

# VDPP • RUNDBRIEF

# 49

# 1999

Mitteilungen des Vereins demokratischer



## Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

### RB aus dem 49 INHALT

Der neue Vorstand stellt sich vor <sup>RB</sup><sub>49</sub> Sozialpharmazie – neue Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Nordrhein-Westfalen

<sup>RB</sup><sub>49</sub> Dritte Welt – ist der Begriff noch zeitgemäß? <sup>RB</sup><sub>49</sub> Gesundheitsreform und KBV-Notprogramm <sup>RB</sup><sub>49</sub> Leitfaden der Apotheken im VDPP

<sup>RB</sup><sub>49</sub> Das neue Programm des VDPP

## Liebe Leserinnen und Leser,

dies ist der erste Rundbrief in neuer Aufmachung. Er ist um einiges umfangreicher geworden (und leider auch einige Wochen später erschienen), als wir es erwartet hätten, da das neue Programm in der Fassung, in der ihr es auf der Mitgliederversammlung beschlossen habt, mit einigen von der MV beschlossenen Ergänzungen abgedruckt worden ist.

Sollte euch dieser Rundbrief gefallen, was wir natürlich hoffen, so könnt ihr die Geschäftsstelle anrufen, damit euch zusätzliche Exemplare zugesandt werden, die ihr an Kolleginnen und Kollegen weitergeben könnt.

Dass die Personalpronomina der zweiten Person (ihr, euch etc.) klein geschrieben wurden, liegt nicht an der Unhöflichkeit der neuen Redaktion, es liegt vielmehr daran, dass die Orthographiereform am Rundbrief nicht vorbeigegangen ist.

Und nun viel Spaß beim Lesen!

Eure Redaktion

*Redaktionsschluss für die nächste Ausgabe (Nr. 50): 15. November 1999*

## IMPRESSUM

*Herausgeber:* Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V., Fleming-Apotheke • Grindelallee 182 D-20144 Hamburg Telefon • Telefax: 040 - 45 87 68 E-mail: geschaeftsstelle@vdpp.de Internet: www.vdpp.de Bankverbindung: Postbank Berlin BLZ 100 100 10 Kto. 200 47 - 105

*Redaktion:* Jürgen Große (verantwortlich) Thomas Hammer  
*Bildredaktion:* Dr. Thomas Schulz

*Redaktionsanschrift:* Jürgen Große Mesterfeld 17 • 22523 Hamburg Telefon: 040 - 5 70 45 75 und 0172 - 4 01 95 41 Telefax: 040 - 5 56 80 39 • E-mail: redaktion@vdpp.de

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

*AutorInnen der letzten 12 Monate:* Udo Ament • Susanne Bahrke • Elisabeth Bronder • Barbara Greiner • Gudrun Hahn • Markus Hausmann • Christiane Hefendehl • Michael Höckel • Dorothea Hofferberth • Franz Kirchner • Katja Lorenz • Gudrun Meiburg • Ute Meyerdirks-Wüthrich • Marion Mikula • Linde Peters • Udo Puteanus • Bernd Rehberg • Christina Sasse • Thomas Schulz • Regina Schumann • Ingeborg Simon • Isabella Sulger

6 Ausgaben kosten im Abonnement 60 DM. Für Mitglieder des VDPP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten

## Grußwort des Vorstands

Isabella Sulger [S. 2](#)

## Der neue Vorstand stellt sich vor

Udo Ament, Christiane Hefendehl, Katja Lorenz, Michael Höckel, Thomas Schulz, Isabella Sulger [S. 3](#)

## Sozialpharmazie – neue Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Nordrhein-Westfalen

Udo Puteanus [S. 6](#)

## Die neue Selbstverpflichtung

Thomas Hammer [S. 12](#)

## Dritte Welt

**– ist der Begriff noch zeitgemäß?**  
Christiane Hefendehl [S. 13](#)

## Knapp vorbei ist auch daneben

Christiane Hefendehl [S. 15](#)

## Gesundheitsreform und KBV-Notprogramm

Christiane Hefendehl [S. 16](#)

## Leitfaden der Apotheken im VDPP

Bernd Rehberg [S. 18](#)

## Warum ich den nicht geschriebenen Brief nicht unterschreiben konnte

Katja Lorenz [S. 20](#)

## BUCHBESPRECHUNGEN

### Wechselwirkungen

Udo Puteanus [S. 20](#)

### Neuerscheinungen zu Arzneimitteln und Verbraucherschutz

Udo Puteanus [S. 23](#)

### Frauen und Medikamente – Gebrauch oder Missbrauch?

Udo Puteanus [S. 23](#)

### Bürgerorientierung und Gesundheitswesen

Udo Puteanus [S. 24](#)

## INTERNES

### Rechenschaftsbericht des Vorstands

Michael Höckel [S. 24](#)

### Finanzbericht 1998

Udo Ament [S. 29](#)

## Finanzplanung 1999

Udo Ament [S. 30](#)

## Protokoll der Mitgliederversammlung 19./20. Juni 1999

Gudrun Hahn [S. 26](#)

## Vorstand 13./14. Februar 1999

Isabella Sulger [S. 31](#)

## Vorstand 21. März 1999

Katja Lorenz [S. 33](#)

## Vorstand 30. Mai 1999

Jürgen Große [S. 35](#)

## Das neue Programm?

Programm – Inhaltsverzeichnis  
Programm des VDPP vom 19./20. Juni 1999

Katja Lorenz [S. 37](#)

## AUS DER GESCHÄFTSSTELLE

Termine [S. 45](#)

Verschiedenes [S. 46](#)

Beiträge für den Rundbrief [S. 46](#)

## Ausstellung

*Ohne und mit akademischen Weihen*  
Frauen in der Apotheke • Seit 100 Jahren studieren Frauen Pharmazie [S. 47](#)

## LESERBRIEFE

Zum Beratungsbogen Durchfall  
Udo Puteanus [S. 47](#)

## DOKUMENTATION

**Das Euter als Chemiefabrik**  
Linde Peters [S. 48](#)

**Pharmazie der Zukunft – Zukunft der Pharmazie** [S. 51](#)

## BPhD-Versammlung und die Folgen

[S. 53](#)

## Pressemitteilungen und Echo

[S. 56](#)

**Programm des Forum Leipzig** [S. 58](#)

# Grußwort des Vorstands

## Liebe Vereinsmitglieder!

Ich freue mich, das Grußwort für diesen Rundbrief schreiben zu dürfen, der jetzt ein neues Erscheinungsbild hat. Nach zehnjährigem Bestehen versuchen wir, uns auf verschiedenen Ebenen zu professionalisieren. Nach meinem Umzug innerhalb Münchens werden alle Vorstandsmitglieder und die Geschäftsstelle durch E-mail verbunden sein. Dadurch ist die Kommunikation untereinander wesentlich einfacher und schneller als über Telefon und Post.

Von einem Sommerloch kann im Verein nicht die Rede sein, da im Juni die erfolgreiche MV stattfand und der neue Vorstand sein erstes Treffen hatte. Dieser ist nach einigen Jahren Männerüberhang jetzt wieder paritätisch besetzt. Ich freue mich über zwei neue Mitglieder, Thomas Schulz und Christiane Hefendehl, die für uns die Öffentlichkeitsarbeit macht, ein schon länger vakanter Posten. Im neuen Team wurden bereits zwei Pressemitteilungen zur Anzeigenkampagne der ABDA gegen die Gesundheitsministerin und zum neuen Tarifvertrag veröffentlicht. Die ausscheidenden Vorstände Jürgen Große und Thomas Hammer bilden die neue Rundbriefredaktion, worauf wir uns schon freuen können. Demnächst steht uns dank Katja Lorenz und Regina Schumann das überarbeitete Programm zur Verfügung, das Ihr zur Endkontrolle diesem Rundbrief entnehmen könnt. An dieser Stelle schon ein herzliches Dankeschön an die beiden für die viele Arbeit, die sie hatten. Jetzt sollten wir nur noch neue Mitglieder gewinnen, um beruhigt ins nächste Jahrtausend gehen zu können.

Ich wünsche allen noch einen schönen Restsommer,  
Eure Isabella Sulger

# Vielen Dank!

## Liebe Christa, lieber Ulf!

Dieser Rundbrief ist der erste seit sechs Jahren, für den wir nicht mehr verantwortlich zeichnen. Deshalb möchte ich euch - sicherlich auch im Namen der meisten VDPP-Mitglieder - für die geleistete Arbeit und die schönen Redaktionsrunden bei euch zuhause danken.

Als wir 1993 mit unserer Redaktionsarbeit anfangen, kannte ich euch kaum. Unsere regelmäßigen Treffen führten dann aber dazu, dass wir immer ausgiebiger über persönliche Dinge sprachen: die Geburt und Erziehung eurer Kinder, Berufliches, Reisen, die Liebe, Gott und die Welt. Dazu gehörte dann auch immer zu meiner großen Freude ein leckeres Abendessen. Diese Kürbissuppe zum Beispiel. Wie werde ich sie vermissen!

Beflügelt durch die zum Essen verköstigten Weine und / oder Biere konnten wir dann die eigentliche, zum Teil doch sehr mühsame und auch frustrierende redaktionelle Arbeit aufnehmen, wenn es Jannis & Jasper zuließen, die natürlich wie gewohnt ins Bett gebracht werden wollten.

Dass unsere Rundbriefe anfangs so gut angekommen sind, lag neben den AutorInnen in erster Linie an dir, Ulf. Dass du diesen Job so viele Jahre lang für 'n Appel und 'n Ei gemacht hast, ist aller Ehren wert. Die Ansprüche der LeserInnen sind jedoch immer höher geworden und unsere Lust am Rundbriefmachen ließ immer mehr nach. Nun soll alles noch besser werden. Freuen wir uns darauf!

Euch beiden also noch einmal vielen Dank!

In Wehmut – Thomas Hammer

# Der neue Vorstand stellt sich vor

Genau das tut ihr aber, liebe Mitglieder. Seit 1995 bin ich im Vorstand und kümmere mich um das Zweitwichtigste im Verein – das Wichtigste seid ihr – das liebe Geld. Denn auch im VDPP gilt: Ohne Moos nix los.

Ich bin 1957 in Göttingen geboren, in Badisch-Sibirien aufgewachsen, habe in London Chemie und in Berlin Pharmazie studiert. Meines Wissens bin ich noch immer Mitinhaber des britischen Hochschulbesetzungs-Dauerrekordes (59 Tage, 1977). Seit 1992 bin ich Leiter einer Land- bzw. Odenwald-Apotheke, die auch so heißt. Ich liebe einsame Bergtouren, Musik machen, gutes Essen und guten Wein. Und Schwimmen gegen den Strom (ich glaube, ich kann gar nicht anders). Kurz vor der Gründung erfuhr ich von dem Projekt VDPP, nahm am letzten Vorbereitungstreffen noch teil, wurde aber durch einen dummen Zufall nicht Gründungsmitglied. Inzwischen bin ich aber auch seit zehn Jahren im Verein. Neben den Ver-

*Würdet ihr diesem Typen  
euer Geld anvertrauen?*



**Udo Ament**

einsfinanzen interessieren mich besonders die Themen Soziale Apotheken und Dritte Welt. Ich bin in der Regionalgruppe Hessen aktiv, aber auch Regionalbeauftragter für Baden-Württemberg.

Wie ihr mich erreichen könnt, steht in jedem Rundbrief auf der letzten Seite.

## Christiane Hefendehl



NAME? Christiane Hefendehl

BERUF? Freie Wissenschaftsjournalistin  
(Apothekerin + Redakteurin)

WOHNORT? Berlin

WARUM? Warum ich gewählt wurde, müsst ihr die fragen, die mich gewählt haben. Zur Wahl gestellt habe ich mich, weil ich die Vereinsziele auch nach zehn Jahren noch für richtig halte und mich dafür aktiv einsetzen will.

SCHWERPUNKTE? Öffentlichkeitsarbeit, Gleichberechtigung

ZIELE? Öffentlichkeitsarbeit und Mitgliederwerbung in Schwung bekommen

MOMENTANES LIEBLINGSTHEMA? Versteckte Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel – sachdienliche Hinweise nehme ich gerne entgegen

BERUFLICH? Hauptsächlich Gynäkologie und Ernährungsmedizin für medizinische Fachzeitschriften, ansonsten schreibe ich über Medizin und Pharmazie für (fast) alle, die dafür zahlen

VEREINSLEBEN? Zum zweiten Mal im Vorstand, Frauenseminare, MV und natürlich Regionaltreffen Berlin (wann immer die Termine passen)

PRIVAT? Cuba, Cuba und manchmal auch Cuba

KONTAKT? Anrufen, schreiben, faxen, mailen oder auf 'nen Bier vorbeikommen: Fontanestr. 18 • 12049 Berlin  
Telefon und Telefax 030 - 62 72 20 72  
mobil 0170 - 3 11 63 34  
E-mail: Christiane.Hefendehl@t-online.de



## Michael Hoeckel

**Erst einmal Dank:** Mein erstes Jahr als Vorstandsmitglied konnte ich viel von den alten Hasen Udo Ament, Jürgen Große und Thomas Hammer lernen, die letzten beiden sind

uns als Redaktionskollektiv für den Rundbrief zum Glück erhalten geblieben. Udo Ament ist noch im Vorstand und arbeitet zuverlässig weiter, siehe Kassenberichte.

**Mein Werdegang:** Nach den Ausbildungen zum Polizeibeamten und Krankenpfleger absolvierte ich das Abendgymnasium in Kassel und studierte Pharmazie in Marburg (Approbation 1994). Im ersten Semester wurde ich VDPP-Gründungsmitglied. Ohne die Möglichkeit zum Kennenlernen der vielen engagierten, aufgeschlossenen und ideenreichen ApothekerInnen im VDPP hätte ich wohl kaum die Energie aufbringen können, um das Studium abzuschließen. Im Klartext: Ohne den VDPP wäre ich nicht Apotheker geworden.

**Meine beruflichen Aktivitäten:** Ich arbeite als angestellter Apotheker in einer öffentlichen Apotheke in Kassel. Daneben bin ich als Dozent in der Aus- und Fortbildung von AltenpflegerInnen, PflegelehrerInnen und ArzthelferInnen tätig. Ich nehme an einem Gesprächskreis mit Ärzten teil, und wir organisieren gemeinsame Veranstaltungen. Des weiteren moderiere ich für die LAK Hessen, Zweigstelle Kassel, Fortbildungen.

**Meine beruflich Interessengebiete:** Pharmazeutische Betreuung und Beratung allgemein und von Schmerzpatienten, onkologische Pharmazie im besonderen. Die konstruktive, patientenorientierte Zusammenarbeit von Leistungserbringern im Gesundheitswesen (besonders im Bereich Palliativmedizin, ambulante Intensiv- und Altenpflege) im Sinne der Patienten liegt mir sehr am Herzen.

**Meine Mitgliedschaften:** Im Vorstand der deutschen Sektion der ISOPP (International Society of Oncology Pharmacy Practitioners), des weiteren bin ich Mitglied im Forum Leipzig, in der Akademie für Fortbildung der Apothekerkammer Hessen und in der DPhG (Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft).

**Meine Vorstellungen und daraus folgernde Aktivitäten für den VDPP:** Konstruktive Vorstandsarbeit für die Mitglieder im Verein. Diese Arbeit sollte idealerweise auch für die Berufsoffentlichkeit erfahrbar sein, um neue Mitglieder für den VDPP zu interessieren. Inhaltlich richtet sich mein Augenmerk auf die Zukunft der Pharmazie, hier speziell die Tätigkeitsfelder der Apotheke im Gesundheitswesen gemeinsam mit anderen professionellen Fachkräften. Die universitäre Ausbildung des pharmazeutischen Nachwuchses gilt es hierbei im Auge zu behalten. Es muss weiter in Richtung einer grundlegenden Änderung der Ausbildung hin zum Patienten Einfluss genommen werden.

Ziel der Forderungen ist es den Nachwuchs in die Lage zu versetzen, Dienstleistung wie die pharmazeutische Betreuung professionell erbringen zu können. Das neue VDPP-Programm wird eine hilfreiche Diskussionsgrundlage sein, um innerhalb des Vereins und nach außen tätig zu sein. Gesundheitspolitische Themen wie die Strukturreform und Änderungen des AMG werden auch weiter zentrale Punkte der Vorstandsarbeit darstellen.

**Meine persönlichen Interessen:** Soweit dies jemanden interessiert, verbringe ich meine Lebenszeit mit meiner Lebensgefährtin und unserer Tochter. Das Lesen von und das Beschäftigen mit guter Literatur – zu dem Gut stehe ich! – bereitet mir viel Freude. Des weiteren schaffe ich mir durch regelmäßiges Schwimmen die Puste, um die Aufgaben bewältigen zu können.

## Katja Lorenz



Seit meiner ersten Vorstellung als Vorstandsmitglied sind vier Jahre vergangen.

Nun bin ich also 32, lebe noch immer in Berlin. Nach einer Ausbildung zum Pharmazie-Ingenieur und dem Pharmaziestudium an der Humboldt-Uni Ber-

lin, bin ich seit 1995 Apothekerin. Seit April arbeite ich nach zweijährigem Erziehungsurlaub wieder als angestellte Apothekerin.

Auf der MV 1995 wurde ich Mitglied des VDPP und 2 Stunden später auch gleich des Vorstands. (Das ist bei uns ja nicht untypisch!) Wegen der Geburt meines Sohnes hatte ich mich 1997 nicht wieder zur Wahl gestellt. Im letzten Jahr hatte ich dann wieder Lust und Kraft zu Aktivitäten, die jenseits der Kindererziehung lagen, und kandidierte wieder für den Vorstand.

Die ersten zwei Jahre Vorstandsarbeit haben Spaß gemacht. Ich war viel näher dran und hatte das Gefühl, was mitbewegen zu können. Die Vorstandstreffen waren nicht nur Arbeit. Es wurde auch wichtig, die anderen wieder zu sehen und zu hören, wie es ihnen ergeht.

Ich habe aber auch einen realistischeren Bezug dazu bekommen, was in einem kleinen Verein möglich ist, in dem alle „nur“ ehrenamtlich arbeiten. Und doch ärgert mich, dass wir sowenig Außenwirkung haben, dass vieles effektiver machbar wäre, dass wir uns verzetteln, für vieles zu lange brauchen und keine neuen Leute gewinnen können.

Im letzten Jahr haben wir im Vorstand nach neuen Wegen gesucht. Ich habe mich insbesondere um die Programmüberarbeitung gekümmert.

Nun bin ich neugierig, was wir aus neuem Programm, Rundbriefkonzept, anderen Kommunikationswegen untereinander und nach außen... machen können.

Für die Aktivitäten der Regionalgruppe finde ich es auch wichtig, dass aus Berlin jemand im Vorstand ist. Und - nicht zu vergessen – hebe ich entscheidend die Ostquote!



## Thomas Schulz

Geboren in Berlin (1959) zeigte ich die typische Verwurzelung in meiner Heimatstadt, d.h. nach der Schule studierte ich an der FU Pharmazie und entschied mich – nach einem kurzen

Intermezzo in der öffentlichen Apotheke – zur Promotion in der Toxikologie (immer noch FU Berlin).

Über die Fachschaftsarbeit kam ich zur FG Apotheken in der ÖTV und zur Fraktion Gesundheit. Von 1987 bis 1991 war ich Delegierter in der Kammerversammlung Berlin. 1989 gehörte ich mit zu den Gründungsmitgliedern des VDPP und war offensichtlich der einzige Fotograf bei dieser Veranstaltung.

Nach der Promotion entschied ich mich für die Toxikologie und bildete mich weiter zum Fachtoxikologen (DGPT), nebenher blieb ich auch pharmakologisch interessiert und schrieb Bewertungen von neu eingeführten Arzneimitteln (Antibiotika, Antimykotika, Virustatika) für die *Offizin*, die leider zwischenzeitlich eingestellt wurde. Das lag aber wohl nicht an meinen Artikeln ... Ein Jahr lang kümmerte ich mich um den VDPP-Rundbrief und weiß seit der Zeit die langjährige, kontinuierliche Arbeit der Hamburger Rundbriefgruppe sehr zu schätzen. Ich

wurde 1991 in die Redaktion der *Zeitschrift für Chemotherapie* aufgenommen und blieb dort bis 1996 aktiv.

In der Zwischenzeit musste ich doch endlich einmal Berlin verlassen und zog nach London. Dort arbeitete ich als Stipendiat der Europäischen Wissenschaftsstiftung in der Abteilung für klinische Pharmakologie und war zur der Zeit wohl das einzige internationale VDPP-Mitglied. Über Berlin und Dortmund gelangte ich dann nach Göttingen in die Arbeitsmedizin. Überraschenderweise gibt es sogar noch einen Pharmazeuten in der Abteilung, wobei dieses Berufsfeld für Apotheker doch eher exotisch bleibt. Mein Arbeitsgebiet ist die genetisch determinierte Suszeptibilität für Industriechemikalien und Schadstoffe, allerdings reicht mein Interesse weit in die klinische Pharmakologie hinein. Seit einem Jahr bin ich Fachapotheker für Toxikologie und Ökologie und zur Weiterbildung für dieses sehr interessante und abwechslungsreiche Gebiet ermächtigt.

Meine Aufgabe im Vorstand sehe ich in der Pflege der Verbindung des VDPP zur Pharmakologie, Toxikologie und Molekularbiologie.



## Isabella Sulger

### Zweite Amtsperiode im Vorstand

Mittlerweile werden mich schon viele kennen, sei es persönlich durch MVs, Herbst- oder Frauenseminare oder meine Protokollbeiträge im Rundbrief. Dennoch wurde ich von der Redaktion gebeten, mich nochmals vorzustellen. Ich habe in Berlin Pharmazie studiert sowie berufsbegleitend Public Health (siehe auch *Rundbrief* 39/97 S.3) und lebe seit 1996 in München.

Ende 1997 bekam ich meinen Sohn David und fing im Juli 1998 wieder an in einer öffentlichen Apotheke 16 Stunden zu arbeiten. Ich hätte Spaß daran, mit anderen KollegInnen hier im Münchner Raum eine Regionalgruppe zu gründen. Mit Michaela Raasch, der Regionalgruppenbeauftragten für Bayern habe ich mich bereits einmal getroffen.

In meiner Freizeit wandere ich sehr gerne. Wer jetzt noch weitere Fragen an mich hat oder mich einmal besuchen möchte, kann mich unter dem Telefon 089-2 02 21 06 oder demnächst auch per E-mail erreichen. Im Herbst ziehe ich innerhalb Münchens um, gebe Euch aber noch rechtzeitig die Adresse bekannt.

# Sozialpharmazie

Neue Aufgabe des  
Öffentlichen Gesundheitsdienstes  
in Nordrhein-Westfalen

von Dr. Udo Puteanus · Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (lögD),  
Dezernat Arzneimittelsicherheit, Sozialpharmazie

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen (ÖGDG) wird der Begriff „Sozialpharmazie“ erstmals in Gesamtdeutschland in einem Gesetz erwähnt – wenn auch nur in einem Bundesland. Bislang war er in Deutschland nur in der ehemaligen DDR eingeführt. Dort wurde Sozialpharmazie bis 1990 als Forschungs- und Lehrfach unter der Bezeichnung „Organisation und Ökonomie der Arzneimittelversorgung“ an den drei Universitäten Greifswald, Berlin und Halle angeboten.

Auch in über 40 anderen Ländern wird seit Jahren, ja sogar Jahrzehnten unter dem gleichen oder einem ähnlichen Begriff auf diesem Gebiet geforscht und gelehrt, z. B. in Australien, Belgien, Bulgarien, Dänemark, Großbritannien, Italien, Japan, Kanada, Mexiko, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Tschechien und in den USA.

## Im diesem Beitrag sollen folgende

### Themen angesprochen werden:

1. Warum sich von Seiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) mit Sozialpharmazie beschäftigen?
2. Wie kann Sozialpharmazie aussehen?
3. Was ist Sozialpharmazie im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in NRW?
4. Wer macht Sozialpharmazie?
5. Wie ist der Stand der Dinge?
6. Wohin soll es gehen?

Dabei sollen die Punkte 1 und 2 ausführlicher behandelt werden, um für mehr Verständnis für diesen neuen Aufgabenbereich zu werben.

## 1. Warum sich mit Sozialpharmazie beschäftigen?

Warum sollte man sich um den Bereich Arzneimittel von Seiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes kümmern?

Eine kurze Antwort vorab: Es geht um einen wichtigen Teilaspekt der Gesundheitssicherung für die Bevölkerung. Es geht um die Arzneimittelversorgung, es geht um Krankheit und Gesundheit der Menschen - und es geht um viel Geld. Will der ÖGD seine Nähe zum Bürger erlebbar machen, kann er seine Chance gerade im Bereich Arzneimittel nutzen. Denn hier dokumentiert sich seine Koordinierungsfähigkeit und Kooperationsbereitschaft mit anderen im Gesundheitswesen Beteiligten sowie seine Bürgerorientierung an einem konkreten Produkt, dem Arzneimittel, das viele Lebensbereiche der Menschen direkt berührt. Wenn es keine Probleme in der Arzneimittelversorgung gäbe, wäre ein Engagement sicherlich nicht notwendig. Dass dem aber nicht so ist, soll im Folgenden aufgezeigt werden.

In den letzten 10 Jahren sind die Ausgaben für Arzneimittel um rund 50 % gestiegen. Interessant ist der Knick im Jahre 1993.

Lag der Index 1992 noch bei 141, sank er nach Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) von 1993 auf den indexierten Wert von 138, um danach wieder bis 1997 auf 149 zu steigen (BAH 1998) (Abb. 1). In der Bundesrepublik werden 1,6 bis 1,7 Mrd. Packungen von Arzneimitteln verkauft. Auf jeden Einwohner entfallen somit ca. 20 Packungen pro Jahr. Damit nimmt jeder Bürger durchschnittlich rund 1250 Kapseln, Dragees, Pillen oder andere Dosiereinheiten im Jahr ein (Glaeske 1998).

