb einer Beziehung; daß sie zum Beispiel davor schützt, unbewußt vorhandene, sehr aggressive sadistische Impulse auszuleben. Wirkliche Gewalttätigkeit kann ich dann nicht mehr im Sexualakt selbst ausleben, wenn ich gar nicht mehr reagiere, also impotent bin. Es handelt sich also um einen Selbstschutzmechanismus.

Die „Weisheit des Penis“ könnte ja darin bestehen, daß ein Mann vielleicht mit einer Partnerin zusammen ist, mit der er

Vielleicht ist es wichtig, daß nun alle erfahren, wie schwach und anfällig das männliche Geschlecht sexuell ist. Offenbar sind viele Männer sehr viel impotenter, als sie den Anschein erwecken.

eigentlich nicht mehr zusammen sein will. Daher kommen auch keine Erektionen mehr zustande.

Das ist nur ein Beispiel. Die Impotenz signalisiert durchaus, daß etwas in der Beziehung nicht in Ordnung ist. Wenn dann aber zum Beispiel Paartherapie gemacht wird von Psychotherapeuten, die das gelernt haben, dann nähert man sich behutsam dem Konflikt und findet gemeinsam heraus, ob das Paar noch genug Gemeinsamkeiten hat. Aber diese Erektionsunfähigkeit kann natürlich schon das Zeichen für das Ende der Beziehung sein.

Das Problem, um das es in der Öffentlichkeit geht, ist doch die generelle Impotenz, egal bei welcher Partnerin, und ob dagegen Viagra helfen kann.

Ich denke, daß bei den eindeutig psychisch bedingten Impotenzen Viagra dann wirken kann, wenn es sich um eher oberflächliche Verwerfungen oder gar Konflikte handelt, die nicht tief verankert sind wie etwa Versagensangst. Wenn man mit Viagra als Brücke diese Probleme mildern könnte und Sexualität wieder funktionierte, dann wäre die Angst weg und es ginge normal weiter. Das wird es auch geben.

Haben Sie die Erfahrung gemacht, daß impotente Männer erst recht aggressiv und sadistisch gegenüber Frauen werden?

Es gibt Sexualtäter, die bis hin zum sogenannten Sexualmord gar nicht sexuell im Sinne der physiologischen Veränderung reagieren, so daß wir annehmen, daß es sich bei diesen Taten, die scheinbar sexuell sind, gar nicht um sexuelle Vorgänge handelt.

Eine Frage zu Viagra und die Anwendung bei Frauen. Es wurde berichtet, daß Frauen, die sich einer Chemotherapie wegen Krebs unterzogen hatten, auch Viagra probiert haben. Sehen Sie da nicht die Gefahr, daß Frauen auch genötigt werden könnten, Viagra zu nehmen, um dem Mann zur Verfügung zu stehen, auch wenn sie für Sexualität im Moment gar nicht offen sind?

Die Gefahr sehe ich, aber ich denke, daß die Frau da erfreulicherweise etwas geschützter ist als der Mann. Die Erektion des Mannes sticht hervor und ist zugleich eine außerordentlich empfindliche, ganz sensible Reaktion, die jederzeit in sich zusammenfallen kann. Auch die Pornostars haben dieses Problem. In den USA sind die Penes steifgespritzt mit Kunststoffen, oder sie haben Implantate in den Penes, wodurch die Schwellkörper zerstört werden. Aber konkret zu ihrer Frage: Da müßte zunächst geklärt werden, ob Viagra bei der Frau wirkt. Der Hersteller erweitert jetzt das Design, geht also an weitere Frauengruppen heran.

Heißt das, daß der männliche und weibliche Sexualapparat nach dem prinzipiell gleichen Muster funktioniert?

Ich denke, daß diese Pille auch bei der Frau wirken müßte, da auch die Frau Schwellkörper hat. Bei der Frau ist alles introvertiert, deshalb haben das die Anatomen immer übersehen. Ich bedränge Anatomen seit Jahrzehnten, daß sie mal endlich diese Schwellkörper studieren, die nach innen gehen und die von Frauen in ihrer Wirkung auch gefühlt und erlebt

werden. Feministinnen haben das anhand sehr alter anatomischer Atlanten durchleuchtet und darauf hingewiesen, daß dieses Wissen einmal schon vorhanden war, als die Frauen in unserer Kultur noch nicht entsexualisiert waren, also vor dem 19. Jahrhundert. Davor haben die Anatomen auch mehr gesehen. Das Schwellkörpersystem der Frau ist sogar größer als das des Mannes. Die Klitoris ist ähnlich aufgebaut wie der männliche Penis und kann biochemisch nicht anders reagieren. Ich wage die Voraussage, daß Viagra bei einigen Frauen vor allem das Feuchtwerden der Scheide verstärken wird.