Was bedeuten diese Zahlen für den Einsatz von Arzneimitteln bei den Menschen? Es sollen folgende Thesen formuliert werden:

- a. Im Arzneimittelbereich werden Milliarden DM nicht optimal eingesetzt. Dies hat auch weitreichende Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung.
- b. Der Arzneimittelmarkt befindet sich in einem Wandel mit möglicherweise ebenfalls weitreichenden Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung.

## Indexierte Umsatzentwicklungen im Arzneimittelmarkt, Alte Bundesländer

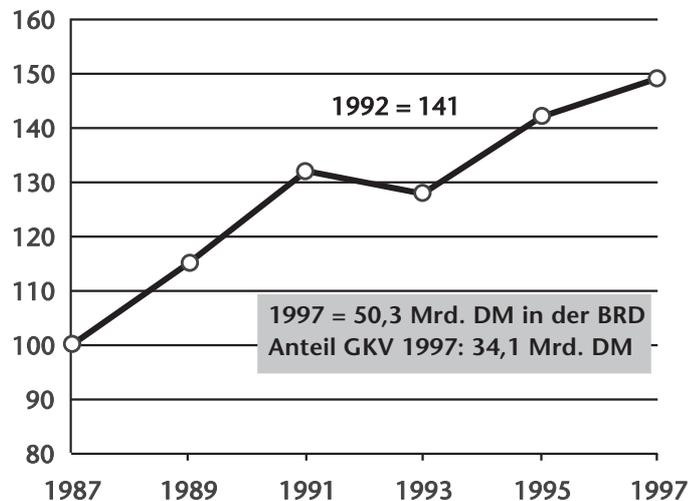


Abb. 1: Umsatzentwicklung bei Arzneimitteln (Quelle: BAH 1998)

### Zur ersten These:

Nach einer Bremer Studie muss davon ausgegangen werden, dass jährlich zwischen 5.600 und 8.000 Toten aufgrund einer Arzneimitteleinnahme sterben (Schönhöfer 1991). Darin enthalten sind aber nicht nur die Todesfälle aufgrund von unerwünschten Nebenwirkungen, sondern auch die Todesfälle aufgrund falscher Verordnung, falscher Einnahme und Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln. Der Präsident der Apothekerkammer Nordrhein spricht sogar von 25.000 Toten pro Jahr (Rücker 1999).

Außerdem muss man von ca. 120.000 Krankenhaus-Einweisungen ausgehen, die ca. 2. Mrd. DM an Kosten verursachen. Dies

sind auch Angaben vom Präsidenten der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Hans Günter Friese (Stieve 1998). Sie sind bislang noch nie ernsthaft bestritten worden.

Aber es kann alles noch schlimmer sein: Nach einer neueren Studie über arzneimittelbedingte Todesfälle fanden kanadische Wissenschaftler heraus, dass in den USA von ca. 106.000 Toden durch Arzneimittel ausgegangen werden muss (Lazarou, J., et al. 1998). Und dies sollen nur die Zahlen für direkte unerwünschte Arzneimittelwirkungen sein. Ausgeschlossen wurden die Fälle aufgrund falscher Verordnung, falscher Einnahme und Arzneimittelmissbrauch. Auf Deutschland hochgerechnet müsste nach diesen Berechnungen von ca. 30.000 Toden jährlich ausgegangen werden. Wohlgermerkt ohne die Zahl der Toten als Folge falscher Anwendung der Arzneimittel. Diese Zahlen sind sicherlich diskussionswürdig.

Es ist aber auch folgendes zu berücksichtigen: Offensichtlich nehmen viele Patienten die Arzneimittel nicht immer so ein, wie es eigentlich notwendig wäre. Manche verstehen die Dosierungsvorschriften nicht, andere lassen sich von vermuteten Nebenwirkungen abschrecken, viele vergessen aber einfach die Einnahme von Arzneimitteln. Dadurch entsteht sog. „Arzneimittelmüll“, der in der Größenordnung von 3.800 bis 11.000 Tonnen jährlich anzusiedeln ist (Zimmer, Zimmer, Kreuter 1992, Glaeske 1998, Bronder 1999). Der Wert unverbrauchter Arzneimittel beträgt jährlich je nach Schätzung zwischen 800 Mio. und 2 Mrd. DM.

Die Angaben über die Häufigkeit von Non-Compliance schwanken. Manche Autoren gehen von 30 % falscher Einnahme aus, andere Autoren geben bis zu 70 % an. Mehrheitlich wird davon ausgegangen, dass ca. 50 % der Patienten ihre Arzneimittel richtig einnehmen, 35 % nehmen sie falsch ein und 15 % nehmen ihre verordneten Arzneimittel gar nicht ein (von Renteln-Kruse 1997, für die USA, vgl. Roberts 1997: 378.). Die Gründe für das falsche Einnahmeverhalten sind unterschiedlich. Am häufigsten wird die Einnahme einfach vergessen, oder das Medikament war nicht griffbereit. Aber auch der Beipackzettel scheint nicht wenige Menschen zu beunruhigen.

Bei dieser bedrückenden Ausgangslage ist nur zu verständlich, warum sich alle Seiten – Behörden, Ärzte, Apotheker, Krankenkassen und neuerdings auch Verbraucherverbände – seit vielen Jahren um eine Verbesserung der Situation bemühen.

Doch die derzeitigen Erfolge dieser Bemühungen sind nicht ausreichend. Die Problematik hat sich noch nicht wesentlich verbessert. Den ÖGD als diejenige Institution, die sich auf kommunaler Ebene um die Gesundheit der Bevölkerung kümmert, kann die Problematik nicht unberührt lassen, zumal es Möglichkeiten gibt, Verbesserungen auf den Weg zu bringen und das Bewusstsein der Bevölkerung für Arzneimittel zu schärfen.

#### Zur zweiten These:

Der Arzneimittelmarkt befindet sich in einem Wandel mit mittel- bis langfristig möglicherweise weitreichenden Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung. Bislang war die Verteilung klar: Arzneimittel bekam man in der Apotheke. Meist wurden sie von einem Arzt verordnet. Zu einem geringeren Teil kauften sich die Verbraucher ihre Arzneimittel selbst. Doch die Situation hat sich geändert. Inzwischen spielt

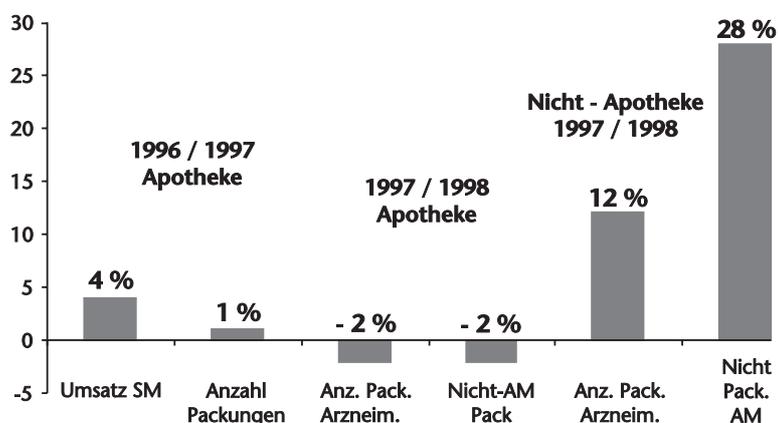
die Selbstmedikation eine immer stärkere Rolle. Der Umsatz im Bereich der Selbstmedikation stieg von 1987 bis 1997 um ca. 70 Prozent, während sich gleichzeitig der Umsatz der verordneten, aber nicht rezeptpflichtigen Arzneimittel nur sehr wenig erhöhte (BAH 1998).

Schaut man genauer hin, wohin sich die Kundenströme orientieren, stellt man folgendes fest: Während der Umsatz mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln 1997 im Vergleich zu 1996 um 5 Prozent zunahm, sank die Zahl der Packungen um 1 Prozent. Es wurden also weniger Packungen verschrieben dafür aber durchschnittlich teurere. Gleichzeitig sank die Zahl der verordneten Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind (Umsatz: – 10 %, Zahl der Packungen: – 11 %).

Nun hätte man erwarten können, dass die Umsätze im Bereich der Selbstmedikation in Apotheken entsprechend gestiegen seien. Dies war aber nur zum Teil der Fall. So konnte der Umsatz nur um 4 % gesteigert werden, während die Zahl der Packungen sogar nur um 1 % stieg, obwohl jeweils etwa 10-prozentige Steigerungen zu erwarten gewesen wären (Selbstmedikation mit rezeptfreien aber nicht freiverkäuflichen Arzneimitteln: 7,7 Mrd. DM; verordnete rezeptfreie Arzneimittel 7,2 Mrd. DM, BAH 1998).

Im Jahre 1998 änderte sich die Situation noch drastischer (es konnten allerdings nur die Zahlen für die ersten drei Quartale des Jahres 1998 berücksichtigt werden). Während die Umsatzzahlen im Bereich der Selbstmedikation sowie die Anzahl der gekauften Packungen in den Apotheken um jeweils 2 % zurückgingen, stiegen die Umsatzzahlen von freiverkäuflichen Arzneimitteln außerhalb von Apotheken um 12 %. Fairerweise muss man allerdings sagen, dass zur Zeit nur ca. 18 % der Arzneimittel im Selbstmedikationsbereich außerhalb der Apotheken gekauft werden. Aber der Trend ist eindeutig. Arzneimittel werden immer häufiger nicht in Apotheken gekauft. Und der Trend beschleunigt sich. Bei den apothekenüblichen Waren erkennt man ebenfalls eine Verlagerung der Kundenströme aus der Apotheke in die anderen Vertriebskanäle (vgl. Abb. 2).

#### Veränderungen im Arzneimittelmarkt, Selbstmedikation



Quelle: DAZ 139 (1999): 372-374 nach IMS und BAH (Rückgang der verordneten Rp.-Arzneimittel 1998 (9 Monatsvergleich, Packungen): 0,5 %. Bei nicht Rp.- Arzneimitteln, Rückgang 5 %)

Offensichtlich orientieren sich die Konsumenten neu. Was sind die Folgen:

- Insgesamt steigt der Arzneimittelkonsum. Dabei steigen nicht nur die Umsatzzahlen in Apotheken durch vermehrte Verordnung teurer aber weniger Arzneimittel, sondern auch der Verkauf von Arzneimitteln außerhalb von Apotheken.
- Es findet eine stetige Verlagerung der Selbstmedikation aus der Apotheke in die anderen Vertriebskanäle statt. Insgesamt nimmt die Zahl der Kundenkontakte in Apotheken ab. Vor allem jüngere Kunden bevorzugen den Vertriebsweg außerhalb der Apotheken. Gründe dürften die niedrigeren Kosten, die aggressivere Werbung und die bessere Verfügbarkeit (täglicher Einkauf im Supermarkt) sein. Das bisherige Credo in der Gesundheitspolitik: „Arzneimittel sind besondere Waren; sie sind beratungsbedürftig und gehören deswegen in die Apotheke“, dieses Credo wird immer mehr aufgeweicht.

Das Wechseln von Kundenströmen aus den Apotheken in andere Vertriebskanäle ist aber nur ein Zeichen von vielen, die auf eine zunehmende Liberalisierung im Arzneimittelmarkt hindeuten. Weitere Schritte zu einem liberaleren Umgang mit Arzneimitteln sind in Abbildung 3 aufgelistet

#### Liberalisierung des Arzneimittelmarktes

- ➔ Verordnungsausschlüsse, Arzneimittelrichtlinien, Budgets: Patienten wechseln in die Selbstmedikation
- ➔ Erhöhung der Zuzahlung: Patienten sparen sich den Arztbesuch
- ➔ Zunahme der Arzneimittelwerbung (Meyer 1999)
- ➔ Liberalisierung des Heilmittelwerbegesetzes
- ➔ Zunahme der aus der Verschreibungspflicht entlassenen Arzneimittel (Walluf-Blume 1997)
- ➔ Zunahme des Handels über Internet, neue Informationsquellen
- ➔ Zunahme der sog. Lifestyle-Drogen = Schub Richtung Medikalisierung des gesamten Alltags
- ➔ Verordnungsausschlüsse im Rahmen der GKV
- ➔ Verschiebung des Selbstmedikationsmarktes in Vertriebskanäle außerhalb von Apotheken (ALDI, Tankstellen)
- ➔ EU-Politik geht in die Richtung Preisliberalisierung (EU-Kommission 1998)
- ➔ Liberalisierung der Standesordnungen für Heilberufe
- ➔ Beginnende Werbemöglichkeiten für verschreibungspflichtige Arzneimittel, z. B. in den USA

Abb. 3

Der Trend ist eindeutig: Der Verbraucher orientiert sich neu und wird auch entsprechend über Werbung und Gesetzgebung gelenkt. Die Apotheken verlieren Kundenkontakte (nicht unbedingt Umsatz), und die Verbraucher geben mehr Geld für ihre Gesundheit in Verkaufsstellen außerhalb des klassischen Gesundheitssektors aus. Im Laufe der Zeit wird dieser Trend für viele Menschen zur Gewohnheit werden. Wenn außerhalb der Apotheken die Preise zudem noch niedriger sind, wird der Druck steigen, den Markt weiter zu liberalisieren.

Als Gefahren dieser Entwicklung sind zu nennen:

- Informations- und Beratungsleistungen der Apotheken zur Verhinderung des falschen Einsatzes von Arzneimitteln oder zur rechtzeitigen Überweisung an den Arzt gehen verloren.

- Finanzielle Grenzen der Verbraucher erschweren u. U. den Einsatz notwendiger Arzneimittel. Wenn die Verbraucher immer mehr zur Selbstmedikation neigen oder gedrängt werden, können sich irgendwann auch die finanziellen Ressourcen des Einzelnen erschöpft haben. Dann aber besteht die Gefahr, dass an sich sinnvolle und u. U. notwendige Arzneimittel, für die eine Zuzahlung verlangt wird, nicht mehr nach Verordnung durch einen Arzt aus der Apotheke bezogen werden. Diese Gefahr besteht besonders bei den Personengruppen, die gerade noch nicht von der Zuzahlung befreit sind.

#### FAZIT: Warum sich mit Sozialpharmazie beschäftigen?

- Weil zur Zeit immer noch viele Arzneimittel falsch eingesetzt werden, wodurch die Gesundheit des Einzelnen gefährdet wird sowie finanzielle Ressourcen des Systems der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung sowie des Einzelnen vergeudet werden.
- Weil für die Liberalisierung des Arzneimittelmarktes eine Flankierung notwendig ist, die geeignet ist, die Kompetenz der Verbraucher zu stärken. Der Einzelne muss in die Lage versetzt werden, mit der Arzneimittelwerbung, mit dem Arzneimittelangebot und mit seinen finanziellen Ressourcen richtig umzugehen.

#### Warum kann das eine Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sein?

Weil der ÖGD auf kommunaler Ebene besonders geeignet ist, die gesundheitliche Lage der Bevölkerung vor Ort zu beobachten und Maßnahmen einzuleiten oder zu koordinieren, die geeignet sind, den Einsatz der Versorgungsangebote weiter zu optimieren und besonders schutzbedürftige Personengruppen zu unterstützen. Dies gilt besonders auch im Bereich Arzneimittel, wo die oben genannten Probleme bestehen und der ÖGD als unabhängiger Beobachter der Gesundheit der Bevölkerung in der Kommune Projekte zur Verbesserung der Situation vorantreiben kann.

#### 2. Wie kann Sozialpharmazie aussehen?

Sozialpharmazie in der Kommune kann sehr unterschiedlich aussehen. Im folgenden sollen einige Beispiele genannt werden.

##### Aktivitäten der Stadt Münster

##### Frauen und Medikamente – Gebrauch oder Missbrauch?

In Münster/Westfalen nahm man sich im Jahre 1998 des Themas Arzneimittel an. Ziel war es, das Problem medikamentenabhängiger Frauen genauer zu untersuchen und zu ermitteln, welche Defizite in ihrer Stadt im primärpräventiven, sekundärpräventiven und therapeutischen Bereich für die betroffenen Frauen zu erkennen sind und welche Maßnahmen zur Verbesserung der Situation notwendig sind. Als zentrales Steuerungsinstrument diente und dient dabei die kommunale Gesundheitskonferenz.

Mit der Themenwahl sollte im folgenden Prozess eine Sensibilisierung der in der Prävention und in der gesundheitlichen Versorgung tätigen Einrichtungen erreicht werden. Es sollte mit Hilfe aller Beteiligten herausgearbeitet werden, wie präventive und therapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Situation beitragen können.

Die kommunale Gesundheitskonferenz beschloss auf der Grundlage einer Expertise im März 1998, das Thema zum Schwerpunkt des laufenden Jahres zu machen. Um für die Stadt Münster konkrete Hinweise über Ausmaß des Problems und Schwachpunkte von Prävention und Versorgung zu erfassen, sollte das tatsächliche Geschehen vor Ort untersucht und ein spezieller Gesundheitsbericht erstellt werden. Dieser sollte neben einer Ist-Analyse konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Situation vorschlagen.

Die bis dahin im Gesundheitsamt vorliegenden Daten reichten für eine reale Beschreibung des Ist-Zustandes in der Stadt Münster nicht aus. Deshalb sollte mit Hilfe einer telefonischen Befragung von Münsteraner Frauen die hier bestehenden Defizite ausgeglichen werden. Sie wurde im September 1998 im Auftrag des Gesundheitsamtes Münster von Seiten des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (Iögd) in Zusammenarbeit mit der Universität Duisburg durchgeführt.

Ziel dieses Beitrags kann es nicht sein, die Ergebnisse der telefonischen Befragung vorzustellen. Es soll statt dessen auf das Instrumentarium hingewiesen werden. Durch die Befragung konnten Zahlen über die Menge verschiedener Arzneimittel, die eingenommen wurden, über die Art der Arzneimittel, die Informationsquellen, an die sich die Frauen bei Gesundheitsfragen wenden und über die Kenntnis bestehender Beratungsstellen ermittelt werden.

Insgesamt zeigte sich, dass mit dem Instrument der Telefonbefragung eine Möglichkeit besteht, wie das Einnahmeverhalten von Bevölkerungsgruppen untersucht werden kann. Allerdings handelt es sich natürlich nur um Selbstangaben. Härtere Daten erhalte man sicherlich, wenn man Blut- oder Urinuntersuchungen durchführen könnte, was aber mit den Mitteln einer Kommune sicherlich nicht geleistet werden kann. Das Robert-Koch-Institut in Berlin führt entsprechende Untersuchungen durch (Bertelsmann, Knopf, Melchert 1998).

Für die Stadt Münster muss man allerdings konstatieren, dass die telefonische Befragung zum speziellen Thema Arzneimittel- fehl- oder -missbrauch in dieser Form noch zu wenig brauchbare Ergebnisse liefert. Offensichtlich müssen andere Fragetechniken oder andere Fragestellungen gefunden werden, um hier genauere Ergebnisse liefern zu können. Zur Zeit werden Handlungsempfehlungen erarbeitet, wie die Situation für die Münsteraner Frauen verbessert werden kann.

### **Arzneimittel und Kinder**

In den siebziger und Anfang der achtziger Jahre stand vor allem das Thema „Kinder und Psychopharmaka“ im Vordergrund wissenschaftlicher und arzneimittelpolitischer Auseinandersetzungen. Es wurde festgestellt, dass Kinder Psychopharmaka zur Bewältigung des Alltags verabreicht bekamen. Vor allem aus dem Bereich der Erziehungswissenschaften wurde immer wieder darauf verwiesen, welche Gefahren von der Medikalisation sozialer oder familiärer Konflikte ausgehen können. Seit Mitte der achtziger Jahre verlor das Thema an Bedeutung. Statt dessen wird der gesamte Arzneimittelkonsum bei Kindern unter die Lupe genommen.

Als Beispiele, die auch für den Bereich einzelner Kommunen interessant sind, können zwei Arbeiten genannt werden, die

sich mit dem Thema befassen (Buser, Gernhuber, Schuler-Klaus 1997, Dunkelberg 1998). Auch hier interessiert in erster Linie die Methodik. Es handelt sich um schriftliche Befragungen von Begleitpersonen von Kindern bei der Einschulungsuntersuchung. Mittels dieses Instruments ließen sich die Menge und die Art der Arzneimittel ermitteln, die die Kinder verabreicht bekommen hatten. Es ließen sich Unterschiede herausarbeiten, wie Eltern von unterschiedlichen sozialen Schichten mit Arzneimitteln umgingen. Außerdem konnte festgestellt werden, dass deutsche und nichtdeutsche Eltern in einem unterschiedlichen Ausmaß ihren Kindern Arzneimittel gaben. Hier stellt sich die Frage nach Unter- oder Überversorgung der entsprechenden Population. Interessant ist auch das Ergebnis, dass fast 40 % der Eltern ihren Kindern bei Fieber oder Schmerzen im Rahmen der Selbstmedikation acetylsalicylsäurehaltige Arzneimittel verabreichen würden. Auch das ist ein Ergebnis, das Anlass für entsprechende Initiativen zur Aufklärung der Bevölkerung dienen kann.

### **Arzneimittel und Sucht – Aktivitäten der Stadt Herne**

In der Stadt Herne wird schon seit Ende der achtziger Jahre mit dem Instrument der Gesundheitskonferenz gearbeitet. Dabei wurden die Erkenntnisse über die Schwierigkeiten bei der Durchführung der Konferenzen und bei der Umsetzung von Handlungsempfehlungen bei der Weiterentwicklung des Instrumentes der Gesundheitskonferenz verwertet.

Im Jahre 1996 stand das Thema „Wege aus der Sucht“ auf der Tagesordnung der Kommunalen Gesundheitskonferenz. In diesem Zusammenhang sollte auch das Thema Medikamentenabhängigkeit näher untersucht werden.

Interessant an diesem Projekt war der Verzicht auf die analytische Vorgehensweise. Statt dessen stand die Handlungsorientierung des Projektes im Vordergrund. So ging es nicht darum, die Häufigkeit von Suchterkrankungen in der Stadt Herne zu ermitteln; diese wurden aufgrund der für Deutschland bekannten Zahlen auch in der Stadt Herne als gegeben vorausgesetzt. Es ging darum, Lösungen für die Probleme zu entwickeln und alle an der Betreuung Suchtkranker beteiligten Institutionen daran zu beteiligen. Eine weitere Besonderheit in Herne: Neben den Institutionen der Gesundheitsversorgung wird besonderer Wert auf die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger gelegt, um so eine neue Sichtweise der gesundheitlichen Probleme zu ermöglichen und die Beteiligung der Menschen vor Ort zu fördern (Brandenburg et al. 1998).

Aus den in der Stadt Herne tätigen Einrichtungen erhob man die Zahl der beratenen Suchtkranken und kam zu dem Ergebnis, dass das Psychiatrische Krankenhaus ungefähr dreimal so viele Suchtkranke erreichte, als eigentlich aufgrund von Literaturangaben anzunehmen war. Demgegenüber konnte der Sozialpsychiatrische Dienst und das Gesundheitsamt nur die Hälfte der Suchtkranken erreichen, die sie eigentlich hätten erreichen müssen.

Aus den Erkenntnissen der Situation in Herne, die hier nur bruchstückhaft dargestellt werden konnten, erarbeitete man Empfehlungen, die für den Bereich Medikamentenabhängige u. a. forderte, die Selbsthilfebewegung auf diesem Gebiet zu stärken, alle Versorgungseinrichtungen hinsichtlich Medikamentenabhängigkeit zu sensibilisieren und für die niedergelassenen Ärzte Pharmakotherapiekreise einzurichten.

An diesem Beispiel lässt sich demonstrieren, wie mit relativ wenigen Mitteln dennoch im Bereich Arzneimittel Aktivitäten in einer Kommune angeregt werden können.

### **Arzneimittelverbrauch älterer Menschen in Bremen, 1997**

Das folgende Beispiel ist eine Untersuchung über den Arzneimittelkonsum in Bremer Altenheimen aus dem Jahre 1997 (Damitz 1997).

Hier stand die Auswertung der Medikamentenvergabedokumentationen der Heimbewohner im Mittelpunkt der analytischen Arbeit. Anhand der vorhandenen, teilweise aber schlecht geführten Dokumentationen von fünf sich beteiligenden Heimen wurden die Verordnungen an bestimmten Stichtagen festgehalten. Neben der Gesamtzahl der verordneten Medikamente, dem Alter und dem Geschlecht der Patienten wurde besonderer Wert auf Psychopharmakaverordnungen gelegt. Die Dokumentationen gaben Hinweise auf die Art und Menge der eingenommenen Arzneimittel und hier speziell der Psychopharmaka. Dabei konnte dargestellt werden, dass in Heimen mit einer geringen Anzahl examiniertem Pflegepersonal der Verbrauch an Psychopharmaka wesentlich höher lag als in Heimen, in der mehr examiniertes Pflegepersonal beschäftigt war.

### **Chinesische Heilkräuter**

#### **– Sozialpharmazie als Verbraucherschutz?**

Die Untersuchung über die Verbreitung chinesischer Heilkräuter ist zur Zeit noch nicht abgeschlossen. Die Amtsapothekerin aus Hamm sowie die Amtsapotheker aus Düsseldorf und Wuppertal haben sich dieses Themas angenommen.

Hintergrund für die Untersuchung war die Feststellung, dass sich in weiten Kreisen der Bevölkerung alternative Heilmethoden wachsender Beliebtheit erfreuen. Das erklärt sich sicherlich zum Teil aus einem entstandenen Misstrauen gegenüber der eingeführten Schulmedizin. Verglichen mit den dort verwendeten Arzneimitteln gelten Heilkräuter als gesünder und weitgehend frei von schädlichen Nebenwirkungen. Von diesem allgemeinen Trend profitieren unter anderem auch traditionelle chinesische Heilmittel. Sie werden zunehmend in Deutschland verkauft und konsumiert.