Was raten Sie Personen, die große Hoffnung auf Viagra setzen, aber zu Risikogruppen gehören?

Ich hoffe, daß Viagra bei organisch Kranken wirkt, das wäre eine große Hilfe. Doch befürchte ich, daß in gewissen Subkulturen das Mittel in Überdosen angewandt wird, es wird einen Schwarzmarkt geben. Es werden gepantschte und verdreckte Substanzen auf den Markt kommen, auch mit Rauschdrogen versetzte Pillen, um Leute abhängig zu machen. Dann sehe ich die Gefahr bei alten, kranken Männern, die Kardiologen warnen vor der Kombination von Viagra mit Nitraten, vor der sich Herzranke hüten sollten. Unter Männern über 60, 70, 80 oder noch älter gibt es sehr viele Herzranke, die es gar nicht wissen. Wenn die dann Viagra in hoher Dosis nehmen, sind die Todesfälle vorprogrammiert. Ich bin für eine strikte Indikation, die vom Verfahren her vielleicht über das hinausgehen sollte, was bei normalen Medikamenten üblich ist.

Könnte Viagra zu einer Enttabuisierung der Impotenz des Mannes geführt haben, so daß dies auch bei bisherigen therapeutischen Formen wieder stärker berücksichtigt wird?

Vielleicht ist es wichtig, daß nun alle erfahren, wie schwach und anfällig das männliche Geschlecht sexuell ist. Offenbar sind viele Männer sehr viel impotenter, als sie den Anschein erwecken. Wenn darüber aufgeklärt werden soll, bin ich natürlich vollkommen dafür. Wir werden aber frühestens in zehn Jahren wissen, welche Indikationen sich halten lassen, wie die Nebenwirkungen sind, die jetzt genannten werden zum Teil als harmlos hingestellt, sie sind aber beängstigend, etwa Schädigungen der Netzhaut des Auges. In zehn Jahren, fürchte ich, wird man einige gravierende Nebenwirkungen kennen. Das aber wird einen bestimmten Typus Mann nicht abhalten. Dann wird sich die Erfahrung bestätigen, die durchgehend bei allen Aphrodisiaka und prosexuellen Substanzen, einschließlich Skat, gemacht wurde, daß die Dosis im Laufe der Jahre ununterbrochen erhöht wird. Vor dem Aufkommen des Präparates habe ich in einem seriösen Fachbuch gelesen, daß die Phosphodiesterase Typ 5, die durch den Viagra-Wirkstoff gezielt gehemmt wird, nicht nur in den Schwellkörpern und im Herzen, sondern auch im Gehirn vorkommt. Die Firma sagt immer, es sei kein Aphrodisiakum, weil es sonst die Kassen ausschließen könnten. Jetzt mußte man sich über „Aphrodisiaka“ unterhalten. Wenn es die Phantasie anregt, wenn es Vorlust macht, dann ist es ein Mittel, das auch das Verlangen anregt. Und wenn es dann noch zentral stimulierende Wirkung hat, dann handelt es sich um ein „Aphrodisiakum“, selbst wenn es die Firma mir gegenüber gerade wieder schriftlich bestritten hat. Auch dieser Konflikt wird uns in den nächsten Jahren begleiten.

ETHIK AM TROPF

Die Durchführung klinischer Arzneimittelprüfungen müsse angesichts des harten internationalen Wettbewerbs beschleunigt werden, fordert die Pharmaindustrie seit Jahren. Nun endlich fand sie ein offenes Ohr in der Politik: Die Prüfung von Arzneimitteln soll durch Änderungen des Arzneimittelgesetzes (AMG) "gestrafft" werden.