Aus der bisherigen Überwachungstätigkeit der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker ist bekannt, dass einige Ärzte chinesische Heilkräuter oder auch Fertigarzneimittel anwenden und Apotheken diese Mittel besorgen und abgeben. Teilweise werden auch großhandelsähnliche Geschäfte getätigt. Bspw. wurden in einer Wuppertaler Apotheke 150 Beutel mit chinesischen Drogen sichergestellt.

Problematisch aus Sicht der Überwachung ist die unklare Deklaration der Stoffe in Fertigarzneimitteln sowie die mangelnde Dokumentation über die Qualität der in den Verkehr gebrachten Drogen. So kann nicht ausgeschlossen werden, dass Rückstände von Herbiziden, Schwermetallen oder Pestiziden gesundheitsgefährdenden Ausmaßes gefunden würden, wenn entsprechend geprüft würde.

Ziel des Projektes ist es zu erfahren, welche Bedeutung chinesische Heilmittel in der Bevölkerung haben. Gleichmaßen sollen auch die Heilberufe einschließlich der Heilpraktiker über ihre Erfahrungen mit diesen Mitteln befragt werden. Letztlich steht dahinter die Frage, ob der Markt mit chinesischen Heil-

mitteln inzwischen eine besorgniserregende Größe angenommen hat. Nimmt die Bedeutung sogar zu?

Außerdem soll geklärt werden, aus welchen Gründen das Interesse der Bevölkerung an chinesischen Heilmitteln zunimmt. Gleichzeitig sollen Methoden zur effektiven Aufklärung und Information über Risiken dieser Heilmittel entwickelt werden. Da sich dieses Projekt noch in der Anfangsphase befindet, können hier noch keine weiteren Ergebnisse vorgestellt werden.

Interessant an diesem Projekt ist die enge Verzahnung von Überwachung und Sozialpharmazie. Mit Befragungstechniken soll die Bedeutung des Problems chinesische Heilmittel quantifiziert werden, mit Methoden der Überwachung können Defizite festgestellt und auf deren Beseitigung gedrängt werden. In diesem Projekt können sich daher sozialpharmazeutische Aufgaben und Überwachungsaufgaben zum Schutz der Bürger und seiner Kompetenzstärkung ergänzen.

### **3. Was ist Sozialpharmazie im ÖGD in NRW?**

Sozialpharmazie im ÖGD in NRW wird sich an der Gesamtausrichtung des ÖGDG orientieren. In diesem Sinne ist es Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (§ 2 ÖGDG) „die Beobachtung, Erfassung und Bewertung der gesundheitlichen Verhältnisse und der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung einschließlich der Auswirkungen von Umwelteinflüssen auf die Gesundheit“ voranzutreiben. Aufgabe ist es weiterhin: „Schutz und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung, der Mitwirkung bei der Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten und die Hinwirkung auf ihre angemessene gesundheitliche Versorgung“ voranzubringen; „dies gilt insbesondere für sozial schwache und besonders schutzbedürftige Personen“.

Im Arzneimittelbereich führt der § 20 des ÖGDG unter der Überschrift „Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie“ aus:

„(1) Der Arzneimittelverkehr auf örtlicher Ebene wird von der unteren Überwachungsbehörde (Amtsapotheker) überwacht.  
(2) Die untere Gesundheitsbehörde (Amtsapotheker) soll mit Unterstützung des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst anhand der ihr zur Verfügung stehenden Daten den Arzneimittelkonsum der Bevölkerung beobachten, dokumentieren, analysieren und bewerten. Sie kann dazu auch Erhebungen durchführen. Auf dieser Grundlage soll sie die Bevölkerung über einen verantwortlichen Arzneimittelkonsum aufklären, informieren und beraten sowie an der Bekämpfung des Drogen- und Arzneimittelmissbrauchs mitwirken“.

Demnach sollten sich sozialpharmazeutische Projekte in den Rahmen

- der Gesundheitsberichterstattung des ÖGD
- der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes durch den ÖGD
- der Koordinations- und Kooperationsaufgaben des ÖGD
- sowie unter Umständen der Gesundheitshilfe einfügen lassen.

Wie das im einzelnen aussehen kann, ist Sache der Kommune und sicherlich abhängig von der Dringlichkeit der Probleme und den Möglichkeiten der unteren Gesundheitsbehörde. An dieser Stelle sei zum jetzigen Zeitpunkt (1,5 Jahre ÖGDG)

folgender Definitionsversuch für Sozialpharmazie im ÖGD in Nordrhein-Westfalen vorgestellt:

„Im Sinne des ÖGDG NRW bedeutet Sozialpharmazie die Beobachtung und Bewertung des Arzneimittelkonsums einzelner Bevölkerungsgruppen oder der gesamten Bevölkerung (z. B. im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung). Sozialpharmazie trägt aufgrund der dort gewonnenen Erkenntnisse zur Optimierung des Umgangs mit Arzneimitteln durch Aufklärung, Bildung und, wo notwendig, Unterstützung der Bevölkerung sowie durch koordinierende Maßnahmen und durch Kooperationen mit den übrigen Gesundheitseinrichtungen bei.“

#### 4. Wer macht Sozialpharmazie?

Auch hier macht das ÖGDG genaue Angaben: Die untere Gesundheitsbehörde (Amtsapotheke) soll mit Unterstützung des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst den Arzneimittelkonsum beobachten usw.

Den Amtsapothekerinnen und Amtsapothekern in der Kommune wird also die neue Aufgabe übertragen. Allerdings macht das Gesetz keine Angaben darüber, ob entsprechend Überwachungsaufgaben abgebaut werden sollen. Insofern wird innerhalb der einzelnen Kommune abzuwägen sein, wie die neue Aufgabe im Zeitbudget der Amtsapothekerin oder des Amtsapothekers verankert werden kann (zum bisherigen Aufgabenspektrum vgl. Butz 1992).

Um diesen Prozess allerdings voranzutreiben, wird es sinnvoll sein, die Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker in den Prozess der Themenfindung für die Gesundheitsberichterstattung und die kommunalen Gesundheitskonferenzen einzubinden. So kann es für die Kommune gelingen,

- die Fachkompetenz der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker und ihre Problemübersicht im Bereich Arzneimittel für den öffentlichen Gesundheitsdienst im Sinne des ÖGDG zu nutzen,
- ihnen durch interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Fachleuten aus anderen Bereichen den Einstieg in das neue Aufgabengebiet zu erleichtern
- und den Arbeitsaufwand in vertretbaren Grenzen zu halten.

Beim Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD) ist eine Stelle für den Bereich Sozialpharmazie eingerichtet worden. Von dort aus soll die Arbeit der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker unterstützt und – falls gewünscht – koordiniert werden.

#### 5. Wie ist der Stand der Dinge?

Nach den ersten Sitzungen des Arbeitskreises Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie im Jahre 1998 wurde von Seiten der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker der Wunsch geäußert, zunächst die Wissensdefizite im Bereich der Sozialpharmazie aufzuarbeiten. Von daher erarbeitete eine kleine Gruppe aus dem Kreis der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker, der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (afög) und des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD) ein Fortbildungskonzept bestehend aus drei Blöcken zu je zwei Tagen (Abb. 4). Dies hat den Vorteil, dass zwischen den einzelnen Blöcken bereits Erfahrungen gesamt-

melt werden, die auf der Folgeveranstaltung im Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen besprochen werden können.

Das Fortbildungsangebot bietet neben dem interkollegialen Austausch einen Überblick über die Breite des Themengebietes Sozialpharmazie sowie einen Einstieg in die Methoden mit dem Schwerpunkt Epidemiologie bzw. Pharmakoepidemiologie oder Arzneimittelverbrauchsforschung.

Fortbildungsreihe Sozialpharmazie afög & lögD
<b>I. BLOCK: Einstieg in die Sozialpharmazie</b> <b>Einstieg in die Epidemiologie</b> 31. Mai, 1. Juni 1999
<b>II. BLOCK: Pharmakoepidemiologie</b> <b>Konzipierung von</b> <b>Sozialpharmazeutischen Projekten</b> 29./30. November 1999
<b>III. BLOCK: Datenquellen</b> <b>Verbraucheraufklärung und Ausblick</b> voraussichtlich Juni 2000

Abb. 4

#### 6. Wohin soll es gehen?

Zum Schluss soll ein kurzer Ausblick auf die Zukunft der Sozialpharmazie im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Nordrhein-Westfalen und seinen Kommunen unternommen werden.

Beobachtungen, Dokumentationen, Analysen und Bewertungen des Arzneimittelkonsums der Bevölkerung auf Landesebene und auf kommunaler Ebene sowie Maßnahmen zur Stärkung der Kompetenz der Patienten und Verbraucher werden zur Zeit in Deutschland nur sehr vereinzelt durchgeführt. Gesundheitliche und finanzielle Auswirkungen eines nicht immer optimalen Arzneimitteleinsatzes machen es allerdings notwendig, dass alle im Gesundheitswesen beteiligten Institutionen ihre Anstrengungen verstärken, eine zur Zeit noch suboptimale Nutzung von Ressourcen zu verbessern.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist im Bereich Arzneimittel wie auch in anderen Bereichen bestens geeignet, hier einen Beitrag zu leisten. Nach den Worten der nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerin sind die Kommunen die einzigen Akteure vor Ort, die keine Vertreter von Einzelinteressen sind, sondern unmittelbar allen Bürgern gleichermaßen verpflichtet sind. Soziale Randgruppen, die für die Leistungserbringer wenig attraktiv sind, stellen ein typisches Beispiel für Bevölkerungsgruppen dar, die die gesellschaftliche Dimension des ÖGD aufzeigen. Gemeinsame Impfkonzepete, die Versorgung von Obdachlosen, die Durchführung der Pflichtversorgung im Bereich der Psychiatrie und viele andere Themen lassen sich nach den Worten der Ministerin nur gemeinsam mit allen Beteiligten bewältigen (Fischer 1999).

Die Ermittlung von Fakten und Einstellungen der Bevölkerung zu Arzneimitteln ist eine gute Basis für gemeinsame Aktionen aller an der Arzneimittelversorgung Beteiligten. Diese Basis

kann durch die Beobachtung und Dokumentation von Konsumverhalten und Konsumgewohnheiten in der Bevölkerung vor Ort erarbeitet werden.

Für die Zukunft wären auch über die einzelne Kommune hinaus Untersuchungen anzustreben, um Vergleiche anstellen zu können und damit noch bessere Ansatzmöglichkeiten für Informations- und Aufklärungsarbeit zu entwickeln.

Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker erfüllen bereits heute durch ihren Überwachungsauftrag nach dem Arzneimittelgesetz (und anderen gesetzlichen Grundlagen) ihre Funktion im Sinne des Gesundheitsschutzes für die Bevölkerung. Der Bereich der Sozialpharmazie öffnet für sie und damit für den Öffentlichen Gesundheitsdienst die Tür zu anderen Beteiligten und vor allem zur Bevölkerung. Diese kann damit unmittelbar erleben, was die öffentliche Hand in diesem Bereich für sie leistet.

In diesem Sinne dient der neue Aufgabenbereich Sozialpharmazie für die untere Gesundheitsbehörde auch zur Festigung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Kommune.

#### LITERATUR

BAH (1998): Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller: Der Selbstmedikationsmarkt in der Bundesrepublik Deutschland, Broschüre 1998.

Bertelsmann, A., Knopf, H., Melchert, H.-U. (1998): Der Bundes-Gesundheitssurvey als pharmakoepidemiologisches Instrument. In: Das Gesundheitswesen 60: 89-94.

Brandenburg, A., von Ferber C., Renner, A.: Kommunale Gesundheitskonferenzen. Eine innovative Strategie der Gesundheitspolitik? In: Soziale Sicherheit 47 (1998) Heft 5 (Teil 1), 191-195, Heft 6 (Teil 2), 217-224;

Bronder, E.: Unverbrauchte Medikamente in Apotheken (1999). In: Faber, U., Glaeske, G., Puteanus, U., Schubert, I. (Hrsg.): Wechselwirkungen. Beiträge zu Politik und Pharmazie: 231-236. Frankfurt am Main, Mabuse.

Buser, K., Gernhuber E., Schuler-Klaus, C. (1997): Medikamentenkonsum bei Kindern. In: Das Gesundheitswesen 59: 252-257.

Butz, W.(1992): Amtsapotheker in Nordrhein-Westfalen, in: Dt. Apoth. Ztg. 133 (1993), Heft 40, 3577-3588).

Damitz, B.-M. (1997): Arzneimittelverbrauch älterer Menschen in Bremer Alten- und Pflegeheimen unter besonderer Berücksichtigung von Psycho-

pharmaka. In: Das Gesundheitswesen 59: 83-86.

Dunkelberg, S., Brand, H., Brand, A. (1998): Elternbefragung zum Arzneimittelgebrauch bei 5- bis 7 jährigen Kindern. In: Kinderärztliche Praxis 1998, Heft 5: 244-251.

EU-Kommission (1998): Mitteilung der Kommission über den Binnenmarkt für Arzneimittel. Vom 25.11.1998. Brüssel. Eigendruck.

Fischer, B. (1999): Rede der nordrhein-westfälischen Ministerin für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (MFJFG) aus Anlaß der Dialogveranstaltung mit den Hauptverwaltungsbeamtinnen und -beamten der Kreise und kreisfreien Städte „Ein Jahr Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen“ am 24. Februar 1999.

Glaeske, G. (1998): Arzneimittel im Müll. In: Dr. med. Mabuse, Zeitschrift im Gesundheitswesen, 23 (1998), Heft 116: 30 - 32.

IMS (1998): IMS Health - Exklusiv - Marktinformationen zu den Vertriebskanälen Drogerie-/Verbrauchermärkte. III. Quartal 1998. Institut für Medizinische Statistik GmbH. Frankfurt am Main.

Lazarou, J., et al. (1998): Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients. In: JAMA 279: 1200-1205.

Meyer, D. (1999): Verbraucher und die Selbstmedikation. In: Faber, U., Glaeske, G., Puteanus, U., Schubert, I. (Hrsg.): Wechselwirkungen. Beiträge zu Politik und Pharmazie: 189-229. Frankfurt am Main, Mabuse.

Von Renteln-Kruse, W. (1997): Medikamenten-Compliance. Erfassungsmethoden - Stand der Forschung und Konsequenzen für die Praxis der Arzneimitteltherapie. In: Pharm. Ztg. Prisma 4: 189 - 194.

Roberts, E. R. (1997): Auswirkungen der Gesundheitsreformen auf die pharmazeutische Industrie. In: Pharmazeutische Industrie 59: 374-380.

Rücker, D. (1999): Apotheker müssen sich als Heilberufler profitieren. Bericht über die Mitgliederversammlung der Apothekerkammer Nordrhein v. 9. Juni 1999 in Neuss. In: Pharm. Ztg. 144, Heft 24, 1976-1977.

Schönhöfer, P. (1991): Das Bremer Modell zur Erfassung schwerer, potentiell lebensbedrohlicher unerwünschter Wirkungen, Manuskript v. 25.11.1991 aus dem Institut für Klinische Pharmakologie in Bremen.

Stieve, G.: Zum Schutz der Verbraucher OTC nur in Apotheken. In: Pharm. Ztg. 143: 2124-2126.

Walluf-Blume, D. (1997): Der Switch als Impuls für die Selbstmedikation, In: Pharm. Ztg. 142: 3926-3930.

Zimmer, A., Zimmer, A., Kreuter, J. (1992): Rücklauf von Alt-Arzneimitteln in Apotheken. In: Pharm. Ztg. 137 (1992): 3986-3995.

---

## Die neue Selbstverpflichtung

von Thomas Hammer

Siehe auch Artikel: 'Leitfaden der Apotheken im VDPP' Seite 18

Dass man in der letzten Zeit so selten etwas von der Erfa-Gruppe gehört hat, liegt nicht daran, dass die Gruppe eingeschlafen ist. Im Gegenteil - wegen der dicken Freundschaft, die sich im Laufe der Jahre unter den TeilnehmerInnen entwickelt hat, und des guten Verhältnisses zu den Moderatoren ist es der Gruppe trotz einiger Schwächeperioden und engagiert geführter Richtungskämpfe gelungen, kontinuierlich weiter zu arbeiten.

Qualitätsmanagement, Beratungsempfehlungen für die Selbstmedikation, die wirtschaftlichen Grundlagen der Apotheke und die Einbindung der MitarbeiterInnen waren und sind die Themen der Treffen. Ein Ergebnis der langjährigen Diskussionen ist auch die Neufassung der Selbstverpflichtung, die in diesem Rundbrief veröffentlicht wird.

Zum Schluss noch ein guter Rat für diejenigen ApothekenbesitzerInnen, die noch nicht Mitglied der Erfa-Gruppe sind: Es ist immer noch möglich, an den Treffen teilzunehmen. Nutzt die Chance!

# Dritte Welt

## – ist der Begriff noch zeitgemäß?

von Christiane Hefendehl

Selbstverständlich ist der Begriff "Dritte Welt" nicht mehr zeitgemäß, deshalb wird er im Programm des VDPP auch in Anführungszeichen gesetzt. Doch alle Suche nach einem treffenden Ersatz erwiesen sich als fruchtlos.

### Doch zunächst einen Blick auf die "Dritte Welt":

Der Begriff wurde während des Kalten Krieges geprägt und umfasste alle blockfreien Staaten. Nach und nach wandelte er sich, wie alle Worte im Sprachgebrauch, und in den 60er Jahren bedeutete er mehr oder weniger "wirtschaftlich unterentwickelte Länder", wobei aber der Grundgedanke der Blöcke nicht aufgegeben wurde. Die industriell hochentwickelten Länder wurden in die marktwirtschaftliche (erste Welt) und planwirtschaftliche Wirtschaftsordnung (zweite Welt) unterteilt. In der Umgangssprache umfasst die Dritte Welt heute im Allgemeinen sowohl Entwicklungs- als auch Schwellenländer. Als Charakteristikum für Dritt-Welt-Länder wird angegeben: eine koloniale Vergangenheit, Entwicklungsbedürftigkeit der Wirtschaft, des Sozialwesens, der Infrastruktur sowie der staatlichen und bürokratischen Institutionen. Darüber hinaus wird von Mängeln im Gesundheits- und Bildungswesen ausgegangen, einer hohen Verschuldung und einer Überbevölkerung. Die Gesellschaft ist durch starke Elitenbildung und ein fast völlig fehlendes einer Mittelschicht ausgezeichnet. Mit dem weiteren Auseinanderdriften der wirtschaftlichen Entwicklung wurde in Nachhinein auch noch der Begriff "Vierte Welt" eingeführt. Dabei blieb es bei der Logik der bisherigen Zählweise: Länder die der vierte Welt zugerechnet werden fallen entgegen Drittweltländern durch fehlende Rohstoffbasis, noch größeren Hunger und Armut auf.

### Wie agiert die "Dritte Welt"?

Organisatorisch treten die Länder der Dritten Welt beispielsweise in der Gruppe der 77, die sich für Entwicklungspolitik stark macht, auf. Besonders in der UNO versucht sie gemeinsam ihre Interessen durchzusetzen. Die Gruppe der 77 ist keine offizielle internationale Organisation und ihr politisches Bestehen von wechselnden Eigeninteressen der Mitgliedsländer immer wieder bedroht. Der Zusammenschluss geht auf die Erste Konferenz der Vereinten Nationen für Handel und Entwicklung (UNCTAD I), die 1964 in Genf stattfand zurück und wurde 1967 in Algier ("Erklärung von Algier") gegründet. Damals zählte die Gruppe 77 Mitglieder, heute gehören ihr 28 an.

Die Gruppe der 15 (G 15) ist ein Zusammenschluss der erfolgreicheren Entwicklungsländer aus verschiedenen Regionen, die sich als Gegenstück zu der G 7 verstehen. Die G 15 ging aus der Bewegung der Blockfreien Staaten hervor und wurde 1989 gegründet, um die Süd-Süd-Kooperation zu fördern.

Die Gruppe der "non-aligned countries", der sog. Blockfreien Staaten, ist der politische Zusammenschluss von mehr als 100 Ländern und Befreiungsbewegungen. Voraussetzung für die Mitgliedschaft ist, keinem militärischen Bündnis anzugehören.

Zur Verfolgung politischer und/oder wirtschaftlicher Ziele oder aus anderen Gründen der Zusammenarbeit haben sich zahlreiche Entwicklungsländer zu Vereinigungen auf regionaler Ebene zusammengeschlossen.

Es gibt noch viel andere, z.T. bekanntere Gruppe wie die OPEC oder die AKP-Staaten des Lomé-Abkommens.<sup>1</sup>

### Welche sprachlichen Alternativen gibt es?

Einige Zeit versuchten besonders NGOs einen neuen Begriff einzuführen, die "Länder des wirtschaftlichen Südens", der die Gesamtheit aller weniger industriell entwickelten Länder umfassen sollte.

Der Begriff konnte sich, unter anderem weil er sehr "sperrig" ist, nicht durchsetzen. Oftmals wird Entwicklungsländer synonym mit "Dritte Welt" verwendet, dabei fallen aber sowohl die Schwellenländer als auch die im allgemeinen in Dritte Welt subsumierten Viert-Welt-Länder unter den Tisch, womit die Genauigkeit verloren geht. Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit (BMZ) benutzt einzig den Begriff Entwicklungsländer, kategorisiert dies aber nach den unten aufgeführten englischen Begriffen.

Wer es wirklich genau haben will, muss auf die englischen Abkürzungen, LIC, MIC, LDC; NIC und LLDC zurückgreifen. Eine Einteilung, die von der Weltbank (mit dem Hauptkriterium BSP pro Einwohner) geschaffen wurde. Andere Entwicklungsfaktoren wie Kindersterblichkeit, Analphabetenrate, Gesundheitsversorgung, Zugang zu Trinkwasser etc. spielen eine eher untergeordnete Rolle.

Die Auflösung des Rätsels ist recht einfach:

LIC – low income countries, BSP/Kopf 410 US\$ pro Jahr  
MIC – middle income countries/ BSP über 7000\$ pro Jahr, beispielsweise erdölexportierende Länder, in denen andere Entwicklungsindikatoren niedrig sind. Diese Gruppe wird noch unterteilt in die untere 410-1635 US\$ und obere 1635-7500 US\$ Klasse.

LDC – Less developed countries – wenig entwickelte Länder  
NIC – Newly industrializing countries – Schwellenländer, Länder von denen erwartet wird, dass sie aufgrund ihres jetzigen

wirtschaftlichen Status in der Lage sind, sich selbst zu einem höheren Stand zu bewegen.

LLDC – least developed countries, Länder mit einem Bruttoinlandsprodukt von unter 250 US\$ pro Einwohner, unter 10% des BIP aus industrieller Produktion und mehr als 80 Prozent Analphabeten bei den über 15jährigen.

Eine weitere Klassifizierung geht auf besondere Eigenheiten ein MSAC – most seriously affected countries – eine Gruppe die nur schwer von den LLDC abgegrenzt werden kann, eine Definition die 1973 geschaffen wurde für die Länder, die durch die Wirtschaftskrise besonders betroffen waren – niedriges Pro-Kopf-Einkommen, starker Preisanstieg bei Importen, geringe Exporterlöse und hohe Schulden.

LLC – land locked countries – zu denen verwirrender Weise neben einige afrikanischen Staaten (z.B. in der Sahelzone) auch einige Inselstaaten gehören – ausschlaggebend ist die schlechte geographische Lage für Wirtschaftsentwicklung. Einteilung des BMZ: Am wenigsten entwickelte Länder/Andere Länder mit niedrigem Einkommen (Pro-Kopf-BSP 1995 unter 765 US\$) / Länder mit niedrigerem mittlerem Einkommen (Pro-Kopf-BSP 1995 zwischen 766 und 3035 US\$)/Länder mit höherem mittlerem Einkommen (Pro-Kopf-BSP 1995 zwischen 3036 und 9385 US\$)/Länder mit hohem Einkommen (Pro-Kopf-BSP 1995 über 9385 US\$) /Länder und Gebiete im Übergang (Öffentliche Hilfe - OA) Sprache ist Politik.

Um euch eine Vorstellung zu geben, wie stark in diesem Bereich Begrifflichkeiten von politischen Interessen geprägt sind, habe ich drei Definitionen von Entwicklungsländern zusammengetragen:

**Taschenlexikon für Zeitungsleser, 1983, Dietz Verlag Berlin<sup>2</sup>:**

*“Entwicklungsländer: Von der UNO eingeführte Bezeichnung für ehemals koloniale, halbkoloniale und abhängige Länder, die in der Mehrzahl im Ergebnis des nationalen Befreiungskampfes und des Zerfalls des imperialistischen Kolonialsystems ihre politische Unabhängigkeit erringen konnten. (...) Bei aller Verschiedenartigkeit weisen alle Entwicklungsländer vor allem auf ökonomischem Gebiet eine Reihe gemeinsamer Merkmale auf: Keines dieser Länder konnte bislang seine ökonomische Unabhängigkeit vom Imperialismus erringen. Sie sind vorwiegend Rohstofflieferanten und Produzenten von Erzeugnissen niedriger.*

*Verarbeitungsstufen und Markt für industrielle Fertigerzeugnisse aus entwickelten kapitalistischen Ländern. Die meisten Entwicklungsländer sind Operationsfeld der internationalen Monopole. Infolge der kolonialistischen und neokolonialistischen Ausbeutungspolitik befinden sie sich in der Regel in extremer ökonomischer Rückständigkeit. Ausdruck dafür ist u.a.:*

- Allgemein niedriger Stand der Produktivkräfte und Produktionsverhältnisse.
- Geringe Arbeitsproduktivität (1979 durchschnittliches BIP je Kopf der Bevölkerung 674 Dollar, in der kapitalistischen Industriestaaten 8050 Dollar)
- Hohe Auslandschulden (1981 über 500 Mrd. Dollar)
- Niedriges Lebensniveau (40% der Bevölkerung können selbst die elementarsten Lebensbedingungen nicht befriedigen; 1980 verhungerten 50 Mill. Menschen, davon 15 Mill. Kinder; 1,5 Mrd. Menschen sind ohne medizinische Betreuung.
- Verbreiteter Analphabetismus (700 bis 800 Mill. Erwachsene sind schreib- und leseunkundig) (...)