Pharmaforschung ist ein kostspieliges und zeitraubendes Geschäft. Bevor ein neues Arzneimittel auf den Markt kommt, muß der Hersteller neben der Wirksamkeit auch die Unbedenklichkeit des Präparates sicherstellen. Nach mehrjährigen vorklinischen Tests im Labor gelangt ein neues Medikament schließlich in die klinische Prüfung. Dort werden, je nach Prüfphase, bis zu 5000 Personen in die Studien einbezogen. Forschung an Menschen ist ein sensibles Thema. Deshalb unterliegen alle Arzneimittelstudien der Prüfung durch Ethikkommissionen, die den ausreichenden Schutz der PatientInnen gewährleisten sollen. Die meisten klinischen Prüfungen laufen parallel an mehreren Orten. Das Arzneimittelgesetz (AMG) schreibt vor, daß sich bei solchen multizentrischen Prüfungen die Ethikkommissionen aller beteiligten Kliniken mit dem Forschungsprojekt befassen. Erst wenn die Voten aller Ethikkommissionen beim *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)* vorliegen, entscheidet die Behörde über die Durchführung der Studie. Das soll nun anders werden: Nach dem Willen der Bundesregierung soll künftig das Votum derjenigen Ethikkommission ausreichen, die für den Leiter der klinischen Studie zuständig ist. Eine Ethikkommission, ein Votum. "Aus Gründen der

Verfahrensökonomie", wie den Erläuterungen zum Gesetzentwurf zu entnehmen ist.

Sorgen um den Patientenschutz

Von "Rationalisierungsmaßnahmen für die ethische Bewertung von klinischen Prüfungen", spricht Marina Steindor, Gentechnik- und gesundheitspolitische Sprecherin der Bundstagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen. Bei den Plänen der Regierung zur Deregulierung der Arzneimittelprüfung sieht die Grüne Politikerin rot: "Die Schutz- und Grundrechte der Menschen bei klinischen Prüfungen sollen hinter dem vorgeblichen biomedizinischen Fortschritt und den wirtschaftlichen Interessen zurückstehen", warnt Steindor.

Ganz anders beurteilt man die Änderungsvorschläge beim *Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA)*, unter dessen Dach 38 führende Pharmafirmen organisiert sind. "Wir begrüßen die vorgesehene Regelung ausdrücklich", betont Pressesprecher Martin Zündorf. Vorwürfe, der Patientenschutz werde aus Effizienzgründen beschnitten, will er nicht gelten lassen: "Wir sind der Meinung, mehr Ethikkommissionen bedeuten nicht unbedingt mehr Ethik, aber zwangsläufig mehr bürokratischen Aufwand. Es liegt schließlich auch im Interesse der Patienten, wenn neue

wirksame Arzneimittel so schnell wie möglich zur Verfügung stehen."

Ethikkommission ist nicht gleich Ethikkommission

Die Einrichtung von Ethikkommissionen zur Begutachtung von Arzneimittelprüfungen obliegt den einzelnen Bundesländern. Ethikkommissionen bestehen an allen Universitätskliniken, medizinischen Hochschulen und an den Ärztekammern. Von Land zu Land unterschiedlich sind die jeweiligen Berufungsverfahren und personellen Zusammensetzungen der Gremien. Johannes Spatz, Leiter der Berliner *Plan- und Leitstelle Gesundheit des Bezirksamtes Hohenschönhausen*, spricht von "einem bunten Teppich der Regelungen". Spatz setzt sich seit Jahren mit der Praxis von Ethikkommissionen auseinander (siehe *GID 108/109*). Im Gesundheitsausschuß des Bundestags wies er als Sachverständiger auf die große Bedeutung der Unterschiede bei den Ethikkommissionen hin. Die jetzige Regelung habe einen entscheidenden Vorteil: "Die unterschiedliche Struktur der Ethikkommissionen kann zu unterschiedlicher Bewertung der Plausibilität von Studiendesign und ethischer Zumutbarkeit führen", erläuterte Spatz. "Das bedeutet, daß verschiedene Ethikkommissionen zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen können." Gerade weil Ethikkommission nicht gleich Ethikkommission ist und weil es offenbar kritische und weniger kritische Gremien gibt, würde eine Gesetzesänderung aber einer tendenziellen Absenkung des Schutzstandards Tür und Tor öffnen, so befürchten Kritiker: "Wenn in Zukunft ein Votum ausreichend sein sollte, kann sich die Pharmaindustrie eine ihr genehme Ethikkommission aussuchen. An-

spruchsvolle Ethikkommissionen könnten so einfach umgangen werden", warnt Spatz.