**Dtv-Taschenlexikon, 1980, dtv, München:**

*Entwicklungsländer, die Länder, die nach den materiellen, sozialen und gesundheitlichen Maßstäben unserer Zeit als entwicklungs-mäßig “zurückgeblieben” zu bezeichnen sind. (...) Merkmale der Entwicklungsländer sind u.a.:*

- niedriger Lebensstandard der Bevölkerung, ungleiche Verteilung des Volkseinkommens, sehr niedrige Produktivität der Landwirtschaft, Mangel an Fachkräften jeder Art, bescheidener Bildungsstandard der Arbeitskräfte
- Dritte Welt, politisches Schlagwort, das die betont neutrale Stellung von Staaten in Asien, Afrika und Europa gegenüber der westlichen und der kommunistischen Staatenwelt bezeichnet. Darüber hinaus wird der Begriff D.W. auf alle wirtschaftlich unterentwickelten Staaten angewandt, die den hochentwickelten westlichen und kommunistischen Industriestaaten gegenüberstehen.

**Journalistenhandbuch des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit 1998:**

*Für den Begriff “Entwicklungsländer”, der sich in Deutschland seit Beginn der 50er Jahre einprägte, gibt es keine einheitliche Definition. Die überwiegende Mehrzahl dieser Staaten und abhängigen Gebiete weist jedoch gemeinsame Merkmale auf. Die wichtigsten sind: Ungenügende Versorgung mit Nahrungsmitteln, niedriges Pro-Kopf-Einkommen, schlechter Gesundheitszustand, zu wenige Bildungsmöglichkeiten, Arbeitslosigkeit, niedriger Lebensstandard bei oft extrem ungleicher Verteilung der vorhandenen Güter und Dienstleistungen. Die Wirtschaft ist geprägt von einer Struktur, die einerseits in traditionellen Formen (vornehmlich in der Landwirtschaft) verharrt und andererseits über einen modernen dynamischen Sektor (meist im Industriebereich) verfügt. Sie ist oft gekennzeichnet von Kapitalmangel für Investitionen, von wachsenden außenwirtschaftlichen Schwierigkeiten aufgrund hoher Verschuldung bei gleichzeitigem Verfall der Exporterlöse sowie von anderen Problemen bei der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung aufgrund zahlreicher Faktoren unterschiedlichster Art. Eine weltweit verbindliche Liste der Entwicklungsländer existiert bisher nicht. Die Vereinten Nationen, die Weltbank und der Entwicklungshilfesausschuss (DAC) der OECD verwenden ähnliche Kriterien, nämlich in erster Linie das Pro-Kopf-Einkommen, bewerten diese jedoch unterschiedlich. So werden z.B. die osteuropäischen Länder und Israel von Vereinten Nationen und DAC unterschiedlich behandelt.*

Die Informationen stammen neben den ausdrücklich zitierten Quellen aus der Brockhaus Enzyklopädie, 19. Auflage, Mannheim.

Anmerkungen

<sup>1</sup> Gruppe der 77 aus Süd-Süd-Beziehungen, Mathies 82

<sup>2</sup> Die Abkürzung LDC ist extra aufgeführt und erläutert, Dritte Welt taucht nicht auf.



# Knapp vorbei ist auch daneben

Wie Pharmafirmen mit dem  
Heilmittelwerbegesetz umgehen

von Christiane Hefendehl

Werbung beschert Umsatz, nach diesem Grundsatz handeln die Pharmafirmen und sie wollen dies in verstärktem Maße auch für verschreibungspflichtige Produkte nutzen. Doch da steht das Heilmittelwerbegesetz (HWG) vor. Findige Köpfe nutzen inzwischen legale Möglichkeiten, um auch in Publikumsmedien für verschreibungspflichtige Arzneimittel zu werben. Die Tricks dabei sind Sprache, Logos und Farbgebung – die Frage ist, inwieweit diese Grauzone sich auf das HWG auswirken wird.

## Einige Beispiele:

Das Reduc-Team – Hilfe für Übergewichtige, Informationen und Hotline von Knoll gesponsort – natürlich ohne Zusammenhang mit Reducil.

Auch das Xenicalcierte Abnehmen, samt Fernsehspot etc. hat offensichtlich nichts mit dem Präparat aus dem Hause Hoffmann-LaRoche zu tun.

Etwas schwieriger zu lösen ist das Rätsel um "Die Leiden der Profis", Hotline, Plakat und Aufklärungsbroschüre zu Fuß- und Nagelpilz. Ein Anruf bei der Hotline, so testete Udo, bringt Hilfe, denn man wird "ziemlich ungeniert dazu aufgefordert, Druck auf den Arzt auszuüben, damit dieser Sempera verordnet." Ein Präparat, das eigentlich nur in Ausnahmefällen für die Indikation tinea pedis zugelassen ist.

Wahrscheinlich ist mir noch das ein oder andere "Ausweichmanöver" entgangen. Eindeutig ist allerdings die Richtung: Statt mit mehr oder weniger platter Produktwerbung, wird das Informationsinteresse und –bedürfnis der Bevölkerung zur Ausweitung der Marktanteile eingesetzt.

## 'Das Internet':

Etwas weniger werbelastig sind im allgemeinen die Internetangebote, dafür aber zahlreicher. Kaum eine Firma, die heute noch nicht ihren web-space belegt hätte. Firmenporträt, wirtschaftliche Kenndaten, der Patiententeil mit allgemeinen und/oder speziellen Gesundheitstipps, Ratgebern und Erklärungen sowie der freien Produktpalette. Davon abgegrenzt der Bereich für Fachkreise, nur zu betreten nach Eingabe von Username und Passwort. Entweder diese sind so einfallsreich wie "Medizin" oder "Arzt" oder der Firmennamen oder sie sind nur nach e-mail-Beteuerung "Ja, ich gehöre den Fachkreisen an" zu bekommen. Allgegenwärtig auch die Werbebanner bei Gesundheitsthemen - ein Banner oder ein Sponsor aus der Industrie fehlt nur selten.

## Das Sponsoring:

Im Pharmabrief 4/99 der BUKO-Pharmakampagne<sup>1</sup> ist es nachzulesen: "WHO unter Industrieinfluss/US-Firma sponsort

Stelle bei Weltgesundheitsorganisation. Die Rede ist von MSD, die eine Mitarbeiterin im neuen Anti-Raucherprogramm der WHO bezahlt. So deutlich wurde es bisher noch nie, wie die Industrie öffentliche Organisationen zu beeinflussen sucht. Studien und Trainingsprogramme werden bezahlt, Logos tauchen auf Internetseiten auf etc. Eine große Gruppe von internationalen Organisationen hat sich inzwischen deutlich gegen das Pharmaindustrie-Sponsoring in der WHO ausgesprochen. Vereine, Selbsthilfegruppe etc. haben längst diesen Einfluss zu spüren bekommen. Suchen sie finanzielle Unterstützung, ist diese von der Industrie zu bekommen, mehr oder weniger subtile Einflussnahme ist zu befürchten.

Auf unserer Internet-Seite (ohne Werbebanner!!!) [www.vdpp.de](http://www.vdpp.de) möchte wir die Diskussion zu diesem Thema führen, doch natürlich sind LeserInnenbrief der klassischen Form ebenso willkommen.

Folgende Fragen/Aspekte und natürlich alles was fehlt sollen Euch zu Widerspruch, Zustimmung, Relativierung oder was Euch gerade dazu einfällt anregen:

- Was soll's? Der einigermaßen findige Surfer ist schon lange zu US-amerikanischen Adressen übergewechselt, in denen keinerlei Beschränkungen bestehen, außer teilweise den sprachlichen.
- Wäre es nicht ehrlicher, das HWG im Bereich verschreibungspflichtige Mittel zu lockern oder sogar freizugeben?
- Statt das HWG zu lockern, sollte ein allgemeines Verbot für Arzneimittelwerbung geschaffen werden.
- Inwieweit ist es zeitgemäß, sinnvoll und vertretbar den PatientInnen Informationen vorzuenthalten, die sie so oder so überall bekommen können. Wäre es nicht besser, diese Ansätze auszunutzen, um informierte PatientInnen zu schaffen und diese durch eindeutige Produktennung nicht im Reiche der Vermutung und Verwirrung zu belassen?
- Bestimmte Medikamente sind aus gutem Grund verschreibungspflichtig, deshalb sollte es dazu keine Werbung, in welcher Art auch immer, geben. Verstärkt sich dieser Trend sind Arzneimittel keine besonderen Waren mehr, sie werden auf gefährliche Weise kommerzialisiert.
- Um die PatientInnen gegen die Allmacht der ÄrztInnen zu unterstützen, ist informative Werbung zu verschreibungspflichtigen Präparaten längst überfällig.
- Ist die Verschleierungstaktik, die von den Herstellern momentan angewendet wird, nicht gefährlicher als ein offenes Bekenntnis zum Produkt?
- Greift man jetzt nicht ein, gibt es einen Dammbbruch, dann wird alles beworben. Grenzen zu angstmachender Werbung sind nicht mehr zu halten.
- Sponsoring macht abhängig und behindert die unabhängige Meinungsbildung der VerbraucherInnen.
- Gut informierte Selbsthilfegruppen können mit Industriegeldern viel bessere Arbeit leisten als ohne.
- Bei Beeinflussung der WHO hört es auf, aber Beratungshotlines etc. helfen den VerbraucherInnen sich zu orientieren. Qualitätssicherung von Beratung und Information ist im Werbebereich nicht sicherzustellen.
- Arzneimittel gehören durchweg in Fachhände, die Werbebranche gehört nicht dazu.

Anmerkungen

<sup>1</sup> Ausführliche Informationen zur internationalen Tagung der Netzwerkes HAI sind über BUKO erhältlich: the ties that bind "Weighing the risks and benefits of pharmaceutical industry sponsorship, FAX 09521-63789 oder [bukopharma@compuserve.com](mailto:bukopharma@compuserve.com)

# Gesundheitsreform und KBV-Notprogramm

Was die Ärzte  
und Ärztinnen lesen

von Christiane Hefendehl

Über die Pläne der Gesundheitsreform etwas zu lesen, ist in der letzten Zeit eher einfacher, als dieses Thema zu vermeiden. Ob Publikums- oder Fachpresse, Zeitung oder Fernsehen, das Thema trifft einen sensiblen Bereich und die Emotionen gehen hoch. Hier eine Auswahl, was ÄrztInnen zum Thema lesen und schreiben.

## Collage aus der medizinischen Fachpresse:

Unter "Hintergrund" berichtet Klaus Schmidt in der *Ärztlichen Praxis*: "Alle reden vom Globalbudget. Es bedeutet nichts anderes als ein nach oben begrenztes Volumen sämtlicher jährlicher Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung. Das hatten wir schon unter Minister Horst Seehofer. Insofern ändert sich nichts, weil das Gebot der Beitragssatzstabilität auch das Gebot der rot-grünen Bundesregierung ist. Neu ist das Etikett (...)." Weiter erklärt er, dass das Neue der mögliche Geldfluss unter dem Deckel ist, die Möglichkeit, Geld über alle Sektoren hinweg frei und flexibel zu verteilen.

Und genau damit hat er wohl den Finger in die Wunde gelegt. Jetzt streiten sich nicht mehr einzelne Gruppen intern um die Töpfe, sondern alle müssen sich über die Verteilung der Geldmittel einig werden.

Als wesentliches Problem der Budgetierung ortet Helmut Lасhet von der *Ärzte-Zeitung* (ÄZ), dass die Kollektivbudgets für den einzelnen Arzt nicht beeinflussbar sind. "Die Deckelung der Arzthonorare hat nicht nur deshalb zu einem Verfall der Punktwerte geführt, weil objektiv unter medizinischen Gesichtspunkten mehr geleistet wird, sondern weil dem erwarteten Punktwertverfall auch aus ökonomischen Erwägungen durch Leistungsausweitung vorgebeugt wird." Daher urteilt er, dass die Politik der Budgetierung, bis auf ein paar Zufallstreffer, eine einzige Misserfolgs-Story war.

Die Lösung müsse durch die Politik kommen und nicht in der Arztpraxis versucht werden. Die kontraproduktive Panik der Ärzte in Hinblick auf das Budget und demnach ihr Einkommen ist nach Ansicht der ÄZ durch das BMG mitverantwortet.

## Das Notprogramm der KBV

Großen Raum nimmt die Debatte über die Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für den Herbst ein. Die KBV rechnet damit, dass nur drei der 23 KVen das Arzneimittelbudget einhalten können und hat daher ein Notprogramm verordnet. Für das Programm, das die drohende Überschreitung des Arzneimittel- und Heilmittelbudgets verhindern soll, gibt es sowohl Kritik als auch Zustimmung. Aus den Äußerungen der KBV: Arznei- und Heilmittel, die zumindest vorübergehend nicht zwingend und lebensnotwendig zur Versorgung erforderlich sind, sollen – wie in anderen planwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen auch – dadurch rationiert werden, dass ihre Verordnung wegen Budgetausschöpfung auf eine Warteliste zurückgestellt wird, bis das neue Budgetjahr beginnt.

In einem Kommentar von Hanno Kautz (*ÄP Facharztreihe*) heißt es: "Patienten und Vertragsärzte im politischen Machtkampf als Geiseln zu nehmen ist absurd. Es grenzt an politisches Harkiri, im Kampf gegen die Rationierung von Arznei- und Heilmittel die Patienten als Faustpfand einzusetzen. Denn wenn die Ärzteschaft eine Chance haben will, das Reformvorhaben der Bundesregierung zu stoppen, kann das nicht gegen, sondern nur mit den Patienten funktionieren (...). Die KBV steht vor ihrem selbstproduzierten Scherbenhaufen: die Ärzteschaft gespalten, die politische Spitze ohne Rückendeckung. Dieser Dilettantismus ist nicht zu steigern. Als Selbstverwaltungsorgan der Ärzteschaft führt sich die KBV durch diese Politik selbst ad absurdum."

Einzelne Ärztstimmen aus Interviews und LeserInnenbriefen verschiedener medizinischer Zeitschriften:

"Das Notprogramm der KBV halte ich für ausgesprochen ungünstig. Die Patienten werden das nicht verstehen. Außerdem kann es ja wohl nicht sein, dass die KBV ein Notprogramm herausgibt, und die Basis soll den Patienten dann klarmachen: Ihr kriegt dieses oder jenes Medikament nicht (...)" (ÄP; Dr. Rinck, Lübeck)

"Die KBV hat Recht mit ihrem Notprogramm. Ich befürworte die Provokation gegenüber den Politikern, denn es muss endlich was geschehen. (...) Was jetzt geschieht ist, den Leuten etwas vorzugaukeln, und die Ärzte müssen dafür bezahlen. (...)" (Ärztliche Praxis Dermatologie/Dr. Hornstein, BV der Dermatologen)

"Ein Unding, Kranke wieder unversorgt nach Hause zu schicken, weil das Budget erschöpft ist. Das kann unterlassene Hilfeleistung sein!" (ÄP; Dr. Speth, München)

"Der gesetzlichen Zumutung einer Strafe, wo kein Vergehen vorliegt, kann nur rechtlich entgegengetreten werden, nicht aber durch eigene Rechtsverletzung." (ÄZ; Allgemeinmediziner Hans Massing)

"Nimmt doch ohnehin keiner ernst [das Notprogramm]. Genauso wenig wie die KVen. Das Notprogramm ist eine Anleitung zum Selbstmord der Praxen. Wir sind doch keine Lemminge! (...) Wer ist denn hier in Not: Die Ärzte oder die KBV? Selbst der gutmütigste Hund beißt, wenn man ihn in die Ecke treibt. Ich meine damit die KBV. Niemand wird schließlich gerne entmachtet. Die Politik hat diese Dilemma verursacht. Doch die KBV hat falsch darauf reagiert. Wenn die Basis anfängt zu beißen, sieht das anders aus." (ÄP; Dr. Schmidt, München)

"Die Basis im Arzt/Patienten-Verhältnis, das Vertrauen, wird zerstört, wenn kranke Menschen nicht mehr auf die Hilfe des Arztes vertrauen können. Ich glaube nicht, dass die Kollegen das Notprogramm befolgen werden." (ÄP; Dr. Sigl, München) KV-Vorsitzender Brech, Südwürttemberg, befürchtet, wie auch

die KV-Chefs von Nord-Württemberg, Nordbaden und Südbaden, dass die Vertragsärzte nicht ohne Elemente des KBV-Notprogramms auskommen werden.

„Im Bereich sogenannter umstrittener Arzneimittel könne nichts mehr gespart werden, schätzt der KV-Chef. Selbst wenn dieser Bereich bis auf den letzten Tropfen ausgepresst würde, ergäbe sich im allergünstigsten Fall ein Sparpotential von 1,6 Prozent. Jede Behauptung der Kassen, Ärzte verordneten unwirtschaftlich, sei unredlich, so Brech.“ (Pressekonferenz)

Der Hausärzteverband BDA lehnt das Notprogramm rigoros ab. Auch dem „Bündnis Gesundheit 2000“ steht er kritisch gegenüber. Ihr Vorsitzender Dr. Klaus-Dieter Kossov hält es für falsch „einfach draufzuhauen auf alle, die für diesen Gesetzentwurf verantwortlich oder mitverantwortlich sind. (ÄZ) Wie auch die Krankenkassen verurteilt der Bundesverband Managed Care das Programm. Es müsse statt dessen eine intelligente und sektorenübergreifende Steuerung etabliert werden. Der AOK-Bundesverband forderte die Führung der KBV auf, „sich von solchen unverantwortlichen und vertrauensschädigenden Positionen zu distanzieren.“ (ÄZ)

Hermann Schulte-Sasse, Abteilungsleiter im Gesundheitsministerium, sieht die Vorschläge für das Notprogramm am besten in der Zeitschrift Titanic aufgehoben. Das Notprogramm der KBV, so BÄK-Präsident Hoppe, gefährde nicht die Versorgung der Patienten. Gegenüber der WELT äußerte er: „Die Patienten werden weiterhin mit dem medizinisch Notwendigen versorgt werden können. Von Rationierung kann keine Rede sein.“ Juristisch problematisch schätzt Dr. Dr. H. Ehlers das vorgeschlagene Notprogramm ein. Gegenüber der ÄZ sagte er: „Wartelisten und Notrezepte sind im SGB V nicht vorgesehen und daher rechtswidrig.“ Ärzte hätten eine Leistungsverpflichtung und diese könne nicht beschnitten werden.

### Was haben die KVen zu verlieren?

Woher kommt der wachsende Graben zwischen der Ärzteschaft und den Kassenärztlichen Vereinigungen? Denn inwieweit die KVen einzig für die ÄrztInnen agieren, stellen diese selbst immer häufiger in Zweifel. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen auf verschiedenen Wege ihre Machtstellung einbüßen.

Sie verlieren ihre Vormachtstellung in Hinsicht auf die Geldverteilung: Globalbudget und sektorale Budgets werden von den Krankenkassen gesteuert, Vorstand und Verwaltung sollen deutlich „verschlankt“ werden, kleine KVen sollen verschwinden, Ärzte können Verträge direkt mit den Kassen abschließen. In der Konsequenz werden viele KV-Verantwortliche ihre Posten verlieren.

„Die drohende Schwächung der KVen ist andererseits teilweise selbst verschuldet: Die KV konnte oft nicht den Beweis ihrer Effizienz erbringen.“ (Päd. Nachrichten)

### Noch mehr Aktionen

Medienwirksam oder leise argumentierend, als Bündnis Gesundheit 2000 oder als Berufsverband, der versprochene „heiße Herbst“ hat längst begonnen.

So machen beispielsweise die Dermatologen auf ihre Probleme aufmerksam (ÄP Dermatologie): „Nachdem Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, einen besseren Umgangston forderte, gab es Blumengrüße an die Ministerin. Der

Hintergrund: ein Blumenstrauß kostet soviel, wie das Budget der Dermatologen (30-60 DM) für jeden Patienten pro Quartal beträgt. Forderung der Hautärzte daher: Der Mehraufwand für die Entfernung von bösartigen Hauttumoren und die Behandlung von Allergien muss voll übernommen werden!“

Die angeführten Zahlen hierzu: Nach Angaben der Hautärzte beträgt die Steigerungsrate bei Hautkrebskrankungen seit 1990 350 Prozent, das Budget für die Behandlung ist dagegen in den vergangenen fünf Jahren um 30 Prozent gesunken. Dr. Michael Reuch, der Generalsekretär der Deutschen Dermatologen: „Der vorgelegte Referentenentwurf für eine Strukturreform im Gesundheitswesen senkt nicht die Schwierigkeiten der Dermatologie, sondern verschärft sie noch – insbesondere in der ambulanten medizinischen Versorgung.“

In Bayern haben sich die Heilberufe als „Bündnis für Gesundheit Bayern“ zusammengeschlossen. Bisher größte Aktion war eine Kundgebung (12 000 Teilnehmer) auf dem Marienplatz in München. „Fischers tierische Reform“ so ein Plakat, „Patient auf den Hund gekommen/Kassenversorgung für die Katz“ Hier noch eine Aktion: Die KV Schleswig-Holstein macht mit Anzeigen, Handzetteln und Plakaten auf die Mängel der Gesundheitsreform unter dem Titel: „Sind die Kassenärzte noch zu retten“ mobil. (Per Nachtragshaushalt hat die KV den Betrag für die Öffentlichkeitsarbeit auf 500 000 DM aufgestockt)

### Wer ist etwas besonders?

Neben allgemeinem Protest gegen die geplanten Veränderungen im Gesundheitssystem macht sich vor allem eins bemerkbar, jede Fachrichtung, jede KV, jede Region hat gute Gründe eine Sonderbehandlung zu beanspruchen.

Hier einige Beispiele:

So begründet T. Lichte im niedersächsischem Ärzteblatt, das von KV-Vorsitzendem Dr. Bodo Strahl unerklärbare überdurchschnittliche Versorgungsverhalten, ausführlich mit den demographischen Besonderheiten des Bundeslandes, Morbiditätsstrukturen und verweist auf niedrige Krankschreibungsraten in Niedersachsen.

Für die Kinderärzte schreiben die Pädiatrischen Nachrichten zur Diskussion um die Positivliste: „Auch Kinder- und Jugendärzte spenden verhalten Beifall, obwohl die Konsequenzen für die Pädiatrie verheerend ausfallen könnten. Denn in die besagte Liste aufgenommen werden nur Präparate, die in der klinischen Prüfung ihre Wirksamkeit bewiesen haben. Das schränkt die medikamentöse Therapie in der Kinderheilkunde erheblich ein, denn nur wenige Arzneimittel entsprechen diesem Kriterium. Und das potenziert den Beratungsaufwand in der täglichen Praxis. Ein Kinderarzt wird nicht nur erklären müssen, dass der Patient jetzt viele Medikamente selber zahlen muss. Die Eltern werden auch wissen wollen, warum das so ist. Der Hinweis auf die nicht ausreichende bewiesene Wirksamkeit bringt den Arzt zwangsläufig ins nächste Dilemma... Am Ende steht wieder der Pädiater unter massivem Erklärungszwang, um das sensible Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nicht nachhaltig zu zerstören. (cw)“

In dieser und ähnlicher Art gibt es für jeden Punkt der geplanten Reform von Fachgruppen, regionalen Verbänden etc. Begründungen für die Ungerechtigkeit und Unzumutbarkeit der Pläne.

# Leitfaden der Apotheken im VDPP

von Bernd Rehberg

## Prolog

*Die im VDPP zusammengeschlossenen Leiter und Leiterinnen von Apotheken verpflichten sich zur Einhaltung folgender, festgelegter Grundsätze. Dies geschieht in der Erkenntnis der Notwendigkeit einer umfassenden und wirksamen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, die sich nicht am Markt, sondern vorrangig am Patienten orientiert.*

*Die Apotheken leisten innerhalb unseres Gesundheitswesens einen wesentlichen Beitrag bei der Beratung und Therapie mit Arzneimitteln, und sie spielen durch ihre bürgernahe Position eine entscheidende Rolle in der Gesundheitsförderung, Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten. Als erste AnsprechpartnerInnen bei Beschwerden und allen Gesundheitsfragen erfüllen wir damit eine wichtige wirtschaftliche und soziale Funktion innerhalb des Gesundheitswesens.*

*Mit diesem Leitfaden soll die Qualität unserer Arbeit transparent und das Ansehen unserer Apotheke nach innen und außen gestärkt werden.*

*Grundlage für die folgenden Grundsätze und Handlungsanweisungen als Qualitätsnorm für die alltägliche Berufsausübung, sind die Anforderungen der Berufsordnung, der Apothekenbetriebsordnung, der Arzneimittellieferverträge und der Tarifverträge.*

*Die Qualitätskriterien werden im regelmäßigen Austausch untereinander und mit unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entwickelt und fortgeschrieben. Die zeitlichen und finanziellen Ressourcen stellen wir diesem Zweck zur Verfügung.*

*Im Kontakt mit anderen Organisationen oder Angehörigen des Gesundheitswesens wollen wir unsere Qualitätskriterien regelmäßig überprüfen, um eine optimale interdisziplinäre Betreuung unserer Patienten und Patientinnen zu gewährleisten.*

## § 1 Leitbild der Apotheke

Jede Apotheke muss sich ein individuelles Leitbild erarbeiten. Es müssen Ziele, Aufgaben und Zukunftsvorstellungen der Arbeit der Apotheken als Maxime des Handelns und Auftretens formuliert werden.

## § 2 Information und Beratung

Ziel der Beratung ist die Einrichtung einer pharmazeutischen Therapiebegleitung im Sinne von Pharmaceutical Care.

1) Die PatientInnen und KundInnen haben bei jeder Abgabe von Arzneimitteln Anspruch auf inhaltlich richtige und vollständige Information und Beratung. Die Gesprächsinitiative sollte von der Apotheke ausgehen.

2) Diese Beratung ist nicht umsatzorientiert und umfasst über die gesetzlichen Anforderungen hinaus Information über:

- sinnvolle therapiebegleitende und prophylaktische Maßnahmen
- nichtmedikamentöse Behandlungsalternativen
- bestehende und geeignete Selbsthilfe- und Rehabilitationsorganisationen für
- Suchtkranke, chronisch Kranke und Behinderte

3) Damit eine inhaltlich richtige und vollständige Information und Beratung der PatientInnen und KundInnen jederzeit gewährleistet ist, wird Fortbildung für alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ermöglicht.

4) Zur Unterstützung und Vertiefung der individuellen Information und Beratung in der Apotheke werden Bücher und andere Medienprodukte zum Verkauf angeboten oder kostenlos mitgegeben. Auf keinen Fall werden solche Informationen angeboten, die geeignet sind, einen Vielverbrauch oder irrationalen Mehrverbrauch von AM in irgendeiner Weise zu initiieren oder zu fördern.

## § 3 Auswahl von Arzneimitteln in der Selbstmedikation

Es wird eine Empfehlungsliste für die Selbstmedikation erstellt, in der solche Arzneimittel aufgenommen werden, die folgenden Kriterien genügen sollen:

- nach wissenschaftlichen Erkenntnissen sinnvolle Zusammensetzung
- hohe pharmazeutische Qualität
- keine irreführende Namensbezeichnung
- keine irreführende Werbung oder Marketingstrategie
- keine frauenfeindliche Werbung oder Marketingstrategie
- angemessener Verkaufspreis

Es werden nur solche Arzneimittel empfohlen, die in der Empfehlungsliste enthalten sind. Außerdem können Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen empfohlen werden, wenn sie nach individueller Beurteilung einen Therapieerfolg erwarten lassen.

## § 4 Freiwahl und Nebensortiment

In der Freiwahl werden neben Arzneimitteln, Verbandstoffen, Hilfsmitteln und Krankenpflegeartikeln nur Mittel und Gegenstände angeboten, die zur Therapie oder Therapiebegleitung oder zur Gesundheitsvorsorge oder -pflege geeignet sind.

Die Artikel des Nebensortiments müssen folgende Qualitätsmerkmale aufweisen:

- sinnvolle Zusammensetzung bzw. Konzeption nach anerkannten wissenschaftlichen Standards
- hochwertige qualitative Beschaffenheit nach anerkannten pharmazeutischen, technischen und ökologischen Standards
- keine irreführende Produktbezeichnung
- keine irreführende Werbung oder Marketingstrategie

- keine frauenfeindliche Werbung oder Marketingstrategie
  - angemessener Verkaufspreis.
- diese gelten besonders für Nahrungsergänzungsmittel und Medizinprodukte.

## § 5 Werbung und Präsentation

Werbung für Arzneimittel, die einen Mehrverbrauch initiiert, vor allem in Rundfunk, Fernsehen, Internet, Zeitungen, Zeitschriften und Plakaten außerhalb der Apotheken, lehnen wir grundsätzlich ab, da dort keine fachlich fundierte Beratung eingebunden werden kann. Werbung im Sinne dieses § 5 ist Sichtwahl und Freiwahl in der Apotheke, in den Kundenzeitschriften und auf Handzetteln oder Apothekenflyern.

1) Nur solche Arzneimittel werden beworben, die in der Empfehlungsliste aufgenommen sind. Ausgenommen davon sind AM mit hohem Gewöhnungs- und Missbrauchspotential, für die unter keinen Umständen und in keiner Weise Werbung betrieben werden darf, insbesondere

- Kombinationsschmerzmittel
- Schmerzmittel enthaltende und nicht als Schmerzmittel deklarierte oder vermarktete Zubereitungen
- H1-Antihistaminika oder H1-Antihistaminika enthaltene Zubereitungen, wenn sie als Schlafmittel, Beruhigungsmittel oder Psychopharmaka im weiteren Sinne deklariert sind oder vermarktet werden
- Abführmittel, Abführmittel enthaltene oder als Abführmittel deklarierte oder vermarktete Zubereitungen, ausgenommen solche, die außer Quellstoffen, Milchzucker und Lactulose keine weiteren Wirkstoffe enthalten.

2) Die unter Abs. 1) festgelegten Regelungen gelten auch für jedwede weitere Aktivität oder Verhaltensweise, die geeignet ist, einen Mehrverbrauch und Vielgebrauch von solchen AM, für die nach 1) keine Werbung betrieben werden darf, zu fördern oder zu ermöglichen. Dazu gehört insbesondere die Präsentation solcher AM durch Sichtwahl, HV-Aufsteller oder Zahlsteller.

Ausgenommen ist die individuelle Empfehlung im Rahmen eines Beratungsgesprächs.

## § 6 Rezeptur und Defektur; Labortätigkeit

Es wird dafür Sorge getragen, dass die Anfertigung von Rezepturen und Defekturen nach anerkannten und praktikablen Standards zur Qualitätssicherung (orientiert an den GMP- und GLP-Regeln) und anderen Normen (DIN, EN) ausgeführt werden. Dies gilt sowohl hinsichtlich der baulichen Beschaffenheit und Ausstattung der für diese Tätigkeiten vorgesehenen Räume, als auch für die Organisation der Anfertigung, sowie für die Dokumentation der einzelnen Arbeitsschritte.

## § 7 Interne Zusammenarbeit

### 1. Fortbildung

Apothekenleiter, pharmazeutische MitarbeiterInnen und PKAs sollen sich regelmäßig fortbilden. Fortbildung wird im Arbeitsvertrag mit Rechten und Pflichten festgelegt.

### 2. Ausbildung

Auszubildenden und PraktikantInnen werden alle Lehr- und Lernmittel in einer aktuellen Ausgabe zur Verfügung gestellt. Es werden Ausbildungsverantwortliche jeweils zugeordnet

### 3. Mitsprache- und Anhörungsrecht

Die MitarbeiterInnen haben ein Mitspracherecht bei Personalentscheidungen.

Bei anderen betrieblichen Entscheidungen haben sie das Recht auf Anhörung.

Zu diesen Zwecken können die MitarbeiterInnen aus ihren Reihen eine Obfrau / einen Obmann wählen, soweit dies nicht gesetzlich sowieso gefordert wird.

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

## § 8 Ökologische Aspekte – Umweltbilanz

Wir fühlen uns der Umwelt im besonderen verpflichtet. Über unser allgemeines umweltpolitisches Engagement hinaus ergreifen wir innerhalb unseres Betriebes folgende Maßnahmen:

- Müllvermeidung, Mülltrennung
- Stromsparende Maßnahmen
- Abwasserminimierung
- Umweltschonende Putzmittel
- Auf umweltgerechte Verpackungen achten
- Nur wiederverwendbare HV-Aufsteller und Zahlsteller akzeptieren
- Umweltschonende Labormethoden anwenden
- Umweltverträgliche Büromaterialien benutzen
- Umweltfreundliche Werbeartikel einsetzen

## § 9 Zusammenarbeit

Eine Zusammenarbeit im Rahmen dieses Leitbildes wird angestrebt mit:

1. Ärztinnen und Ärzten
2. Heil- und Pflegeberufen
3. Selbsthilfegruppen
4. Verbraucherverbänden
5. Krankenkassen
6. Herstellern und pharmazeutischen Großhandlungen

Ziel dieser Zusammenarbeit ist die optimale gesundheitliche Versorgung der Menschen im Einzugsbereich der Apotheke. In regelmäßigen Abständen sollte die Qualität der Zusammenarbeit überprüft werden.

# Warum ich den nicht geschriebenen Brief nicht unterschreiben konnte

von Katja Lorenz

VERSUCH EINER ERKLÄRUNG siehe RB 48/99, Seite 21

Ich habe bereits auf der MV versucht zu erklären, warum es aus meiner Sicht nicht zu einer gemeinsamen Erklärung des VDPP gegen den Kosovo-Krieg gekommen ist. Das Interesse für unsere Auseinandersetzung war groß, deshalb denke ich, dass es die dort nicht anwesenden Mitglieder genauso interessieren wird.

Wenn ich den Beitrag von Thomas Hammer und Udo Ament heute lese, erscheint mir alles schon so erschreckend lang her zu sein. Der nicht geschriebene Brief stammt aus den ersten Kriegstagen. (Das zu erwähnen finde ich für die Bewertung sehr wichtig.)

Bereits während der Verhandlungen in Rambouillet war es ein viel diskutiertes Thema bei uns zu Hause, im Freundeskreis: wie wird/soll sich die NATO verhalten beim Scheitern der Verhandlungen, was wird/soll die BRD dabei tun, gibt es einen Ausweg. Klar war, dass wieder alle zu lange weggeguckt hatten, jetzt aber anscheinend alles versuchten. Als die Bombardierungen begannen, war ich total verwirrt. Es ging mir wie so vielen in meiner Umgebung: eigentlich wissend, dass Krieg nie ein Mittel sein kann und darf; und doch Angst habend, dass sich die Ereignisse in Bosnien wiederholen würden und alle nur noch zuzucken (können).

Das Schlimmste war, dass ich keine Alternative wusste. Es klingt jetzt recht pathetisch, aber dies hat sehr an mir gerissen. Hatte ich doch bisher immer recht sicher geurteilt, wusste ich plötzlich nicht mehr, was „richtig“ war.

In diese Situation platzte Udos Entwurf. Eines vornweg: ich halte es für richtig und wichtig, dass wir uns auch zu solchen, nicht pharmazeutischen Themen äußern. Es ist mir dabei auch völlig egal, ob wir zu populär sind, um wirklich jemanden oder etwas

zu beeinflussen. Wir müssen es trotzdem in jedem Fall, der uns nötig erscheint versuchen. Es kann auch nicht darum gehen, dass wir hierzu nichts sagen dürfen, weil wir in ähnlichen Fällen geschwiegen haben. Da kann es doch nicht um Vollständigkeit gehen, (die sowieso nicht möglich wäre) bzw. gibt es keinen Grund, den gleichen Fehler dann zweimal zu machen. Also, das Kontra-Argument 2 aus dem Artikel stimmt für mich nicht.

Meiner Überzeugung nach sind wir an einer ganz anderen Sache gescheitert, nämlich an der nicht funktionierenden Kommunikation unter den Vorständlern!

Ich war froh, als Udos Entwurf mich erreichte, konnte zwar nicht unterschreiben, wollte aber andere Argumente hören, hoffte für mich auf größere Klarheit. Aber dafür war keine Zeit. Dafür hatten wir keine Mechanismen. Stattdessen wurde mit dem Programm gewedelt: Für Frieden – gegen Krieg! (Das traf mich besonders: ich war ja mit dessen Überarbeitung beschäftigt!) Und: Bist Du nicht dafür, bist Du dagegen. Das ist nun ein 'Argument', mit dem ich groß geworden bin, bei dem ich sofort rot sehe! Deshalb meine heftige Reaktion darauf. Es gibt dieses Schwarz-oder -weiß nicht.

Wir haben im Vorstand viel darüber diskutiert. Der Umgang untereinander hat sich für mich in den letzten Wochen grundlegend geändert. Ich glaube vorsichtig, dass wir dieses Problem zukünftig besser im Griff haben.

Ein gutes Beispiel dafür ist unserer Erwiderung auf die ätzende ABDA-Kampagne gegen die Gesundheitsreform. Wir müssen uns für derartige Stellungnahmen soviel Zeit wie möglich und nötig nehmen. Und, um auf die Frage aus dem Artikel noch mal klar zu antworten, öffentliche Äußerungen sind meines Erachtens möglich, wenn sie mit dem Programm übereinstimmen und eine deutliche Mehrheit im Vorstand finden. (Ich hätte es auch unterstützt, dass der Brief abgeschickt wird, wenn er im Vorstand eine Mehrheit gefunden hätte. Einstimmigkeit ist nicht immer möglich.)

Es wird uns auch weiterhin nicht darum gehen, vorher zu überlegen, ob vielleicht mal wieder ein Mitglied mit dem Austritt drohen könnte, wenn wir uns derartig äußern. Schließlich habt Ihr uns gewählt.

## Wechselwirkungen Beiträge zu Pharmazie und Politik

361 Seiten, 48 DM, 350 ÖS, 46 SFr. ISBN 3-933050-20-0, Mabuse-Verlag 1999, Frankfurt/Main, Fax: 069 / 70 41 52, e-mail: mabuse@oeko-net.de, Best. Nr.: 1220

von Ulrike Faber, Gerd Glaeske, Udo Puteanus, Ingrid Schubert

*„Wirksamkeit, Sicherheit und Qualität – das sind die Anforderungen des Arzneimittelgesetzes an jedes einzelne Medikament. Dass diese Anforderungen auf unserem Arzneimittelmarkt nur bedingt umgesetzt sind, wird in der Öffentlichkeit noch immer nicht ausreichend wahrgenommen. Das ökonomische Interesse an der Vermarktung, der Einsatz von Arzneimitteln als schnell verordnungsfähige Lösung, das geringe Angebot an industrieunabhängiger Information und die übertriebene Erwartung vieler Patienten und Verbraucher an die Wirkungen von Pillen und Tropfen sichern auch umstrittenen Arzneimitteln ihren Markt.“*

So heißt es im Vorwort einer Sammlung von Artikeln, die sich kritisch mit den Verhältnissen im Bereich Herstellung, Vermarktung und Distribution von Arzneimitteln auseinandersetzen. Daneben greifen einige Beiträge Themen auf, die die Verhältnisse innerhalb des Berufsstandes – speziell der Geschlechterverhältnisse – der Apotheker(innen) beleuchten. Dazu heißt es auf der Rückseite des Buches: „In den Beiträgen dieses Bandes geht es um die vielen Facetten der Wechselwirkungen zwischen Pharmazie und Politik. Das Buch bietet – unter anderem auch durch seine frauenorientierte Perspektive – ein Beispiel für Gegenöffentlichkeit in einem Umfeld, das von einer konservativen Standespolitik geprägt ist.“

## Die Themen im Einzelnen:

Unter dem Stichwort Arzneimittelpolitik setzen sich zwei Autoren mit Themen auseinander, die gesundheitsbezogene politische Themen beschreiben und damit das Arzneimittel nur am Rande berühren.

*Hans-Ulrich Deppe* formuliert Thesen zur Bedeutung des Neoliberalismus auf die Arzt-Patienten-Beziehung. Er warnt vor dem Rückzug des Staates aus seiner ordnungspolitischen Aufgabe, den „sozialen Frieden“ zu gewährleisten sowie eine rein auf die Ökonomie fixierte Betrachtung des Gesundheitswesens. Es bestehe die Gefahr, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient unter den Gesichtspunkten Markt und Wettbewerb untergraben werde und statt dessen der ökonomische Wert des Patienten in den Vordergrund rücke.

*Wolfgang Schelker* zeigt die gewerkschaftlichen Initiativen auf dem Arzneimittelsektor und stellt sie in den Zusammenhang mit den gewerkschaftlichen Positionen bei der Entwicklung der Reformgesetze im Gesundheitswesen 1989, 1993 sowie 1997. Sein Fazit: Die alte Koalition hat die Grundfesten der solidarischen Krankenversicherung erschüttert und mit dem Verzicht auf die bereits beschlossene Positivliste für Arzneimittel bei den Gewerkschaften wesentlich an Vertrauen verloren.

Unter dem Stichwort Arzneimittelsicherheit befassen sich verschiedene Autoren mit dem Risikomanagement bei Arzneimitteln. Eberhard Greiser erinnert in seinem Beitrag an seinen Artikel aus der SPD-Rundschau 1973/1974, in dem er Forderungen an ein neues Arzneimittelgesetz zusammengefasst hatte. Zwar habe sich inzwischen einiges nach seinen damaligen Vorstellungen verbessert, vieles sei aber immer noch verbesserungsbedürftig. Damals habe man wohl allzu blauäugig gehofft, mit der SPD/FDP-Koalition gegen mächtige Interessen notwendige Änderungen durchsetzen zu können.

*Regina Schuman* und *Thomas Schulz* befassen sich mit der Arzneimitteltoxikologie am Beispiel Thalidomid. Sie liefern in ihrem Beitrag eine kurze Übersicht über die damaligen Geschehnisse und stellen die aktuellen Erkenntnisse zur Toxikologie des Stoffes dar. Daneben werden die nicht zuletzt als Folge dieser Arzneimittel-„tragödie“ geänderten arzneimittelrechtlichen Vorschriften vorgestellt und der heutige Stellenwert der Toxikologie in der Arzneimittelzulassung beschrieben.

*Wolfgang Hartmann-Besche* stellt in seinem Beitrag ein Modell für ein verbessertes System der Arzneimittelnebenwirkungserfassung und -bewertung vor. Wesentliche Elemente sollten die Erfassung von Nebenwirkungen in mindestens 10 mit klinischen Pharmakologen ausgestatteten Krankenhäusern sowie eine Datenbank über alle verordneten Arzneimittel (Pharmakotherapie-register) sein. So ließen sich Nebenwirkungen rechtzeitig erkennen und mehr Arzneimittelsicherheit für Patienten sowie ein Standortvorteil für die Industrie verwirklichen.

*Ulrich Hagemann* gibt in seinem Beitrag eine Übersicht über die Bewertung von Arzneimittelrisiken in der EU und verweist vorab darauf hin, wie abhängig die Aktivitäten einzelner Länder von „therapeutischen Modeerscheinungen“ sein können. Er stellt die Frage, wie die unterschiedlichen Sichtweisen die Pharmakovigilanz im Spannungsfeld zwischen wünschenswerter Harmonisierung und Gleichmacherei berücksichtigt werden können und plädiert für eine faktenorientierte, nicht dem Primat der Politik unterliegende Pharmakovigilanz.

*Ruth Mattheis* beschäftigt sich mit dem Thema Arzneimittel und Ethik. Vier Grundregeln seien maßgeblich: dem Patienten nicht schaden, ihm nach Möglichkeit nützen, die Verteilungsgerechtigkeit fördern und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten achten. Vor diesem Hintergrund wird u. a. der Mangel an Arzneimitteln in nicht industrialisierten Ländern sowie die Auseinandersetzung um die sog. Bioethik-Konvention diskutiert. Dabei appelliert sie am Schluss auch an das Verantwortungsbewusstsein jedes Einzelnen.

*Eugen Eschenlohr* beschreibt die Entwicklung der Gesetzgebung auf dem Gebiet der Gentechnologie vom Standpunkt ihres kritischen Begleiters. Nach seiner Ansicht gelang es den Anbietern, mit ökonomischen und gesundheitsbezogenen Versprechungen die Grundlagen zur Durchsetzung ihrer Interessen zu schaffen, wobei viele der Versprechungen bis heute nicht erfüllt seien. Letztlich sei die von der Öffentlichkeit geforderte Technologiefolgensabschätzung und Information erfindenden Industrie darum gehe, ein „journalistisches Umfeld“ zu schaffen, das beiden Sparten ausreichende Geschäfte sichere. Es gäbe daher kein einziges international anerkanntes Journal in Deutschland für Originalbeiträge. Westhoff beschreibt als fachkundiger Medizinjournalist die Tricks, mit denen Hersteller ihre Produkte auch außerhalb von Werbeanzeigen vermarkten können.

*Wolfgang Becker-Brüser* kritisiert die Behinderungen beim Informationsfluss über Arzneimittel und weist auf die oftmals nachweisbare Herstellernähe von Befürwortern bestimmter Arzneimittel hin. Der Autor beklagt die teilweise ungehemmt manipulierte Information zum Schaden der Verbraucher und fordert ein Gesetz über Informationsfreiheit bei Arzneimitteln nach dem Vorbild des schwedischen bzw. US-amerikanischen Freedom of Information Act.

Im nächsten Abschnitt befassen sich acht Autoren mit verschiedenen Aspekten der Arzneimittelversorgung.

*Ellis Huber* beklagt in seinem Beitrag die ausgeprägte Schluckkultur der Deutschen als eine Verrücktheit zu Zweit. Ökonomische Praxisgegebenheiten und naturwissenschaftliche Ausrichtung der Medizin auf Seiten der Ärzte sowie Medikamenten- und Arztgläubigkeit auf Seiten der Patienten verhinderten ein vernünftiges Vorgehen gegen oftmals psychosoziale Gegebenheiten, die zu Erkrankungen führten. Huber setzt sich statt dessen für eine „soziale Durchblutung“ in Form von Bildung, anderer Honorierung der Ärzte und Selbsthilfe ein.

*Rolf Rosenbrocks* Botschaft gegen die Schwächen des deutschen Gesundheitswesens ist die Prävention. An zahlreichen Beispielen begründet er seine These, dass mit verhaltens- und v. a. verhältnispräventiven Programmen mehr Menschen preisgünstig geholfen werden könnte, als mit aufwendigen kurativen Interventionen. Er setzt sich daher mit seinen wissenschaftlichen Möglichkeiten für die Nutzung brachliegender präventiver Potentiale ein, um der auf wirtschaftliche Interessen begründeten einseitigen Gesundheitspolitik etwas entgegenzusetzen.

*Gerd Glaeske* beklagt die seit vielen Jahren bestehenden Defizite im Arzneimittelmarkt. Intransparenzen, die Existenz vieler immer noch ungeprüfter Arzneimittel am Markt, der Verzicht auf eine in vielen Ländern erfolgreiche Positivliste sowie Defizite in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte sind für ihn wesentliche Gründe für die häufig festgestellten Mängel im Verord-

nungsbereich. Neben anderen Verbesserungsmöglichkeiten ist für ihn die Arbeit in ärztlichen Qualitätszirkeln ein Ansatz, den Mängeln wirksam zu begegnen.

*Ulrike Faber* problematisiert den Umgang mit den abhängigkeitsfördernden Benzodiazepinen als Beruhigungsmitteln. Trotz Rückgängen bei den Verordnungen sei Aufmerksamkeit geboten. Oftmals würden jetzt nicht unproblematische Neuroleptika oder neue, in ihrem Abhängigkeitspotential noch unbekannte Arzneimittel verwendet. Auch sei zu vermuten, dass die hohen Zuzahlungen die Apotheken veranlassten, die „Null-Rezepte“ nicht mehr zur Abrechnung einzureichen. Daher gäbe es insgesamt keinen Grund zur Entwarnung.

*Heinz-Harald Abholz* diskutiert Sinn und Unsinn von Verordnungsanalysen durch Apotheker in Offizinapotheken. Für ihn haben solche Analysen deswegen nur eingeschränkt Sinn, weil das komplizierte Beziehungsgeflecht zwischen Arzt und Patient nicht berücksichtigt werden kann. Sie hätten zwar ihren Verdienst darin, auf das Problem einer nicht rationalen Behandlungsindikation für Arzneimittel aufmerksam zu machen, könnten aber den Stellenwert von Qualitätszirkeln bei der Fortbildung von Ärzten nicht erreichen.

*Jutta Krappweis* zeigt mit ihrem Beitrag, wie mit regionalen bevölkerungsbezogenen Daten über den Arzneimittelverbrauch Grundlagen geschaffen werden können, die fachübergreifendes Arbeiten (hier Arzt und Apotheker) ermöglichen. Am Beispiel der Schmerzmittel werden Aspekte der Selbstmedikation sowie der Verordnung von Arzneimitteln hinsichtlich ihrer spezifischen Nebenwirkungsproblematik diskutiert. Mit den Daten ergeben sich Grundlagen für gemeinsame Fortbildung und für eine Kommunikation auf gleichem Niveau.

*Dörte Meyer* stellt die Probleme der Verbraucher im Selbstmedikationsbereich in den Mittelpunkt. Neben Fragen über den Stellenwert der Selbstmedikation, die Werbung und die Informationsmöglichkeiten der Verbraucher werden die Strategien der Hersteller, der gesetzlichen Körperschaften und anderer am Selbstmedikationsmarkt Beteiligter erörtert. Da auch in Zukunft immer mehr Selbstmedikation stattfinden wird, müssen in ihren Augen in Zukunft mehr unabhängige Entscheidungshilfen für die Verbraucher angeboten werden.

*Elisabeth Bronder* beschäftigt sich mit dem Rücklauf unverbrauchter Arzneimittel in die Apotheken. Anhand des Beispiels einer Apotheke, in der die zurückgegebenen Arzneimittel systematisch erfasst wurden, wird die Methodik der Untersuchung, die Ergebnisse sowie die Problematik unverbrauchter Arzneimittel dargestellt. Wenn auch nicht sämtlicher Arzneimittelmüll vermieden werden kann, würde nach ihrer Meinung u. a. mehr Qualität bei der Beratung der Patienten für einen Rückgang unverbrauchter Arzneimittel sorgen können.

Im letzten Abschnitt des Buches setzen sich sieben Autoren mit dem Beruf des Apothekers / der Apothekerin in seinem / ihrem beruflichen und standespolitischen Umfeld auseinander.

*Ingrid Schubert* zeigt anhand von drei Themen aus dem Berufsfeld der Offizinapotheker, wie sich dieser Beruf in einem permanenten Aushandlungsprozess zwischen eigenen Interessen und Interessen anderer Professionen seine Berufsfelder erkämpft

hat. Dabei wird u. a. die Festschreibung von Information und Beratung in der Apothekenbetriebsordnung sowie neuerdings die Einführung von Pharmaceutical Care in Verbindung mit dem neuen universitären Forschungs- und Lehrfach Klinische Pharmazie thematisiert.

*Michael Hoeckel* stellt aus der Sicht eines praktischen Apothekers ebenfalls die Berstungsleistungen der Offizinapotheker, die in Zukunft stärker eingefordert werden dürften, in den Mittelpunkt. Neben der Betrachtung der Methodik und den notwendigen Voraussetzungen kontrollierter Beratung plädiert er u. a. für eine bessere Kommunikation mit Arzt und Patienten, für die permanente Fortbildung aller Mitarbeiter in der Apotheke, für eine bessere Organisation in der Apotheke und für mehr soziale Kompetenz der Apothekenleiter.