Wie die Praxis nach einer Gesetzesänderung im einzelnen aussehen wird, vermag niemand genau zu sagen. Nach der neuen Regelung wäre es aber denkbar, daß bei einer multizentrischen Studie, die vielleicht an zehn verschiedenen Prüforten durchgeführt wird, nur noch eine einzige Ethikkommission das Forschungsprojekt prüft. Eine Ethikkommission in Hannover müßte dann etwa entscheiden, ob die fachgerechte Durchführung der Studie auch in einem Münchener Krankenhaus gewährleistet ist. Der Leiter des *Instituts für Arzt- und Arzneimittelrecht der Universität Göttingen*, Erwin Deutsch, selbst Mitglied zweier Ethikkommissionen, hält bei Prüfungen die Kenntnis der "örtlichen Gegebenheiten" für unabdingbar. "Wir brauchen die Zuarbeit der lokalen Ethikkommissionen", forderte der Rechtsexperte jüngst.

Eingehende Prüfung tut Not

Wie wichtig die Stimmen der kritischen Kommissionen in der Landschaft sind, macht der Sachverständige Spatz an Beispielen aus der Praxis deutlich.

Die eher kritische Landesethikkommission in Bremen lehnte im letzten Jahr mehrere Studien ab, die von anderen Kommissionen bereits abgesegnet waren. In einer Studie ging es um ein Medikament zur Behandlung von Herzstörungen, dessen Wirkung im Vergleich zu Placebos untersucht werden sollte. Was den Studienunterlagen nicht zu entnehmen war, brachte erst eine kritische Nachfrage beim Hersteller an den Tag: Bei einer vergleichbaren Studie in den USA kam es zu einer erhöhten Sterblichkeit bei den PatientInnen, die

24

schließlich zum Abbruch der Studie geführt hatte. In einem anderen Fall, der entgegen den positiven Voten anderer Ethikkommissionen in Bremen ebenfalls abgelehnt wurde, ging es um die Sicherheitsüberprüfung eines neuen Antidiabetikums. Später stellte sich heraus, daß das in den USA bereits zugelassene Mittel wegen Häufung schwerer Leberreaktionen wieder vom Markt genommen worden war.

Vor dem Hintergrund solcher Vorfälle scheint es auch problematisch, daß oftmals Voten anderer Ethikkommissionen ungeprüft anerkannt werden. Wie Margret Steinberg von der *Berliner Ärztekammer* mitteilte, ist dieses Vorgehen inzwischen auch bei der dortigen Kommission üblich: "Wenn bereits positive Voten anderer Kommissionen vorliegen, dann prüfen wir hier nur noch die Eignung der Prüfzentren und die Qualifikation der entspre-

chenden Prüfarzte", sagt die Ärztin. Eine nochmalige Prüfung des Studienprotokolls findet also nicht mehr statt. Grundsätzliche Mängel im Studiendesign, die Anlaß zu kritischer Nachfrage sein sollten, können auf diese Weise leicht übersehen werden.

Schon 1994 wollte der Gesetzgeber die ethische Bewertung klinischer Studien auf nur eine Ethikkommission beschränken. Damals scheiterte das Vorhaben am Einspruch des Bundesrates. Mit dem Widerstand der Länder gegen die Änderung des AMG, die noch in dieser Legislaturperiode beschlossen werden soll, ist diesmal wohl nicht zu rechnen. In einer Stellungnahme des Bundesrates zum Änderungspaket wurde das Thema "Ethikkommissionen" schlicht ausgespart.

Dietmar Winkler



Kirchenallee 22
20099 Hamburg

Tel. 040/248 32-0
Fax 040/248 32-290

Patient im Mittelpunkt. Für ein bürgerorientiertes Gesundheitswesen

„Hamburger Thesen“

vorgelegt vom Fachbereich Gesundheitsdienstleistungen

1

Vollversicherung für alle Bürger

Es ist eine öffentliche Aufgabe, Gesundheit zu fördern, zu erhalten, zu schützen und wiederherzustellen.

→ Die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen sollte grundsätzlich vom Staat sichergestellt und gewährleistet werden, selbst wenn er sie auf gesetzlicher Grundlage an nachgeordnete Träger und Leistungserbringer delegiert.

Das Gesundheitswesen soll jedem Menschen die Absicherung des Risikos von Krankheit und Invalidität garantieren. Diese Leistung ist solidarisch von allen zu erbringen.

→ Das System der Gesetzlichen Krankenversicherung ist zu stärken und alle Bürger in seine Finanzierung einzubeziehen.

Der Leistungskatalog der GKV muß alles umfassen, was zur Verhütung und Behandlung von Krankheiten medizinisch notwendig und sinnvoll ist. Das bedeutet eine Gleichwertigkeit der chemisch-technischen Medizin mit der psychosomatischen sowie den Besonderen Therapierichtungen.

→ Förderung und Stärkung der psychosozialen, ganzheitlichen und naturbezogenen Medizin, das heißt aber auch, die high-tech-Medizin sparsamer und gezielter einzusetzen.

2

Gleichberechtigte Partnerschaft zwischen Patienten/Versicherten und Professionellen im Gesundheitswesen

„Gleichberechtigte Partnerschaft“ meint

a) im individuellen Verhältnis zwischen Patient und Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen, daß die Professionellen den Rahmen vorschlagen, innerhalb dessen der Patient – mit professioneller Unterstützung – seine Entscheidungen treffen kann. Dieses moderne Patient-Arzt-Verhältnis wird z.B. auch schon vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 1992 gefordert;

b) daß auch auf der gesellschaftlichen Ebene ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Patienten/Versicherten und Professionellen des Gesundheitswesens geschaffen wird. Dies hat bereits die Konferenz der Gesundheitsminister des Europarates im November 1996 in Warschau gefordert: einen „trilateralen Sozialpakt zwischen Patienten, Leistungserbringern und Kostenträgern“, bei dem allen dreien die gleichen Möglichkeiten gegeben werden müssen, sich an der öffentlichen Debatte zu beteiligen.

→ Um dieses Ziel zu erreichen, müssen Versicherte und Patienten durch unabhängige Vertreter (Verbraucherverbände, Verbraucher-Zentralen, Patientenstellen, Selbsthilfegruppen) in allen relevanten Gremien an der politischen Gestaltung beteiligt werden, z.B. in den Gremien der Selbstverwaltung.

3

Anbieter-unabhängige Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen für Patienten und Versicherte

Die wichtigsten Aufgaben dieser Unterstützungsstellen sind,

- a) Transparenz herzustellen über das Leistungsspektrum und die Qualität von Gesundheitsleistungen.
- b) die Bürger zu beraten (z.B. über Patientenrechte und bei Verdacht auf Schädigung),
- c) ein umfassendes, überbetriebliches Beschwerdemanagement zu betreiben, d.h. die Sammlung aller Beschwerden über Einrichtungen des Gesundheitswesens an einer neutralen Stelle und die Auswertung zur Qualitätsverbesserung des Gesundheitswesens,

Die Unterstützungsstellen organisieren auch die Patientenvertretung an der Gestaltung und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens.

- Die in Deutschland vorhandenen Ansätze (Verbraucher-Zentralen, Patientenstellen) müssen zu einem umfassenden Netz professioneller Unterstützungsstellen weiterentwickelt werden.

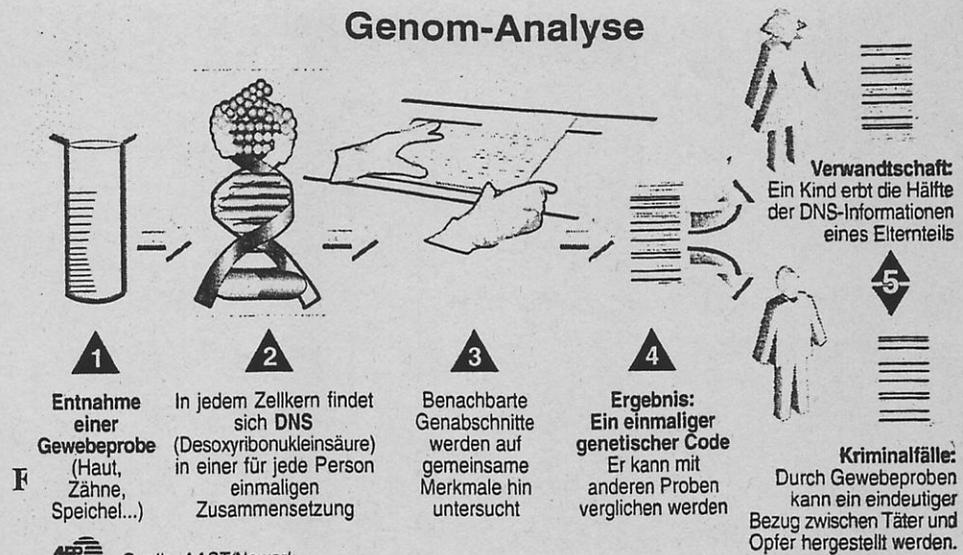
4

Verbesserungen der rechtlichen Position der Patienten durch ein Patientenschutzgesetz