*Klaus Meier* befasst sich mit dem sich gewandelten Aufgabenspektrum der Krankenhauspharmazie. Seit 1980 konnte durch das neue Apothekengesetz die Zahl der Krankenhausapotheken drastisch erhöht werden. Damit ergab sich für sie auch eine klare Aufgabenstellung für die Arzneimittelversorgung im Krankenhaus. Meier beschreibt die einzelnen Arbeitsgebiete und stellt die Vorzüge der Krankenhausapotheke im Vergleich zur (externen) krankenhaus-versorgenden Apotheke heraus. Dies zeige sich vor allem in der Patientenorientierung.

*Magdalene Linz* kritisiert in ihrem Beitrag die Struktur der Landesvertretung, die in ihren Augen die Belange der Angestellten zu wenig berücksichtigt. Die Kammern auf Landesebene wie die Bundesorganisation ABDA auf Bundesebene spiegelten in erster Linie die Interessen der Apothekenleiter wider. Sie appelliert an die Kammern und die ABDA, die Voraussetzungen für Mitwirkungsmöglichkeiten für die Angestellten zu verbessern und sieht nach deren Umsetzung auch Chancen zur Motivierung von Angestellten für die Berufspolitik.

*Gabriele Beisswanger* stellt die Frage, ob die Entwicklung des Apothekerberufes von der Männerdomäne zum Frauenberuf eine Erfolgsgeschichte ist. Nach einer ausführlichen Betrachtung der historischen Entwicklung zum Beruf mit einem hohen Frauenanteil wird der Frage nachgegangen, warum Frauen heute das Erscheinungsbild der Apotheken dominieren. Neben der guten Vereinbarkeit von Familie und Beruf werden auch geschlechtsspezifische berufliche Ziele von (Karriere-)Männern und (Unterstützer-)Frauen diskutiert.

*Ildikó Szász* untersucht die Auseinandersetzungen, die vor 100 Jahren den Frauen das Studium der Pharmazie ermöglichten. Sie beschreibt die berufliche Situation der ersten Pharmazeutinnen sowie ihr Streben nach gleicher Entlohnung wie männliche Apotheker. Im Vergleich zur feministischen Bewegung Anfang dieses Jahrhunderts wie auch nach 1945 bis heute lassen sich bei den Apothekerinnen kaum vergleichbare kämpferische Ansätze finden, statt dessen tradiere sich offensichtlich die Konstruktion „holder Weiblichkeit“.

*Udo Puteanus* setzt sich in seinem Beitrag mit der historischen Entwicklung und Veränderung des Systems der Apothekerkammern auseinander. Er arbeitet die Besonderheiten dieser Organisationsform im Verbändesystem heraus und macht Vorschläge zur weiteren Demokratisierung der Kammern. Außerdem greift er Bemühungen auf, Patienteninteressen mehr als

bisher bei der Gestaltung des Gesundheitswesens zu berücksichtigen und schlägt für die Zukunft die strukturelle Verankerung von Patientenbeteiligungen in den Kammern vor.

Mit den 25 Beiträgen zu Politik und Pharmazie bietet dieser Band insgesamt eine gute Übersicht über die Bandbreite derzeitiger Diskussionen über Arzneimittel und im Berufsstand der Apotheker. Dabei nimmt ein großer Teil der Autoren einen ins-

gesamt kritischen Standpunkt gegenüber pharmazeutischen Herstellern, konservativer Gesundheitspolitik und bewahrender Privilegienpolitik der Heilberufe ein. Dies war allerdings auch zu erwarten, wurde dieser Band doch aus Anlass des sechzigjährigen Geburtstages von Ingeborg Simon, der wohl exponiertesten Pharma- und Standeskritikerin aus den Reihen der Apotheker, konzipiert.

## Neuerscheinungen zu Arzneimitteln und Verbraucherschutz

von Udo Puteanus

Die Verbraucherzentrale NRW bietet eine kleine Broschüre zum Thema Selbstmedikation an. Die Düsseldorfer Apothekerschaft sowie der Amtsapotheker Düsseldorf haben wichtige Hinweise zur Erstellung der Broschüre gegeben.

### Themen:

- Möglichkeiten und Grenzen der Selbstmedikation
- Infos rund um das Arzneimittel
- Arzneimittelrisiken
- Packungsbeilage und Angaben auf der Verpackung
- Arzneimittelwerbung
- Wo kann ich Arzneimittel kaufen und wer berät mich dabei?
- Welche Fragen Sie grundsätzlich beim Arzneimittelkauf stellen sollten.
- Der Patient und seine Beschwerden, Fünf wichtige Informationen, die eine gute Beratung berücksichtigen sollte.
- Fünf Fragen rund um das Arzneimittel.

Hier kann bestellt werden:

### **Verbraucher-Zentrale NRW**

Zentralversand  
Aderssstraße 78  
40215 Düsseldorf  
Fax 0211-3 80 92 25  
Bestelltelefon: 0180 - 5 00 14 33  
E-Mail: vz.duesseldorf@t-online.de

### Ein weiterer Tipp:

AgV-Forum 2/99: Verbraucheranforderungen an die Gesundheitspolitik. Mit Beiträgen von Monika Ketterer, Till Bastian, Dörte Meyer und Christoph Kranich, Gerd Glaeske, Thomas Isenberg, Wolfgang Hoffmann und Klaus Schwarzbach.

In diesem Heft werden verbraucherpolitische Positionen zu den Themen Patientenrechte, Patientenberatungsstellen, Arzneimittel, psychosomatische Medizin, Kosten im Gesundheitswesen sowie Naturheilmittel vorgestellt.  
17,- DM incl. Versand.

Zu beziehen bei:

**AgV-Forum - Redaktion**  
Heilsbachstr. 20  
53123 Bonn  
Fax: 0228 - 64 42 58  
mail@agv.de

## Frauen und Medikamente – Gebrauch oder Missbrauch?

von Udo Puteanus

Gesundheitsbericht der Stadt Münster, Band Nr. 9 (1999)  
124 Seiten, 15,- DM (incl. Porto und Verpackung)  
Zu beziehen bei: Stadt Münster - Gesundheitsamt  
48127 Münster

Der aktuelle Bericht des Gesundheitsamtes Münster dokumentiert die Vorträge und Workshops einer interdisziplinären Konferenz zum Thema Frauen und Medikamente. Auf der Grundlage dieser Konferenz und einer repräsentativen telefonischen Umfrage bei ca. 1000 Münsteraner Frauen zum Thema „Frauen, Gesundheit und Medikamente“ sind von einem Arbeitskreis der Gesundheitskonferenz Münster Handlungsempfehlungen erarbeitet worden. Diese schlagen konkrete Maßnahmen vor, um einen verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten zu fördern und angemessene Beratungs- und Therapieangebote für medikamentenabhängige Frauen zu entwickeln.

Vorausgegangen war ein Beschluss der Münsteraner Gesundheitskonferenz am 25. März 1998. Hier wurden die Weichen für die telefonische Befragung und die Ausarbeitung der Handlungsempfehlungen gestellt. Die Gesundheitskonferenz möchte die Öffentlichkeit auf das Thema aufmerksam machen. Aus ihrer Mitte bildete sich ein Arbeitskreis „Frauen und Medikamente“, in dem Vertreterinnen und Vertreter der Ärzte- und Apothekerschaft, von Weiterbildungseinrichtungen, Suchtprävention und städtischen Ämtern gemeinsam Handlungsempfehlungen erarbeitet haben, die am 13. April 1999 von der Gesundheitskonferenz verabschiedet wurden. Die Handlungsempfehlungen sind im Bericht abgedruckt.

Auf der interdisziplinären Konferenz kamen auch zwei VdPP-Kollegen zu Wort, deren Beiträge im Bericht abgedruckt sind: Gerd Glaeske und Dörte Meyer. Außerdem werden die Ergebnisse der telefonischen Befragung durch die Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes Dr. Dagmar Schwarte und Gudrun Henke vorgestellt. Weiterhin beschäftigt sich der Beitrag von Barbara Klute mit dem Thema „Primärprävention für Mädchen und Frauen: vorhanden und ausreichend?“ Der Bericht von Doris Latta aus Berlin erörtert die Möglichkeiten von „Beratung und Therapie am Beispiel der Informations- und Beratungsstelle „Frauen und Medikamente, Schwindel-Frei“ in Berlin. Der Bericht ist im Rahmen des Modellprojektes „Ortsnahe Koordination“ des Landes Nordrhein Westfalen entstanden.

# Bürgerorientierung des Gesundheitswesens

von Udo Puteanus

Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, mit Beiträgen von Bernhard Badura, Robert Francke, Winfried Göpfert u.a. Baden-Baden, 1999, Nomos-Verlag, 414 Seiten, 78,- DM.

Aufgabe des vorliegenden Gutachtens war es, ausgehend von einer Status-Quo-Analyse den Neuregelungsbedarf der Interessen von Bürgern, Versicherten und Patienten im Gesundheitswesen zu untersuchen und zwar mit besonderem Blick auf die Bedingungen des Landes Nordrhein-Westfalen. Beteiligt waren die Sozial- und Gesundheitswissenschaften, die Ökonomie, die Medizin, das Sozial und Privatrecht sowie ferner Medienwissenschaft und Informatik. Das Gutachten besteht aus drei Teilen, nämlich aus einer gemeinsamen zusammenfassenden Einführung, ausführlichen Teilgutachten der einzelnen Gutachter sowie gemeinsamen Handlungsempfehlungen. Das Gutachten wurde im Dezember 1997 abgeschlossen.

Inhaltsübersicht: Zusammenfassende Einführung in das Gesamtgutachten, sozialwissenschaftlicher Gutachtenteil, medizinisch-ärztlicher Gutachtenteil, rechtswissenschaftlicher Gutachtenteil, Patientenunterstützung in Deutschland, Gesundheitsinformation, die Rolle der Medien bei der Stärkung von Bürgern und

Patienten im Gesundheitswesen, die Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechniken zur Stärkung der Bürger als Verbraucher und Koproduzenten von Gesundheit: Charta der Patientenrechte; Information, Transparenz und Selbstbestimmung; Qualität, Sicherheit und Schutz; Beteiligung von Bürgern, Versicherten und Patienten.

Alles in allem werden eine Fülle von Informationen, Ideen, Gedanken zur Stärkung der Position der Verbraucher von Gesundheitsdienstleistungen geboten. Von besonderem Interesse dürften die Ausführungen des Rechtswissenschaftlers Dieter Hart und des Verwaltungswissenschaftlers Robert Francke, Universität Bremen, sein, die aus ihrer Sicht einige Aspekte des Arzneimittelrechts ansprechen. So werden nach rechtswissenschaftlicher Analyse die fehlenden Auskunftsrechte der Verbraucher über Arzneimittelrisiken angemahnt und mehr Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt gefordert. Eine solche Transparenz könnte bspw. durch die Errichtung einer Stiftung Gesundheitstest erreicht werden, die neben der Durchleuchtung des Arzneimittelmarktes auch andere Güter und Dienstleistungen zu bewerten hätte. Es wird ein neues Haftungsrecht im Arzneimittelbereich sowie die Teilnahme von Patienten- oder Kassenvertretern im Stufenplanverfahren gefordert, um auch dort ein „Akzeptanzelement“ zu integrieren.

Für alle, die sich um die Stärkung von Patientenrechten und Kompetenzen der Verbraucher von Gesundheitsdienstleistungen und -produkten interessieren, ist dieses Gutachten sicherlich eine wertvolle Hilfe und ein Steinbruch für Ideen, die es weiter zu verfolgen gilt.

## INTERNES Rechenschaftsbericht des VDPP-Vorstands

↳ Berichtszeitraum April 1998 bis Ende Mai 1999

### In Kürze:

- 7 Vorstandssitzungen
- 3 Seminare
- 2 Buchprojekte
- 2 Presseerklärungen
- 1 Teilnahme an Podiumsdiskussion
- 2 Teilnahme an Anhörungen
- 5 Rundbriefe

### Seminare:

Im Mai 98 fand in Berlin das Frauenseminar in Berlin statt. Das Thema lautete: Beschwerden in den Wechseljahren, Alternativen zur Hormontherapie. Im Zusammenhang mit der Berichterstattung siehe Rundbrief Nr. 45 / August 1998 ist ein Arbeitsblatt zur Osteoporose zum Einsatz in der Beratung erschienen.

Im Mai 99 fand ebenfalls in Berlin das diesjährige Frauenseminar mit dem Thema "Frauenspezifisches Gesundheitsverhalten" statt. Als Referentinnen konnten Fr. Prof. Dr. U. Marschewski-Schneider, Berlin und Fr. Prof. Dr. I. Vogt Frankfurt/ Main gewonnen werden. In der anschließenden Diskussion wurde noch einmal ausführlich über die Fragebogenaktion zu den

Wechseljahren gesprochen. Hierzu gibt es einen Antrag zur Mitgliederversammlung. Die Aktion soll im Herbst dieses Jahres starten.

Am 7.11.98 fand das traditionelle Herbstseminar in Hamburg statt. Ziel war es Leitlinien auszuarbeiten, mit deren Hilfe eine kritische Bewertung von Studien ermöglicht werden soll. Der Titel des Seminars lautete: Kritische Bewertung klinischer Studien, ein Kinderspiel für ApothekerInnen?! Als ReferentInnen führten Elisabeth Bronder, Isabella Sulger (Organisatorin mit T. Schulz), Dr. Ulrich Hagemann, Dr. Thomas Schulz in das Thema ein und leiteten an. Einzelheiten sind im Rundbrief Nr. 46 / Oktober 1998 nachzulesen.

Für das nächste Herbstseminar kommen als Themen in Frage:

- Klinische Pharmazie – Bindeglied zwischen Krankenhaus und öffentlicher Apotheke
- AM-Versorgung und neue Medien
- Positivliste auf dem EU-Markt
- Patientenbeteiligung in Zusammenarbeit mit einer Patientenorganisation

### Arbeitsgruppen:

1. die Gruppe "100 Jahre Frauenpharmaziestudium"
2. die Redaktion des Rundbriefes
3. Gruppe (zwei Personen!!!) "Programmdiskussion"

**ad 1)** Die Ausstellungsvorbereitungen zum Apothekertag in Leipzig liefen das Jahr hindurch. Dank des Engagements der einzelnen Gruppenmitglieder wird zum diesjährigen Apothekertag in Leipzig eine Ausstellung zu dem Thema 100 Jahre Frauenpharmaziestudium und eine begleitende Podiumsdiskussion stattfinden. Eine professionelle Designerin wurde engagiert.

**ad 2)** Die Redaktion des Rundbriefes ermöglichte wieder das Erscheinen der Beiträge und Dokumentationen, damit das Vereinsleben nicht einschläft. Ulf Thomas, Christa Augustin und Thomas Hammer gebührt unser Dank für die geleistete Arbeit! Der Vorstand hat beschlossen, zukünftig die Fertigstellung des Rundbriefes in professionelle Hände zu geben und ein Redaktionskollektiv einzurichten. Es soll ein LeserInnenbriefteil des Rundbriefes eingeführt und intensiv unterstützt werden zur Belebung der Diskussionskultur im VDPP für die Zeit zwischen den Mitgliederversammlungen.

**ad 3)** Regina Schumann und Katja Lorenz ist es gelungen nach zweijähriger hartnäckiger Arbeit des Einforderns und Erinnerns der einzelnen Mitglieder eine überarbeitete Fassung des Programms vorzulegen. Die Vorabinformation der VDPP-Mitglieder in Form eines Sonderrundbriefes lag vor und der Entwurf kann somit auf der MV diskutiert und evtl. verabschiedet werden.

### **Vorstandssitzungen**

Es fanden sieben Vorstandssitzungen in Kassel statt. Die verwaltungs-, organisations- und finanztechnischen Tätigkeiten wurde mit Hilfe der Geschäftsstelle in Hamburg, Gudrun Meiburg sei Dank, bewältigt.

Die Kontakte zu anderen Organisationen wie die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.(DGVP), Projekt transsexueller Arbeitskreise Schleswig-Holsteins, Fr. Steindor von Bündnis 90 / Die Grünen, Forum für kritische Sozial- und Gesundheitspolitik, Forum Leipzig, BUKO-Pharmakampagne, Fr. Ellen t´Hoen von Health Action International (HAI), Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen, VDÄÄ, Greenpeace, SPD AG Gesundheitswesen und ABDA Abtlg. Öffentlichkeitsarbeit.

### **Themenschwerpunkte der Vorstandsarbeit waren:**

- Teilnahme an der Anhörung zur achten AMG-Novelle mit inhaltlichen Schwerpunkten wie Verbot von AM-Versand, schärfere Bestrafung von Doping, Ausweitung des Begriffs der besonderen Therapierichtung. Den Vorstand vertrat J. Große.

- Am 7. Juni nahmen J. Große und Dr. T. Schulz an der Anhörung zur Gesundheitsreform 2000 in Bonn teil. Es waren sehr viel Gruppierungen vertreten, so dass der VDPP nur eine kurze Stellungnahme abgeben konnte. J. Große wird berichten.

- Es wurden alle regionalen Kontaktpersonen angeschrieben und um Stellungnahme zur Belebung der Regionalgruppenarbeit gebeten. Die meisten Verantwortlichen führten Gründe auf warum Sie nicht aktiv werden können. Es kam also hierüber erst gar nicht zur Diskussion zur konstruktiven Hilfestellung durch den Vorstand bzw. den VDPP. Regionale Treffen finden in Hamburg, Berlin und Südhessen statt.

- Für die technische Fertigstellung des Rundbriefes wurde ein neuer Betreuer (Layout, Konzeptvorschläge, Fertigstellung zum Druck) gesucht. Hr. Reinhold Weber aus Kassel hat Erfahrungen auf diesem Gebiet und wird ab Juli 99 diese Arbeit in Verbindung mit dem Redaktionskollektiv übernehmen. Hr. Weber wird auch einen Entwurf für Leporello und Briefpapier vorlegen.

- Es wird angestrebt, dass alle Vorstandsmitglieder über E-mail oder Fax in Verbindung stehen, damit ein kontinuierlicher kommunikativer Austausch möglich ist und somit auch Pressemitteilungen und Kontaktaufnahme zu anderer Organisationen möglich sind.

- J. Große nahm für den VDPP-Vorstand an dem Kongress für solidarische Gesundheitspolitik der Gesellschaft für kritische Sozial- und Gesundheitspolitik teil.

- Der Vorstand beschäftigte sich mit und unterstützte ein Leporello "Information zu den Wechseljahren aus Ihrer Apotheke". Die Umsetzung liegt in den Händen der Regionalgruppe Berlin. (Rundbrief Nr. 46 / Okt. 98)

- Der Vorstand gab folgende Presseerklärungen und Stellungnahmen ab:

- zur Änderung des Heilmittelwerbeengesetz.

- zum Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/ Die Grünen zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (Rundbrief Nr. 47/ Jan. 99).

- Offener Brief an die Novartis AG mit der Aufforderung die gentechnisch veränderte Maislinie zu stoppen.

- Beteiligung an der Kampagne "Kein Patent auf Leben" an das Europäische Patentamt in München.

- Leserbrief an PZ zum Thema Vertriebsweg Apotheke (PZ Nr. 42, 15.10.98).

- Leserbrief als Stellungnahme in der PZ zur Demokratisierung des Gesundheitswesens, bezugnehmend auf einen Artikel in der PZ "Ein großer Schritt zu Effizienz"

- Die jeweiligen Kassenberichte wurden von Udo Ament erstellt und auf den Vorstandssitzungen besprochen.

- An dem Apothekertag waren I. Sulger und M. Höckel für den Vorstand präsent und nahmen an Besprechung mit u.a. Forum Leipzig teil.

- Es fand eine heftige Diskussion um die Veröffentlichung eines Artikels zur RAF-Geschichte statt. Einzelne Mitglieder hatten sich beschwert und mit Austritt gedroht. Die Einrichtung eines Redaktionskollektiv wird in Erwägung gezogen und voraussichtlich auch umgesetzt.

- In Berlin wird ein Fest zu Ehren des sechzigsten Geburtstag von Ingeborg Simon ausgerichtet. Vielen Dank an R. Fritze-Kuchenbecker, die ÖTV und die Regionalgruppe Berlin für die Ausrichtung des schönen Festes. Das Grußwort hielt K. Lorenz für den Vorstand. An diesem Abend wird auch die Festschrift in Buchform zu Ehren des Geburtstagskindes überreicht. Der Titel Wechselwirkungen, Beiträge zu Pharmazie und Politik wurde vom VDPP und vielen Mitgliedern aktiv inhaltlich und arbeitstechnisch unterstützt. Das Buch erscheint im Mabuse-Verlag, Frankfurt/ Main.

- M. Höckel nahm für den VDPP-Vorstand an einer Podiumsdiskussion zur Zukunft der Pharmazie im Rahmen der Fachtagung des Bundesverbandes der Pharmaziestudierenden Deutschlands in Freiburg teil. Die Studierenden sind mit der momentane Studiensituation sehr unzufrieden und nehmen Hilfestellung und Unterstützung von praktizierenden KollegInnen dankbar an.

Von der diesjährigen Mitgliederversammlung verspricht sich der Vorstand neue Impulse und Aktivitäten für die nächsten Jahre. Die Programmdiskussion und angelegte Schwerpunkte zur Gesundheits- und Berufspolitik sollen dem VDPP und den Ideen seiner Mitglieder nach außen Geltung verschaffen. Das Werben neuer aktiver Mitglieder wäre zu wünschen und bei solider Arbeit möglich.

Hamburg, im Juni 1999

# Protokoll der Mitgliederversammlung des VDPP

## ➔ 19./20. Juni 1999 in Hamburg Rissen

Anwesenheitsliste beim Original.

26 Mitglieder und 3 Gäste waren angereist. Beginn 10 Uhr.

Die Versammlung wurde von dem Vorsitzenden Thomas Hammer eröffnet.

1. Thomas Schulz wurde für die Tagungsleitung und Gudrun Hahn für die Protokollführung einstimmig gewählt. Thomas Schulz stellte fest, dass zur Versammlung form- und fristgerecht eingeladen wurde.

2. Die Tagesordnung wurde mit geringfügigen Änderungen angenommen.

3. Das Protokoll der letzten MV wurde einstimmig genehmigt.

4. Neue Mitglieder: Der Mitgliedschaft von 3 neuen Mitgliedern wurde zugestimmt. Sie wurden herzlich willkommen geheißen. Die aktuelle Mitgliederzahl ist 135. Im letzten Jahr sind 9 Leute ausgetreten.

Die Versammlung wurde um 10.45 h für den Vortrag von Herrn Schmidbauer (SPD, MdB) unterbrochen und nach dem Mittagessen um 14.30 h fortgesetzt.

5. Der Rechenschaftsbericht des Vorstands wurde von Michael Höckel vorgetragen. (siehe Anhang)  
Auf Nachfrage wird dargestellt, dass die Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. (DGVP) FDP- und industrieorientiert ist. Sie wird u. a. von Frau Willms-Kegel mitgetragen.

6. Neue Gestaltung des Rundbriefs – Ein neues Konzept wurde von Reinhold Weber, Kassel, (Grafiker) vorgestellt. Das Erscheinungsbild soll so geändert werden, dass es vom Layout her ansprechender wird, da professioneller.  
Finanziell kommt auf den Verein nur eine geringe Mehrbelastung zu, wenn statt bisher 5-6 RB nur noch 4 RB erscheinen. Der Umfang eines Rundbriefes bleibt. Der Druck wird ein Digitaldruck in schwarz-weiß sein. Zwischenüberschriften und Klinker sind geplant. (wichtige Aussagen aus dem Text werden noch mal hervorgehoben) Die Texte werden vermehrt durch Bilder ergänzt. Die Fotos sollten mit einer guten Kamera gemacht werden. Eine Handreichung für zukünftige Autoren wird erarbeitet.

Der Produktionszeitraum wird 1 Woche betragen, manchmal 2 Wochen. Der Umschlag wird neu gestaltet mit Fotos und Angabe der Schwerpunktthemen. Eine farbige Frontseite würde die Kosten um 20 - 25 % erhöhen. Das ist deshalb nicht vorgesehen. Auf der 1. Innenseite stehen die Grundsätze des Vereins und das Inhaltsverzeichnis. Entwürfe für die Umschlagsseiten lagen vor. Dabei fiel auf, dass wir noch immer kein Logo haben. Die Diskussion darüber wurde vertagt. Das neue Konzept stieß allgemein auf Zustimmung.

Die MV dankte Ulf Thomas, Christa Augustin und Thomas Hammer für die bisher geleistete Arbeit.

### Zu den Inhalten:

Gegen den Artikel über die RAF von Udo Ament in einem der letzten Rundbriefe hatte ein Mitglied heftigen Einspruch eingelegt. Es meinte, dass dieses Thema nicht in den Rundbrief gehöre und außerdem schlecht für die Außendarstellung sei. Es wurde bedauert, dass das Mitglied die Bedenken nicht in Form eines Leserbriefs äußerte. Somit konnte die Diskussion nicht öffentlich geführt werden.

Es entspann sich eine Diskussion darüber, ob solche politischen Artikel weiterhin erscheinen sollen und wer darüber entscheidet. Fazit: Es ist nicht Aufgabe des Rundbriefkollektivs, darüber zu entscheiden, ob Artikel politisch genehm sind, da dieses Gremium ohne Legitimation durch die Satzung ist. Ein Thema soll nicht deshalb nicht gedruckt werden, weil es kontrovers ist. Alle Themen sind zulässig. Eventuell können Themenbereiche optisch abgegrenzt werden oder eine Rubrik "zur Diskussion gestellt" eingeführt werden. Politische Themen sind das Salz in der Suppe. In Zweifelsfällen entscheidet das Redaktionskollektiv in Absprache mit dem Vorstand.

### 7. Programmfortschreibung

Die Vorlage wurde während der letzten 2 Jahre von Katja Lorenz und Regina Schumann bearbeitet. Als Sonderrundbrief ging der Entwurf an alle Mitglieder. Ulf Thomas wurde dafür gedankt, dass er das Programm auf die Homepage des VDPP brachte.