Ein Patientenschutzgesetz soll die schon vorhandenen Rechte übersichtlich zusammenfassen, erweitern und ergänzen. Besonders bedeutsam sind folgende Weiterentwicklungen:

- Alle, die hier leben, müssen gleichen Zugang zum Gesundheitssystem haben.
- Die Regelungen zur Haftung bei Behandlungsfehlerverdacht müssen erweitert werden (weitere Erleichterung der Beweislast, Beweislastumkehr bei *jeder* Art von Fahrlässigkeit, obligatorischer Rechtsschutz über die Gesetzliche Krankenversicherung).
- Entwicklung von Beschwerdewegen im Sinne eines umfassenden Beschwerdemanagements, das alle Hinweise auf Qualitätsmängel zentral sammelt, auswertet und in Verbesserungsmaßnahmen umsetzt (siehe 3).
- neue Formen der gleichberechtigten Beteiligung von Patienten und Versicherten an der Gestaltung des Gesundheitswesens im Sinne des *trilateralen Sozialpaktes* (siehe 2).
- Förderung und Schaffung unabhängiger und professioneller Institutionen der Patientenunterstützung (siehe 3).

Fahndung



Schon nach drei Stunden ist der Täter anhand der Genom-Analyse identifiziert.

Grafik: AFP

So werden Verbrecher mit dem „genetischen Fingerabdruck“ überführt

Der Mörder der elfjährigen Christina Nytsch ist ein Serientäter. Sein „genetischer Fingerabdruck“ ist der Beweis - und ein Auslöser für eine zentrale Gen-Datei, wie sie von Bundesinnenminister Manfred Kanther gefordert und jetzt von der Bonner Kommission beschlossen wurde. Beim Bundeskriminalamt (BKA) werden künftig die Genprofile sowohl von verurteilten Straftätern als auch von Verdächtigen gespeichert.

Von ELKE VON BERKHOLZ

Hamburg - Die heiße Spur kann ein winziger Blutspritzer, ein Haar, angetrockneter Schweiß, Speichel an einer Briefmarke oder Sperma sein. Anhand seiner Abdrücke an einer Zigarettenspitze und am Rand einer Espresso-Tasse wurde soeben der Frauenmörder aus Ligurien gefaßt.

Die alte Krimiregel „der Täter kehrt immer an den Tatort zurück“, gehört ins Reich der Legende. Doch auf eines können die Ermittler sich verlassen: Der Täter läßt meistens etwas am Tatort zurück. Etwas, das sein oder ihr Erbgut birgt, die für jeden Menschen einzigartige und unverwechselbare Desoxyribonucleinsäure, DNS oder DNA genannt (für -acid, engl. Säure). Sie ist der Schlüssel allen Lebens und so individuell wie der Fingerabdruck, eben der „genetische Fingerabdruck“.

Die strickleiterartig aus Phosphat, Zuckermolekülen und Basenpaaren als „Sprossen“ aufgebaute DNA ist Träger von 50 bis 100 000 Genen, die Aussehen, Geschlecht, alle körperlichen Funktionen, wahrscheinlich auch Intelligenz und seelische Eigenarten mit codieren. Doch diese Funktionsbereiche sind für Identifikation und Beweisführung nicht von Interesse. Gefahndet wird nach den nicht-codierenden Abschnitten, die zwischen den Genen liegen. Solche Teilstücke haben keine Erbinformationen und beinhalten damit auch keine persönlichkeitsbestimmenden Merkmale.

„Im Bereich der nicht-codierenden Abschnitte gibt es kurze, charakteristische Basenmuster, die bei jedem unterschiedlich oft wiederholt auftreten“, erklärt Dr. Christa Augustin (36), Leiterin des serologisch-genetischen Labors am Institut für Rechtsmedizin in Hamburg. Durch Hitze wird die „Strickleiter“ längs in zwei Hälften geteilt. „Die sich wiederholenden Ab-

schnitte, sogenannte Short Tandem Repeats (STR), werden von Enzymen, die nur an einer bestimmten Stelle angreifen, aus dem DNA-Strang herausgeschnitten. An die Bruchstücke werden radioaktiv oder farblich markierte DNA-Sonden angelagert. Auf einem Trägergel, das einem elektrischen Spannungsfeld ausgesetzt wird (Elektrophorese), wandern die markierten Bruchstücke, abhängig von ihrer Länge, zum Gegenpol. Je kürzer das STR ist, desto weiter läuft es.“

Dabei entsteht je nach Methode das charakteristische Bandenmuster oder eine Art „Fieberkurve“, die den genetischen Fingerabdruck darstellt. Da sich das Genom je zur Hälfte aus väterlichem und mütterlichem Erbgut zusammensetzt, zeichnen sich Doppelbanden ab. Je mehr Sequenzen man bestimmt, desto exakter kann die Spur identifiziert und einem Menschen zugeordnet werden. „Bei einem seltenen Merkmal können ein bis zwei Vergleiche genügen“, sagt die Expertin. Schon bei sechs Sequenztests ist die Wahrscheinlichkeit, daß zwei Menschen gleiche Merkmale aufweisen, eins zu 100 Millionen. Bei fünf Milliarden Menschen auf der Erde ist das nach drei Stunden Testzeit ein aussagekräftiges Ergebnis.

Ein trillionstel Gramm Erbsubstanz genügt zum Nachweis. Mit einem 1985 von dem Amerikaner Kary Mullis entdeckten Verfahren, der PCR (Polymerase-Chain-Reaction), wird es zu einer ausreichenden Menge vermehrt. „Gleichzeitig dient die PCR als Siebverfahren“, sagt Augustin. Ob für Vaterschaftsgutachten, die Identifikation von Opfern oder die Jagd nach dem Täter - die Erbsubstanz ist Freund und Helfer der Detektive in Weiß. „Allerdings ist äußerste Sorgfalt im Umgang mit den Proben und persönlichen Daten wesentliche Voraussetzung, damit nichts in falsche Hände gerät“, so die Laborchefin.

im Erbgut



Christa Augustin begutachtet das charakteristische Muster. Die Doppelbanden sind Teil des genetischen Fingerabdrucks. In der Mitte und am Rand ist ein Maßstab aufgetragen. Foto: RÖHRBEIN

Weniger zurückhaltend fordert der Institutsleiter und Rechtsmediziner Professor Dr. Klaus Püschel: „Die Einsatzmöglichkeiten des genetischen Fingerabdrucks sollten möglichst wenig eingeschränkt werden.“ Auf diese Art will Püschel „auch jeden Erpresser und Serieneinbrecher identifizieren.“

Der Bundesverband der Rechtsmediziner hat sich für eine Gen-Datei nach den Vorstellungen von Bundesinnenminister Manfred Kanther stark gemacht. Danach sollen auch die Gen-Profile von Serieneinbrechern registriert werden. Keine kostspielige Planung: Bei Reihenuntersuchung testet ein Gerät gleichzeitig 36 Proben auf neun Merkmale. Materialkosten: 50 Mark pro Probe. Jeder Kriminalbeamte

kann die Daten vom BKA in Wiesbaden abrufen. Für eine weitere Prüfung, oder falls technisch in Zukunft weitere Untersuchungen möglich sein sollten, wird nicht nur der „genetische Fingerabdruck“ gespeichert, sondern die komplette DNA-Probe, die persönlichkeitsbestimmenden Gene eingeschlossen.

Nicht zuletzt deshalb steht ein Drittel der Bevölkerung Massentests und Gen-Dateien skeptisch bis ablehnend gegenüber. Trotz der Empörung über den Mord an Christina Nytsch und dem Wunsch, das Verbrechen aufzuklären, erschienen im Saterland (Niedersachsen) bis Ostern nur 12 000 von 18 000 aufgerufenen jungen Männern bei der bisher größten Gen-Reihenuntersuchung – dem Speicheltest.

Vielleicht hat von den Gründungsmitgliedern jemand Lust, seine gesammelten Rundbriefe im Regal stehen zu haben, statt in irgendeinem Karton auf dem Dachboden. Dafür bietet es sich an, einen schmucken Bucheinband darum fertigen zu lassen. Es gibt einen Buchbinder in Hamburg, der dies zu günstigen Konditionen macht.