Ziel der Veränderung ist, das Programm einerseits besser lesbar zu machen. Andererseits gab es neue inhaltliche Aspekte oder Themen waren in der vorliegenden Fassung nicht mehr zeitgemäß.

Die Vorlage wurde kapitelweise diskutiert.

Die Änderungen wurden von Katja Lorenz protokolliert. In diesem Protokoll erscheinen nur die Punkte, die strittig waren und über die deshalb abgestimmt wurde. Außerdem die Punkte,

bei denen es um die allgemeine Ausrichtung des VDPPs ging. Aus den diskutierten Veränderungen machen Katja und Regina eine neue Vorlage. Diese erscheint in einem der nächsten Rundbriefe. Innerhalb von 4 Wochen haben dann alle Mitglieder die Möglichkeit Änderungsvorschläge einzubringen. Bei Einspruch entscheidet der Vorstand über weitere Veränderungen.

#### *Apotheke von heute:*

Die Veränderung "Langfristig fordern wir jedoch ein uneingeschränktes Verbot der Laienwerbung." wurde mit 11 Stimmen angenommen, 10 Gegenstimmen, 2 Enthaltungen.

#### *Apotheke der Zukunft*

Es muss geklärt werden, wie zur Zeit die Preisgestaltung in den Niederlanden ist.

#### *Krankenhauspharmazie*

Eine Mehrheit stimmte für die Streichung des Absatzes zur Eigenherstellung im Krankenhaus.

Das Thema "Klinische Pharmazie" wird ein neues Thema werden. Michael Höckel wird den Beitrag schreiben. Dabei sollte die Krankenhauspharmazie mit reflektiert werden.

#### *Struktur und Politik der Standesgremien*

Der Änderungsvorschlag von Ingeborg wurde mehrheitlich angenommen.

#### *Gesundheit und Politik – Wechselwirkung*

Hier soll ein Hinweis auf die Ottawa Charta eingearbeitet werden.

#### *Frauen und Pharmazie*

Der Änderungsvorschlag "Ein konkreter Beitrag des VDPP ist, dass zu allen Veranstaltungen Möglichkeiten der Kinderbetreuung angeboten werden" wurde mit 12 Stimmen abgelehnt, 7 stimmten dafür, 4 Enthaltungen.

#### *Arzneimittelversorgung in der 3. Welt*

Es wird nach einem zeitgemäßen Ausdruck für 3. Welt gesucht.

#### *Ökologie und Umweltschutz*

Das Thema Kernenergie wird diesem Punkt zugeordnet.

#### *Friedensarbeit*

Der Krieg im Kosovo machte diesen Punkt besonders aktuell. Obwohl im alten Programm eine deutliche Stellungnahme gegen Krieg enthalten ist, konnte sich der Vorstand zu Beginn des Krieges nicht auf einen offenen Brief an Minister Scharping einigen. (siehe letzten Rundbrief.) Thomas Hammer stellte die provozierende Frage, ob die Mehrheit des Vereins wirklich hinter der Aussage des alten Programms steht. Nach längerer Diskussion wurde das Thema auf den nächsten Tag verschoben.

Die Sitzung wurde um 18.30 h unterbrochen. Beginn Sonntag 10.00h.

#### *Friedensarbeit (Fortsetzung der Diskussion)*

Der Änderungsvorschlag von Ingeborg wurde einstimmig angenommen

Das Programm wird „so wie es diskutiert wurde“ bei einer Enthaltung mit 17 Stimmen angenommen.

Die Versammlung dankt der Hamburger Gruppe für die Organisation des rauschenden Festes und für die Auswahl eines sehr guten Tagungsortes.

Am Sonntag war Thomas Isenburg von der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände (AGV) anwesend.

## **8. Mitgliederwerbung**

Michael Höckel appelliert an alle, die Mitgliederwerbung gemeinsam anzugehen.

Isabella regt an, die Kontaktpersonen mit einer Materialmappe (Info und Werbematerial) zu versorgen und ihnen somit die Arbeit zu erleichtern. Z.B. könnten die Regionalgruppen Referenten einladen. Die Regionalpersonen wurden vor kurzem vom Vorstand zwecks Aktivierung angeschrieben.

Aus der Chronik des Buches Wechselwirkung kann leicht eine kurze Darstellung der Gesundheitspolitik des VDPPs in den letzten 10 Jahren erstellt werden. Dieses soll der Vorstand machen. Der VDPP wirkt auf Veranstaltungen für Neulinge wie eine geschlossene Gesellschaft.

Im Rahmen eines Tutorenmodells könnten VDPPler aktiv auf die Newcomer zugehen.

Möglichkeiten den Verein bekannt und attraktiv zu machen: Zu aktuellen Themen Stellung nehmen in der Fachpresse.

Auf dem Apothekertag präsent sein.

Die Homepage überarbeiten, den VDPP in Suchmaschinen einbinden. R. Weber wird voraussichtlich die Homepage betreuen. Kontakt zu Fachschaften pflegen und nach Möglichkeiten suchen, im Zusammenhang mit dem Praktikantenunterricht den Verein vorzustellen.

#### *Öffentlichkeitsarbeit:*

Christiane wird in Zukunft für diese Arbeit bezahlt, z.B. pro Pressemitteilung. Im Jahr werden dafür max. 10 000 DM zur Verfügung gestellt. Der Vorstand regelt die Details.

Dieser Vorschlag wurde mehrheitlich angenommen bei 3 Enthaltungen.

## **9. Kassenbericht von Udo Ament (siehe Anlage)**

96/97 gab es eine Austrittswelle, deshalb hat der Verein ca. 4000 DM weniger Einnahmen. Dieses wirkt sich auf grund von verspäteten Beitragszahlungen erst jetzt aus.

Udo Ament ermahnt alle, beim Bewilligung von Geldern sauber zu kalkulieren.

41 Mitglieder haben Geld für Bücher gespendet. (1999)

### **a. Bericht der Rechnungsprüfer**

Bernd Rehberg und Gudrun Hahn haben am 11. 5. 1999 die Bücher geprüft. Wie immer war die Buchführung von Gudrun Meiburg in Zusammenarbeit mit Udo Ament fehlerlos und vorbildlichst geführt. Die MV dankt den beiden dafür.

Es gab inhaltliche Nachfragen, die geklärt wurden: Der VDPP hat ein Förderabo beim Forum Leipzig, des weiteren sind wir Mitglied im Forum für kritische Gesundheits- und Sozialpolitik.

## **10. Entlastung des Vorstands**

Der Antrag wird mit 15 Stimmen angenommen bei 6 Enthaltungen.

## **11. Neuwahlen**

Jürgen Große übernimmt für diesen Tagesordnungspunkt die Leitung.

Alle Vorgeschlagenen waren bereit zu kandidieren.

zum Wahlergebnis >

## Ergebnis der Wahl:

Udo Ament	18
Christiane Hefendehl	18
Michael Höckel	20
Katja Lorenz	19
Thomas Schulz	21
Isabella Sulger	17 Stimmen

Alle nahmen die Wahl an.

Wahl der Rechnungsprüfer: Gudrun Hahn und Bernd Rehberg wurden bei 1 Enthaltung wieder gewählt.

Bernd gibt allen Anwesenden einen Beratungsordner der ERFA-Gruppe.

## 12. Zukünftige Arbeitsschwerpunkte

Herbstseminar: Nov 99, Vorschläge:

- Klinische Pharmazie - Bindeglied zwischen Krankenhaus und öffentlicher Apotheke
- AM-Versorgung und neue Medien
- Positivliste auf dem EU-Markt
- PatientInnenbeteiligung (in Zusammenarbeit mit einer PatientInnen-Organisation)

Zum Thema PatientInnenbeteiligung gab es die konkretesten Vorstellungen:

T. Isenburg (AGV): Die Verbraucherverbände schützen Verbraucher nur abstrakt. Wie kann die Qualität von Beratungsgesprächen in der Apotheke verbessert werden?

U. Puteanus: Eine unabhängige Infostelle über AM ist geplant. Der VDPP muss sich damit beschäftigen und eventuell das Vorhaben unterstützen.

*Abstimmung:*

PatientInnenbeteiligung: 13 für das Thema, 6 Enthaltungen. Udo Puteanus erklärt sich bereit (nur) die inhaltlich Vorbereitung zu übernehmen. Das Seminar wird voraussichtlich in Berlin stattfinden. Um den Tagungsort und Unterkunft kümmert sich die AGV. Geschätzte Teilnehmerzahl: ca. 50 (1/2 VDPP, 1/2 AGV).

Geplant ist der 6. Nov 99. Falls es Schwierigkeiten mit dem Tagungsort Berlin gibt, wird Hamburg wieder die technische Organisation übernehmen.

Ausstellung zum Anlass: Zulassung der Frauen zum Pharmazie-, Medizin- und Zahnmedizinstudium vor 100 Jahren. Gudrun Hahn berichtete: Die Ausstellung wird auf dem Apothekertag in Leipzig Ende September 99 zu sehen sein. Zur Zeit arbeiten mit: Gabi Beisswanger, Ildikó Szász, Evelyn Seibert, Christl Trischler und Gudrun Hahn. Es sind 14 Tafeln geplant. Eine Grafikerin übernimmt die Gestaltung der Tafeln. Dafür hatte der Vorstand im Frühjahr 3500 DM bewilligt. Die ersten Entwürfe der Grafikerin lagen vor. Von der ABDA gibt es die Zusage, dass wir im Foyer ausstellen dürfen und dass die Stellwände gestellt werden. Im Sonderrundbrief erschien ein Spendenaufruf für diese Ausstellung. Am Samstagabend ist in Leipzig eine Diskussionsveranstaltung für Frauen geplant. Wenn die Zeit reicht, ist auch ein kleiner Ausstellungskatalog geplant.

Auswertung der Fragebögen zu dem Thema "Wechseljahre". Regina Schumann, Berlin berichtete: 5000 Informationsbroschüren mit Fragebogen mit dem Namen der Regionalgruppe Berlin wurden letztes Jahr gedruckt. Druckkosten 500 DM, Portokosten: 500 DM.

Das Layout wurde professionell erstellt. Ausgelegt wird der Fragebogen bei Selbsthilfeorganisationen, dem FFGZ, z.T. bei der AOK in Apotheken und anderen entsprechenden Orten. Gesammelt werden die Antworten entweder in der Geschäftsstelle oder dem FFGZ. Die Auswertung erfolgt durch Elisabeth Bronder. Mit der Finanzierung der Auswertung erwerben wir die Rechte an den Ergebnissen. Für die Auswertung werden 2000 DM Projektgeld beantragt.

Apothekertag: Delegierte, die dem VDPP angehören, werden gebeten sich beim VDPP zu melden, um gemeinsam Anträge stellen zu können.

Die Frauen-Ausstellung sollte in der Hauptversammlung eingebracht werden.

Nächstes Frauenseminar:

Thema: Geschlechtsspezifische Kommunikation. Es wird in Berlin am 6. oder 13. Mai stattfinden.

Nächste MV:

Es gab eine deutliche Mehrheit dafür, die MV wieder im Juni abzuhalten.

Wegen des späten Osterfestes 2000, entschied man sich dann aber doch, die MV im April abzuhalten. (6 dafür, 5 dagegen, 6 Enthaltungen) – Termin: 8/9 April in Hessen

## 13. Anträge

Die Regionalgruppe Berlin erhält 2000 DM für die Auswertung der Fragebögen zum Thema Wechseljahre. Bei 3 Enthaltungen wurde der Antrag einstimmig angenommen.

Für die Frauenausstellung wurden insgesamt 6500 DM bewilligt. Einstimmige Annahme.

Der Vorstands-Antrag zum Rundbrief (siehe Anhang) wurde bei 3 Enthaltungen einstimmig angenommen.

Die Zusammenarbeit mit der Ökobank gestaltet sich schwierig. Es gibt keine monatlichen Abrechnung und die Jahresabrechnung ist wenig brauchbar. Vor diesem Hintergrund stellt Jürgen Große folgenden Antrag: "Der Vorstand hat die Vollmacht, das Kundenverhältnis des VDPP zur Ökobank zu kündigen, falls sich die Beziehungen zur Ökobank aus seiner Sicht nicht verbessern lassen". 1 contra, 1 Enthaltung, alle anderen pro.

Honorar für Rundbriefartikel: Diese Entscheidung war auf ein Jahr befristet.

Antrag Udo Puteanus: "Der VDPP beschließt, dass für Artikel für den VDPP-RB ein Honorar bezahlt werden kann, wenn der Vorstand dies befürwortet. Der Vorstand beschließt die Höhe des Honorars. Der Gesamtbetrag für Honorare darf im Jahr 2500 DM nicht überschreiten." Mit 12 Pro-Stimmen angenommen, 5 contra, 3 Enthaltungen.

## 14. Finanzplan

Er wurde von Udo Ament vorgetragen. Änderungen ergaben sich auf grund der Diskussionen während der MV. Siehe Anlage. Der Plan wurde mit 19 Stimmen angenommen, 1 Gegenstimme.

## 15. Verschiedenes

Die Anwesenden sind damit einverstanden, dass ihre Adressen allen MV-Teilnehmern weitergegeben werden.

Ende 13.07

**Protokollantin: Gudrun Hahn**  
**Tagungsleiter: Thomas Schulz**

TEIL 1): VERGLEICH MIT VORJAHR (DEM)

16.06.1999

	1998 DEM	1997 DEM	Index (1997 = 100)
<b>Einnahmen:</b>			
Beiträge	22 797.50	27 114.50	84.0
Spenden	38.30	218.00	17.6
Zinsen	257.38	270.67	95.1
Verkauf Rundbrief (Abos)	300.00	180.00	166.7
<b>Summe Einnahmen</b>	<b>23 393.18</b>	<b>27 783.17</b>	<b>84.2</b>
<b>Ausgaben:</b>			
Mitgliederversammlung	1 095.00	2 352.40	46.5
Seminare	4 073.17	3 223.26	126.4
davon Frauenseminar	1 508.68	35.80	
Herbstseminar	2 564.49	3 187.46	
Projekte:	0.00	0.00	( 0.0)
davon Ausstellung	0.00	0.00	0.0
Netzwerk	0.00	0.00	0.0
10jähriges Jubiläum	0.00	0.00	0.0
Who's Who			
Spenden	2 160.00	1 740.00	124.1
öffentlichkeitsarbeit	1 150.00	0.00	0.0
Vorstand	1 623.00	985.40	164.7
Rundbrief	8 069.52	9 110.58	88.6
davon Red. Honorare	1 958.40	2 448.00	( 80.0)
Druck	3 307.87	4 869.08	( 67.9)
Versand	2 803.25	1 793.00	(156.3)
Geschäftsstelle	6 651.30	7 348.03	90.5
davon Personalkosten	4 896.00	5 140.80	(95.3)
davon Kommunikation:			
Telekom	954.43	1 020.15	(93.6)
Porto	135.10	370.00	(36.5)
Sonstige Kom.	590.77	795.85	(74.2)
davon allgem. Kosten	75.00	21.23	(353.3)
Regionallgruppen	0.00	0.00	0.0
Verschiedenes	456.60	346.10	131.9
<b>Summe Ausgaben</b>	<b>25 278.59</b>	<b>25 105.77</b>	<b>100.7</b>
<b>Vermögensentwicklung:</b>		<b>Vermögensaufteilung:</b>	
Einnahmen 1998	23 393.18	Vermögen 31.12.1998	35 352.94
Ausgaben 1998	25 278.59	davon Kasse	62.42
Defizit	1 885.41	Post giro	20 830.85
Vermögen 01.01.1998	37 238.35	Ökobank Festgeld 1	10 933.13
Vermögen 31.12.1998	35 352.94	Ökobank Festgeld 2	5 486.54
		Ökobank Anteil	100.00
		Rückstellungen	2 060.40-

# Finanzbericht 1998

von Udo Ament

TEIL 2): VERGLEICH MIT PLAN (DEM)

16.06.1999

	Ist (DEM)	Plan (DEM)	Index (Plan = 100)
<b>Einnahmen:</b>			
Beiträge	22 797.50	27 000.00	84.4
Spenden	38.30	490.00	7.8
Zinsen	257.38	270.00	95.3
Verkauf Rundbrief (Abos)	300.00	240.00	125.0
<b>Summe Einnahmen</b>	<b>23 393.18</b>	<b>28 000.00</b>	<b>83.6</b>
<b>Ausgaben:</b>			
Mitgliederversammlung	1 095.00	2 000.00	54.7
Seminare	4 073.17	6 000.00	67.9
Projekte:	0.00	6 000.00	( 0.0)
davon Ausstellung	0.00	1 000.00	0.0
Netzwerk	0.00	1 000.00	0.0
10jähriges Jubiläum	0.00	4 000.00	0.0
Spenden	2 160.00	2 500.00	86.4
öffentlichkeitsarbeit	1 150.00	10 000.00	11.5
Vorstand	1 623.00	1 500.00	108.2
Rundbrief	8 069.52	10 000.00	80.7
davon Red. Honorare	1 958.40	2 950.00	( 66.4)
Druck	3 307.87	4 800.00	( 68.9)
Versand	2 803.25	2 250.00	(124.6)
Geschäftsstelle	6 651.30	8 000.00	83.1
davon Personalkosten	4 896.00	5 200.00	(94.2)
davon Kommunikation:			
Telekom	954.43	1 200.00	(79.5)
Porto	135.10	400.00	(33.8)
Sonstige Kom.	590.77	800.00	(73.8)
davon allgem. Kosten	75.00	400.00	(18.7)
Regionallgruppen	0.00	500.00	0.0
Verschiedenes	456.60	500.00	91.3
<b>Summe Ausgaben</b>	<b>25 278.59</b>	<b>47 000.00</b>	<b>53.8</b>

	Plan 1999		Plan 1998		Ist 1998	
	DEM	EUR	DEM	Index	DEM	Index
<b>Einnahmen:</b>						
Beiträge	24 000.00	12 271.00	27 000.00	88.8	22 797.50	105.3
Spenden	550.00	281.21	490.00	112.2	38.30	1436.0
Zinsen	270.00	138.05	270.00	100.0	257.38	104.9
Verkauf Rundbrief (Abos)	180.00	92.03	240.00	72.7	300.00	133.3
<b>Summe</b>	<b>25 000.00</b>	<b>12 782.30</b>	<b>28 000.00</b>	<b>89.3</b>	<b>23 393.18</b>	<b>106.9</b>
<b>Ausgaben:</b>						
Mitgliederversammlung	4 000.00	2 045.17	2 000.00	200.0	1 095.00	365.3
Seminare	5 000.00	2 556.46	6 000.00	83.3	4 073.17	122.8
Projekte	12 500.00	6 391.15	6 000.00	208.3	0.00	
davon Netzwerk	( 0.00)	( 0.00)	(1 000.00)	0.0	( 0.00)	
Ausstellung	(6 500.00)	(3 323.40)	(1 000.00)	650.0	( 0.00)	
Festschrift	(4 000.00)	(2 045.17)	(4 000.00)	100.0	( 0.00)	
Hormonstudie	(2 000.00)	(1 022.58)				
Spenden	2 500.00	1 278.23	2 500.00	80.0	2 160.00	92.6
Öffentlichkeitsarbeit	10 000.00	5 112.92	10 000.00	100.0	1 150.00	869.6
Vorstand	1 500.00	766.94	1 500.00	100.0	1 623.40	92.4
Rundbrief	13 000.00	6 646.79	10 000.00	130.0	8 069.52	161.1
davon Red. Honorare	(4 900.00)	(2 505.33)	(2 950.00)	166.1	(1 958.40)	250.2
Druck	(3 800.00)	(1 942.90)	(4 800.00)	79.2	(3 307.87)	114.9
Versand	(1 800.00)	( 920.33)	(2 250.00)	80.0	(2 803.25)	64.2
Autoren honorare	(2 500.00)	(1 278.23)	( 0.00)		( 0.00)	
Geschäftsstelle	9 000.00	4 601.62	8 000.00	112.5	6 651.30	135.3
davon Personalkosten	(7 000.00)	(3 579.04)	(5 200.00)	134.6	(4 896.00)	143.0
Kommunikation:						
Telefon	( 600.00)	( 306.77)	(1 200.00)	50.0	( 953.43)	62.9
Porto	( 400.00)	( 204.52)	( 400.00)	75.0	( 135.10)	296.8
Sonstige Kom.	( 600.00)	( 306.77)	( 800.00)	80.0	( 590.77)	101.6
Allgem. Kosten	( 400.00)	( 204.52)	( 400.00)	100.0	( 75.00)	533.3
Regionalgruppen	500.00	255.65	500.00	100.0	0.00	
Verschiedenes	500.00	255.65	500.00	100.0	456.00	109.6
<b>Summe:</b>	<b>58 500.00</b>	<b>29 910.58</b>	<b>47 000.00</b>	<b>124.5</b>	<b>25 278.59</b>	<b>231.4</b>

Index 1): Verhältnis der Planzahlen 1999 zu den Planzahlen 1998 (1998 = 100%)

Index 2): Verhältnis der Planzahlen 1999 zu den Ist-Zahlen 1998 (1998 = 100%)

# VDP-Vorstandstreffen vom 13. bis 14. Februar 1999 in Kassel

**Anwesende:** Jürgen Große, Thomas Hammer, Michael Höckel, Katja Lorenz, Isabella Sulger

**Entschuldigt:** Udo Ament

**Ort:** Parkstr. 47, 34119 Kassel, bei Michael Höckel

## 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. Berichte aus den Regionen
8. Programmfortschreibung
9. Mitgliederversammlung
10. Herbstseminar 1999
11. Gesundheitsreform
12. Ausstellung
13. Rundbrief
14. Öffentlichkeitsarbeit
15. Verschiedenes

**Beginn: 16.00 Uhr**

### TOP 1 Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn

Katja Lorenz wird einstimmig zur Versammlungsleiterin gewählt, Isabella Sulger zur Protokollführerin.

### TOP 2 Genehmigung der Tagesordnung

Der TOP 13 (Rundbrief) wird Sonntag um 10 Uhr aufgerufen, da der Grafiker Reinhold Weber zu diesem Zeitpunkt zu uns stößt. Ansonsten wird die Tagesordnung angenommen.

### TOP 3 Protokoll des letzten Vorstandstreffens

Das Protokoll wird mit geringfügigen Änderungen angenommen.

### TOP 4 Beschlusskontrolle

Die Beschlüsse wurden weitgehend umgesetzt. *Jürgen Große kümmert sich um die Darstellung des VdPP im Pharmazeutenkalendar (TOP 4). Katja Lorenz muss sich noch nach dem anderen „VdPP“ (PsychologInnen) erkundigen (TOP 4).* Katja Lorenz hat die Gesundheitsministerin Fischer angeschrieben. Ein weiterer Kontakt erfolgt über einen ihrer Mitarbeiter. Michael Höckel bemühte sich um Dreßler als Festredner, der aber abgesagt hat. (TOP 9 Mitgliederversammlung). Der Fragebogen zur Hormontherapie in den Wechseljahren wurde noch einmal von der Regionalgruppe Berlin überarbeitet und in seiner jetzigen Form vom Vorstand als gut erachtet. *Katja Lorenz kümmert sich darum, dass der überarbeitete Fragebogen im Rundbrief veröffentlicht wird. Jedes Mitglied erhält 5 Fragebögen. Der Druck des Fragebogens wird vom VdPP mit 2000 DM finanziert (TOP 12).*

### TOP 5 Bericht aus der Geschäftsstelle

Ein Mitglied ist ausgetreten, das in den Ruhestand gegangen ist. Die Mitgliederversammlung des Forum Leipzig findet am 27.2. 1999 in Kassel statt. Dort wird das Programm diskutiert

und der Vorstand gewählt. Die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. wollen Kontakt zu uns aufnehmen. *Michael Höckel antwortet ihnen und will eine Einladung zum Frauenseminar mitschicken.* Julia Genzsheimer hat sich an uns gewendet, ob wir ihren Auslandsaufenthalt während des Praktischen Jahres unterstützen könnten oder entsprechende Stiftungen kennen würden. *Katja Lorenz antwortet ihr.* Weiterhin erhielten wir den neuen Apokalyptus, ein Schreiben des Verbandes der deutschen Pharmazeuten, *worum sich Jürgen Große kümmert*, sowie die Festschrift für Ingeborg Simon.

### TOP 6 Kassenbericht

Der Vorstand lobt Udo Aments vorzüglichen Finanzbericht, den er an alle verschickt hat. Laut Udo sollte der Verein die Ökobank wechseln.

### TOP 7 Bericht aus den Regionen

Die Hamburger Regionalgruppe trifft sich regelmäßig. In Berlin wird am Fragebogen zu den Wechseljahren gearbeitet. Katja Lorenz berichtet über die Planung des Festes für Ingeborg Simon. In der Regionalgruppe sind zwei Neue. Aus Hessen liegt kein Bericht vor.