Anfragen an die Redaktion:

Fax 040 - 476 564, eMail vdpp.de@t-online.de

oder an mich: Tel./Fax 040 - 47 65 64, eMail: uth@topmail.de

Gruß

Ulf

Dokumentation

51

Preisliste für Einbände und Sonderarbeiten Stand Feb. 1997

Klebebindung, gefräßt, original gelumbeckt und mit Nylongaze verstärkt

Buchhöhe in cm	Stärke bis	24	28	32	40	50
Broschur RAL I	2 cm	35,75	40,42	45,87	53,90	70,34
	4 cm	39,16	44,33	50,49	59,40	77,44
	6 cm	43,45	48,51	55,38	65,34	85,03
Deckenband	2 cm	49,06	50,93	54,12	63,41	86,90
	4 cm	55,49	57,86	61,98	72,60	97,79
	6 cm	61,98	65,56	70,40	81,95	110,99
	9 cm	69,41	73,92	79,91	93,77	125,40
Halbgewebe nach RAL	2 cm	58,68	67,76	78,87	92,18	119,18
	4 cm	67,70	69,52	86,73	101,47	130,79
	6 cm	74,19	83,98	95,42	111,24	143,99
	9 cm	81,84	92,56	104,50	122,10	158,62
Ganzgewebe	2 cm	64,40	75,40	86,02	100,92	129,52
	4 cm	73,53	83,38	94,27	110,00	142,67
	6 cm	80,01	91,74	103,56	121,00	157,08
	9 cm	89,10	100,26	114,12	135,02	172,81
Archivband nur bis	5 cm	DIN A4	37,50			
	7 cm	möglich	42,50			
Zeitungsarchivband nur bis	5 cm	über DIN A4	81,50			
	9 cm	möglich	89,50			

D.Bank Zettel auf Pkt.

Titelpreise

Grundpreis bei Archivband	6,50
Titelschild bei Großformaten	15,50
Gold- oder Farbdruckzeile	6,50
Gold oder Farbd.zahl (4 Zeichen)	6,50
Längstitel=10 Zeichen= 1 Zeile	6,50
Linie oder Zierpunkt	5,50
Cobi Sgnatur	7,80
Schild Leder	13,00
Schild Kunstleder	12,00
Schild Papier folieren	12,00

Sonderarbeiten beim Rücken

Originalr. ablösen + aufsetzen	20,00
Originalr. ablösen + folieren	23,00
Originalr. in Vorderdeckel kl.	15,00

Sonderarbeiten des Vorrichtens nach Min.

Auf Vollständigkeit prüfen, entklammern, Seiten sortieren, evtl. reparieren
 Umschläge entfernen, Karten evtl. neu falzen und verstärken, Fotokopieren schneiden, Fotokopier falzen, kollationieren

Preis einer Arbeitsminute	1,50
Preis einer Werkstattstunde	90,00

Alle angegebenen Preise verstehen sich zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer.

Arbeitsgänge

Machinenheftung + 100% vom Einband	
Handheftung + 250% vom Einband	
Halbleder ca. 175% auf HG Grundpreis	
nur neue Decken = Berechnung Deckenband	
Abpressen	10,00
Kapitalen	6,00
Hülsen ab 8 cm Buchstärke	8,00
Ecken kleben	6,00
Sparbd. D. (abpressen + kapitalen)	16,00
" HG(abpressen + kap. + Ecken)	22,00

farbiges Zwischenblatt a ~~1,50~~ 1,35
 Musterpappe bleibt Eigentum der Werkstatt

Tasche aus Shirting anfertigen	32,00
Schiene	9,00

Original Umschlag ablösen und rep. wieder aufsetzen <u>nur ca. Preis</u>	35,00
Umschlag nur schneiden und aufs.	20,00

Fotokopien einseitig v.Blatt bis 100	0,40
Fotokopien einseitig v.Blatt über 100	0,36
Fotokopien doppels.v.Blatt pro Seite	0,45

Einzelprägungen (Namen) auf Buchdecke	32,00
---------------------------------------	-------

Dissertation bis 1 cm gelumbeckt	20,00 18,00
1 cm geklammert	25,00
jeder angefangene cm zuzüglich	2,00

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

Berlin

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

Brandenburg

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

Bremen

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

Hamburg

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

Hessen

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

Mecklenburg-Vorpommern

siehe Hamburg

Niedersachsen

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

Nordrhein-Westfalen

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

Rheinland-Pfalz

siehe Hessen

Saarland

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

Sachsen-Anhalt

siehe Niedersachsen

Sachsen

Dr. Christina Kasek
Kantstraße 12
04275 Leipzig

Schleswig-Holstein

siehe Hamburg

Thüringen

siehe Hessen