### TOP 8 Programmfortschreibung

Katja Lorenz und Regina Schumann haben das Programm größtenteils überarbeitet. Katja legt den überarbeiteten Vorentwurf dem Vorstand zur Begutachtung vor. Die Teile „Europäische Union“ (Jürgen Große), „Apotheke der Zukunft“ (Michael Höckel) sowie Geschichte der Pharmazie (Ildikó Szász) stehen noch aus. *Eine Überarbeitung des Entwurfs und die noch ausstehenden Teile sollen bis zum 28. Februar an Katja geschickt werden!*

### TOP 9 Mitgliederversammlung

Die MV findet am 19. - 20. Juni im neu renovierten evangelischen Zentrum Rissen in Hamburg statt, wo wir unser zehnjähriges Bestehen feiern. *Ohne Übernachtung entstehen Kosten von 100 DM, Übernachten im Doppelzimmer kostet 200 DM, im Einzelzimmer 250 DM. Studierende und Arbeitslose bezahlen die Hälfte. Kinderbetreuung wird bei Bedarf am Samstag von 9 bis 22 Uhr und am Sonntag von 9 bis 13 Uhr angeboten. Dafür werden vom Verein 340 DM bereitgestellt. Um die Organisation kümmert sich die Hamburger Regionalgruppe.*

Bisher wurde noch kein(e) ReferentIn für den Festvortrag gefunden. Michael Höckel hat am 7. Januar an den sozialpolitischen Sprecher der SPD Dreßler geschrieben und am 1. Februar eine Absage erhalten. *Er wendet sich noch mal an das Büro von Dreßler und fragt nach Ersatz an.* Katja Lorenz hat von der Gesundheitsministerin Fischer noch keine Rückmeldung, *bleibt aber weiter am Ball* (siehe TOP 4 Beschlusskontrolle). *Weiterhin nimmt sie Kontakt zu Frau Göring-Eckardt, der Gesundheitspolitischen Sprecherin der Fraktion der Grünen auf. Isabella Sulger ruft den Gesundheitswissenschaftler Rolf Rosenbrock, der in der Festschrift ein Kapitel zu dem Thema „Von der Therapie zur Prävention“ geschrieben hat, an.*

**Ende: 20 Uhr**

### Sonntag: Beginn 10 Uhr

TOP 13 Rundbrief wird vorgezogen

Der Vorstand arbeitet an einem neuen Erscheinungsbild des Rundbriefes. In diesem Zusammenhang wurde der Grafiker Reinhold Weber eingeladen. Er erarbeitet für den Vorstand zwei

Layout-Entwürfe. Reinold Weber veranschlagt Kosten von 1200 DM plus 7 % Mehrwertsteuer pro Ausgabe für seine Arbeit. Für den Verein entstehen Mehrkosten von 2300 DM pro Jahr.

*Der Vorstand beschließt die Neugestaltung des Rundbriefes, wofür Mehrkosten von 2300 DM anfallen. Das neue Layout wird zur MV vorgestellt. Von einer positiveren Gestaltung erhoffen wir uns eine Neubelebung und einen Motivationsschub im Verein. Die Vorbereitung der Diskussion über eine Veränderung der Redaktionsarbeit und ein neues Redaktionskollektiv für die MV führen wir während der nächste Vorstandssitzung. Bis zur MV erscheinen noch ein bis zwei Rundbriefe, wovon einer das überarbeitete Programm (vgl. TOP 9) enthält. Thomas Hammer informiert Ulf Thomas über unseren Beschluss.*

#### **TOP 9 Mitgliederversammlung wird wieder aufgerufen**

Die Einladung zur MV wird Mitte April verschickt, eine Rückmeldung soll bis zum 15. Mai erfolgen. Im nächsten Rundbrief wird die MV angekündigt. Um das Abendvergnügen kümmert sich die Regionalgruppe Hamburg. Zur MV erscheint Mitte Mai ein Sonderrundbrief mit den Programmänderungen und Tischvorlagen. Der Vorstand muss folgende Tischvorlagen für die MV erarbeiten: den Rechenschaftsbericht (Michael Höckel), den Finanzplan (Udo Ament), Vorstellungen zur Neugestaltung des Rundbriefes und ein neues Modell für ein Redaktionskollektiv, Neustrukturierung der Regionalbeauftragten, Mitgliederwerbung, die Zentrierung der Vorstandsarbeit auf den Apothekertag, die neuen Arbeitsschwerpunkte sowie einen Vorschlag für das Thema des Herbstseminars. Weiterhin muss ein neuer Vorstand gewählt werden, Sitzungsleitung und Protokollführung werden im Vorfeld angefragt.

#### **TOP 10 Herbstseminar**

Alle Vorstandsmitglieder machen sich Gedanken zu Themenvorschlägen. Michael Höckel schlägt das Thema „Klinische Pharmazie, ein Bindeglied zwischen Krankenhaus und Offizin“ vor. Es könnten zum Beispiel um die klinische Medikation gehen und wie sie ambulant weiter durchgeführt wird.

#### **TOP 11 Gesundheitsreform**

Jürgen Große verschickt für alle außer Michael die Ergebnisse der Klausurtagung Bündnis 90/ die Grünen zur Gesundheitsreform 2000.

#### **TOP 12 Ausstellung**

Die Texte für die Ausstellung sind noch nicht fertig. Von der ABDA gab es wegen des Raumes noch immer keine Rückmeldung. Dies sollte aber nach Meinung des Vorstandes unabhängig vom Gelingen der Ausstellung sein. Es muss ein alternativer Ort gefunden werden, z.B. während des Apothekertages in Leipzig oder zur Wiedereröffnung des Apothekenmuseums in Heidelberg oder in einer der Landeskammern. Wichtig ist, wie es jetzt weiter geht. *Michael Höckel spricht mit Ildikó Szász.*

#### **TOP 14 Öffentlichkeitsarbeit**

Bei der letzten MV wurde beschlossen, dass der Vorstand eine Strategie zur Mitgliederwerbung entwickeln soll. Ein anderes Anliegen ist, Vereinsmitglieder zu aktivieren, von denen wir im Moment nichts hören. Auf Michael Höckels Anfrage an die Regionalbeauftragten hat sich bisher Franz Kirchner aus Korbach gemeldet, der aber aufgrund seiner Situation in der Apotheke nicht tätig werden kann. Regina Schumann kümmert sich um

die Berliner Mitglieder (siehe Top 7 Bericht aus den Regionen). *Adressen und Telefonnummern der Regionalbeauftragten müssen überprüft werden und in jedem Rundbrief erscheinen. Der Vorstand kümmert sich weiterhin um die Aktivierung der Regionalgruppen und setzt diesen Punkt auf die Tagesordnung der MV. Für die RegionalvertreterInnen soll eine Mappe mit beispielsweise Satzung, Einladungsvordruck, Werbematerial, etc. erarbeitet werden. Isabella Sulger ruft die Regionalbeauftragte Michaela Raasch in Bayern an. Wenn die Regionalgruppen gute ReferentInnen einladen, könnten Einladungen dazu auch über die Kammerrundschreiben versandt werden. Das Frauenseminar wird in den Zeitschriften Clio und Weiblick angekündigt. Die Homepage und deren Links sollen regelmäßig aktualisiert werden.*

Eine weitere Gelegenheit für uns aktiv zu werden ist das Fest für Ingeborg Simon. *Isabella Sulger hält ein Grußwort für den Vorstand, wo sie einfließen lässt, dass Ingeborgs Engagement auf jüngere KollegInnen übergeht. Die Festschrift für Ingeborg soll an alle Mitglieder versendet werden mit einem motivierendem Anschreiben des Vorstandes, das Isabella Sulger verfasst. Es enthält die Bitte um eine Spende von 30 DM, die Erinnerung an unser 10 jähriges Bestehen, das große Wissenspotential des Vereines und das Ingeborgs Schwung und Durchhaltevermögen auf uns übergeht. Eine weitere Möglichkeit jüngere PharmazeutInnen zu gewinnen, sehen wir im überarbeiteten Programm, das auch weitergegeben werden soll.*

Während des Apothekertages in Leipzig wird ein VDPP-Treffen, eventuell auch mit dem Forum Leipzig organisiert. Um Pharmaziestudierende für den VDPP zu gewinnen wollen wir uns im Rahmen des PraktikantInnenunterrichtes vorstellen. In Hamburg wird Petra Kolle angesprochen, die sich bei der letzten MV dazu bereit erklärt hat. In Berlin könnte in diesem Zusammenhang Kontakt zur Fort- und Weiterbildungsauftragten Dr. Susanne Schnädelbach aufgenommen werden. Eine andere Möglichkeit wäre die Fachschaften zu kontaktieren.

#### **TOP 14 Verschiedenes**

Katja Lorenz berichtet über Probleme in den Räumlichkeiten (Weiberwirtschaft), wo das Frauenseminar stattfindet. Die Einladungen gehen demnächst raus. Zum Seminar wird bei Bedarf Kinderbetreuung angeboten. Der nächste Vorstand findet am Sonntag den 21. März in Kassel statt, die letzte Sitzung vor der MV eventuell am 30. Mai.

**Ende der Vorstandssitzung: 14.45 Uhr**

Was lesen **Sie** im nächsten Rundbrief



**Ihren ARTIKEL !**

**Weitere Informationen auf Seite 46**

# VDPP-Vorstandstreffen vom 21. März 1999 in Kassel

**Anwesende:** Udo Ament, Jürgen Große, Thomas Hammer (ab TOP 8), Michael Höckel, Katja Lorenz, Ildikó Szász (für TOP 8), Isabella Sulger

**Ort:** Parkstr. 47, 34119 Kassel, bei Ildikó Szász / Michael Höckel

## 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. Berichte aus den Regionen
8. Ausstellung
9. Mitgliederversammlung 1999
10. Herbstseminar 1999
11. Programmfortschreibung
12. Gesundheitsreform 2000
13. Rundbrief
14. Öffentlichkeitsarbeit
15. Verschiedenes

**Beginn:** 10.00 Uhr

### TOP 1 Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn

Zum Versammlungsleiter wurde Udo Ament, zur ProtokollantIn Katja Lorenz gewählt.

### TOP 2 Genehmigung der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird mit folgenden Änderungen genehmigt: neu TOP 15 Finanzplan. *Ab der nächsten Vorstandssitzung wird es einen ständigen TOP Apothekertag geben.*

### Top 3 Protokoll des letzten Vorstandstreffens

Das Protokoll wird mit geringfügigen Änderungen genehmigt.

### TOP 4 Beschlusskontrolle

Die Beschlüsse wurden weitgehend umgesetzt. *Jürgen Große muss sich noch immer um die Darstellung im Pharmazeutenkalender und den Kontakt zum Verband der deutschen Pharmazeuten kümmern. Die Erkundungen von Katja Lorenz zum „anderen“ VDPP laufen weiter. Durch die Hamburger Regionalgruppe muss noch die Abendveranstaltung zur MV organisiert werden. Die Mitgliederwerbung im PraktikantInnenunterricht wird in den Regionalgruppen (wegen Arbeitsüberlastung vor der MV) auf das Herbstsemester verschoben. Die Termine der Regionalgruppen sollen in DAZ und PZ angekündigt werden.*

Die Entscheidung zu einem evtl. Wechsel der Bank steht noch aus.

### TOP 5 Bericht aus der Geschäftsstelle

In der PZ wurde ein Leserbrief von Udo Puteanus veröffentlicht. Gudrun Hahn hat der Geschäftsstelle den Vertrag mit Frau Orth, Grafikerin, über die Gestaltung der Ausstellung zum Frauenpharmaziestudium zugesandt. Nach Prüfung hat der Vorstand ihn unterschrieben. Über den höheren Finanzbedarf muss jedoch die MV entscheiden. *Udo Ament bereitet einen entsprechenden Antrag vor.*

Die Geschäftsstelle benötigt die in Berlin übrig gebliebenen Exemplare der „Wechselwirkungen“ und eine Liste derjenigen, die es bereits erhalten haben. *Katja Lorenz wird sich darum kümmern. Gudrun Meiburg verschickt das Buch, verbunden mit dem Anschreiben von Isabella Sulger und einem Überweisungsträger an alle anderen VDPP-Mitglieder. Auf der nächsten Sitzung wird der Vorstand entscheiden, zu welchen Konditionen das Forum Leipzig dann evtl. noch vorhandene Exemplare bekommen kann. Die Zeitschrift „Ökotest“ verweist auf die Veröffentlichung der Studie „The Global Burden of Disease and Injury“ im Internet unter [www.hsph.harvard.edu/organizations/bdu/summary.html](http://www.hsph.harvard.edu/organizations/bdu/summary.html).*

### TOP 6 Kassenbericht

Udo Ament legt den aktuellen Kassenbericht vor. *Der Index muss überarbeitet werden.* Es herrscht Unklarheit darüber, warum die Beitragseinnahmen 1998 wesentlich stärker zurückgegangen sind, als die Mitgliederzahlen. *Udo Ament soll das prüfen.* (Nachtrag zum Protokoll: Die Ursache liegt darin, dass 1997 alle säumigen Mitglieder gemahnt worden sind und daraufhin nachzahlten. Udo Ament hat von der Geschäftsstelle eine Liste der Nichtzahler 1998 angefordert, um gleiches für das vergangene Jahr nachzuholen.)

Jürgen Große übernimmt die Erstellung der Steuererklärung 1996/97/98.

### TOP 7 Bericht aus den Regionen

In Hamburg trifft man sich 14-täglich und organisiert weiterhin die MV.

In Berlin wurde Druck und Veröffentlichung des Fragebogens zu den Wechseljahren und die Werbung für das Frauenseminar besprochen bzw. organisiert.

Das Februartreffen in Hessen (besser: Rhein-Main) drehte sich um regionale Themen. Außerdem wurden Überlegungen zur MV 2000 (!) und zur Neuorganisation der Regionalgruppe, nebst Beauftragtem angestellt.

In München ist eine Regionalgruppe im Entstehen. Kontakt über Michaela Raasch.

### TOP 8 Ausstellung

Ildikó Szász berichtet. Die Zustimmung der ABDA, die Ausstellung im Rahmen des Apothekertages in Leipzig zu zeigen, ist endlich eingetroffen! Die Tafeln befinden sich in der Fertigstellung. Zum Vertrag mit der Grafikerin s. TOP 5. Es wird der organisatorische Rahmen diskutiert. Die Eröffnung findet während einer Tagungspause (Mittagspause) statt und soll ins offizielle Programm. Während des gesamten Apothekertages werden Flyer verteilt, die für die Ausstellung und die begleitende Veranstaltung werben. Diese Veranstaltung soll abends im Stadtzentrum evtl. zusammen mit dem Forum Leipzig stattfinden. Der Arbeitstitel ist: „Wie weit sind wir Frauen in diesen 100 Jahren gekommen?“. Geplant sind ein Festvortrag und eine Podiumsdiskussion mit Frauen aus unserem Verein, die für verschiedene Arbeitsgebiete stehen. Die Organisation der Finanzierung der Stellwände durch die ABDA, der Abendveranstaltung und der Werbung (Flyerverteilung, Pressemitteilung im April zum Jubiläum, Aufnahme ins ABDA-Programm) liegt bei den Organisatorinnen der Ausstellung. *Michael Höckel beauftragt Reinhold Weber mit der Gestaltung des Flyers.*

### TOP 9 Mitgliederversammlung

Den Festvortrag hält H. Schmidbauer, MdB und Mitglied der AG Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion! *Michael Höckel hält*

den Kontakt zu ihm und bespricht das konkrete Thema und meldet diese schnellstmöglich der RB-Redaktion. Kurze Diskussion zur Abendveranstaltung (BUKO-Theater oder nicht). Die Organisation wird dann wieder an die Hamburger Gruppe verwiesen. Katja Lorenz und Isabella Sulger suchen jemanden für Versammlungsleitung und Protokoll.

Besprechung der Tagesordnung. Wegen der Bedeutung der Tops Programmfortschreibung, Rundbriefferneuerung und Mitgliederwerbung (inkl. Regionalgruppenaktivierung) und der Impulse, die wir uns aus den Diskussionen erhoffen, wird folgendes beschlossen: o.g. Punkte werden bereits am Samstag behandelt. Der Sonntag beginnt mit dem Festvortrag. Danach erfolgt die Wahl des neuen Vorstandes und die Diskussion der neuen Arbeitsschwerpunkte.

Die Hamburger Vorstandsmitglieder werden mit der Suche nach einem neuen Hamburger Mitglied beauftragt. Nach dem Ausscheiden von Thomas Hammer und Jürgen Große gibt es andernfalls keine direkte Verbindung mehr zur Geschäftsstelle. Diesen Zustand fände der Vorstand sehr problematisch.

Katja Lorenz formuliert Programm und Tagesordnung und liefert beides bis 1.04. an die RB-Redaktion. Isabella Sulger entwirft einen kurzen Text für die Ankündigung zur MV im nächsten RB. Dieser muss ebenfalls am 1.04. beim RB sein. Die Einladung zur MV wird Mitte April, nach dem Rundbrief verschickt. Neuer Anmeldetermin ist der 22.05.!

Anträge müssen bis 1.05. bei der RB-Redaktion oder der Geschäftsstelle eingehen. Katja Lorenz verfasst den Antrag zur Programmänderung. Mitte Mai wird der Sonder-RB verschickt.

#### TOP 10 Herbstseminar

Es werden verschiedene Themen hinsichtlich Interesse und Machbarkeit diskutiert:

- Klinische Pharmazie - Bindeglied zwischen KH- und öffentlicher Apotheke
- AM-Versorgung und neue Medien
- Positivliste auf dem EU-Markt
- Patientenbeteiligung

Letztes Thema wird wegen des MV-Vortrags und wegen der neuen Kontakte zur DGVP favorisiert. Michael Höckel fragt dort an, ob eine gemeinsame Veranstaltung vorstellbar wäre. Vertagung des Themas auf die nächste Vorstandssitzung.

#### TOP 11 Programm

Katja Lorenz berichtet vom Stand der Überarbeitung. Drei Kapitel müssen noch vollständig bearbeitet werden. Der Zeitplan kann aller Voraussicht nach, wenn alle ausstehenden Zuarbeiten rechtzeitig eintreffen, eingehalten werden. In einem kurzen Austausch werden verschiedene Formulierungsprobleme geklärt.

Es werden verschiedene Möglichkeiten der Vorstellung auf der MV mit folgendem Ergebnis diskutiert: um die Diskussion besser vorbereiten zu können, wird der Entwurf, der Mitte Mai mit dem Sonder-RB verschickt wird, durch eine Art Rückschein ergänzt. Möglicher Text: „Ich habe Änderungsvorschläge: nein / ja, wo und welcher Art?“.

Falls der Zeitrahmen auf der MV trotz allem nicht ausreicht, muss eine Möglichkeit der Nachbearbeitung vorbereitet werden. Verantwortlich für alles: Katja Lorenz.

#### TOP 12 Gesundheitsreform

Michael Höckel berichtet über die Auswirkungen der am 1.4.99 in Kraft tretenden AM-Richtlinien. Internet-Adresse:

[www.dgn.de/kammern\\_kven/KABV](http://www.dgn.de/kammern_kven/KABV)

Das „Positionspapier der Betrieblichen KV zur Strukturreform“ ist auch in der Geschäftsstelle erhältlich.

Jürgen Große fasst die Auswirkungen des Eckpunktepapiers von Ministerin Fischer zusammen.

#### TOP 13 Rundbrief

Der erste Layout-Entwurf von Reinhold Weber liegt vor. Änderungswünsche, z.B. ist uns das Logo zu vieldeutig, werden durch Michael Höckel an den Grafiker weitergeleitet.

Ulf Thomas wird nach dem RB die Betreuung der Homepage übernehmen. Er bittet dafür um Hilfe von erfahrenen Kollegen. Die Hamburger Vorständler werden diese vermitteln.

#### TOP 14 Öffentlichkeitsarbeit

Michael Höckel berichtet vom letzten Treffen des Forum Leipzig, insbesondere von den Schwierigkeiten bei der Programm-erstellung. Es gab große Auseinandersetzungen um die Ausrichtung des Vereins. Die Funktion als Dachverband war gefährdet, konnte sich aber letztlich durchsetzen.

#### TOP 15 Finanzplan

Falls von der MV so beschlossen, gibt es Änderungen bei den Projektgeldern (mehr Anträge), beim RB (mehr Druckkosten, weniger Versandkosten), durch die neue Regelung der 630-DM-Jobs bei den Kosten der Geschäftsstelle. Jürgen Große wird als Arbeitgeber mit Gudrun Meiburg sprechen.

#### TOP 16 Verschiedenes

Die nächste Vorstandssitzung findet am 30.5.1999 in Kassel statt.

Ende gegen 16.00 Uhr

## VDPP im Internet

Seit August 1999 präsentiert sich der VDPP im Netz. Auf der Webseite:

<http://www.vdpp.de>

gibt es:

- Kurzbeschreibung
- Programm
- Kongresse und Seminare
- Aktuelle Termine
- Beitrittserklärung
- Network

# VDPP-Vorstandstreffen vom 30. Mai 1999 in Kassel

**Anwesend:** Jürgen Große, Thomas Hammer, Michael Höckel, Katja Lorenz, Thomas Schulz, Isabella Sulger, Ildikó Szász (nur zum TOP Ausstellung)

**Entschuldigt:** Udo Ament

**Ort:** Parkstraße 47, 34119 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. Berichte aus den Regionen
8. Mitgliederversammlung 1999
9. Herbstseminar 1999
10. Rückblick Frauenseminar
11. Programmfortschreibung
12. Gesundheitsreform 2000
13. Kosovo-Krieg
14. Ausstellung
15. Apothekertag 1999
16. Rundbrief
17. Öffentlichkeitsarbeit
18. Verschiedenes

Beginn: 10.00 Uhr

### TOP 1 Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn

Thomas Hammer wird einstimmig zum Versammlungsleiter, Jürgen Große zum Protokollführer gewählt.

### TOP 2 Genehmigung der Tagesordnung

Der TOP 11 (Programmfortschreibung) soll unter TOP 8 (MV) behandelt werden, dadurch werden die ursprünglichen TOP 12 und folgende zu TOP 11 und folgende. Die TOP 16 und 17 (neu: 15 und 16) werden zu einem TOP 15 zusammengefasst.

### Top 3 Protokoll des letzten Vorstandstreffens

Das Protokoll wird mit geringfügigen Änderungen angenommen.

### TOP 4 Beschlusskontrolle

Die Aufnahme des jeweils nächsten Apothekertages als ständiger TOP ist erledigt. Katja wird den "Psychologen-VDPP" noch wegen der Namensähnlichkeit anschreiben. Jürgen wird sich noch um die Darstellung des VDPP im "Pharmazeutenkalender" kümmern. Die Ankündigung der Regionalgruppentermine in PZ und DAZ soll noch stattfinden. Der eventuelle Wechsel der Bankverbindung steht ebenfalls noch aus.

Das Buch "Wechselwirkungen" ist von Gudrun Meiburg an alle Mitglieder, die es noch nicht bekommen haben, verschickt worden. Das Buch soll auch den Mitgliedern des Forum Leipzig angeboten werden. Jürgen hat die Steuererklärung des VDPP fast fertig und wird sie abschicken. Ildikó wird sich um die

Finanzierung der Stellwände für die Ausstellung durch die ABDA kümmern. Die Graphikerin Frau Orth soll die Flyer zur Ausstellung gestalten. Katja kritisiert, dass ohne dass mit ihr darüber Rücksprache gehalten wurde, der vom Vorstand beschlossene Sonder-rundbrief mit den Programmänderungsvorschlägen noch nicht erschienen ist. Thomas Hammer wird sich mit Ulf Thomas in Verbindung setzen, damit dies in der nächsten Woche nachgeholt wird.

Michael Höckel wird sich wegen einer eventuellen Zusammenarbeit für das Herbstseminar noch mit der DGVP in Verbindung setzen. Katja Lorenz hat die Programmüberarbeitung fertiggestellt, so dass die der MV zur Beschlussfassung zur Verfügung stehen wird. Michael Höckel hat Reinhold Weber unsere Vorstellungen zum RB-Layout übermittelt, erste Entwürfe sind fertig. Die durch das 630-Mark-Gesetz erforderlich gewordene Erhöhung des Haushaltsansatzes für das Gehalt von Gudrun Meiburg wird Udo Ament vornehmen.

### TOP 5 Bericht aus der Geschäftsstelle

Gudrun Meiburgs Bezüge sollen soweit erhöht werden, dass trotz der jetzt anfallenden Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteile zur Sozialversicherung ihr Nettogehalt gleich bleibt, dies entspricht einer Erhöhung der Personalkosten um ca. 40 %. Es gab erfreulich viele Spenden für das Buch "Wechselwirkungen". Die Quittungen sollen mit den Beitragsquittungen zusammen verschickt werden. Das Gen-Ethische Netzwerk hat eine neue Adresse. Zwei Mitglieder sind wegen ausstehender Beiträge erfolglos gemahnt worden, Thomas und Jürgen kümmern sich darum.

Es tauchte die Frage auf, was die Teilnahme an der MV bei nur einer Übernachtung kosten sollte. Sie soll DM 100,- kosten. Der Brief von Ingeborg Simon, in dem sie sich für die Feier anlässlich ihres Geburtstages bedankt, soll im RB abgedruckt werden. Das Forum Leipzig hat ein neues Programm verabschiedet.

### TOP 6 Kassenbericht

Der TOP muss wegen Udos Abwesenheit entfallen.

### TOP 7 Bericht aus den Regionen

Hamburg: keine besonderen Vorkommnisse, man trifft sich weiterhin alle zwei Wochen.

Berlin: die Regionalgruppe hat sich mit der Vorbereitung des Frauenseminars und mit der Fragebogenaktion zur Wechseljahrsmedikation befasst.

Hessen: kein Bericht, da Udo nicht da ist.

### TOP 9 Mitgliederversammlung

Es wird beschlossen, den TOP in drei Unterpunkte a) Organisatorisches, b) Ablauf der MV und c) Anträge aufzugliedern

#### a) Organisatorisches

Thomas hatte sich um die Ankündigung im RB gekümmert. Es gab bislang 14 Anmeldungen. Der Raum ist für 20 - 25 Personen geeignet, dito der Raum für die Abendveranstaltung. Die Teilnahme mit nur einer Übernachtung wird DM 100,- kosten. Katja fragt nach einem Raum für die Kinderbetreuung, Gudrun Meiburg hat sich darum gekümmert. Isabella merkt an, dass auf der Einladung die Möglichkeit der Kinderbetreuung nicht erwähnt wurde. Die Einladung zur MV war erheblich fehlerfreier als beim letzten Mal.

Katja hat Ulf alle Unterlagen für den Sonderrundbrief zugesandt, dieser soll nur an die Mitglieder geschickt werden. Außerdem soll er den Spendenaufruf für die Ausstellung enthalten.

Die Versammlungsleitung wird Thomas Schulz übernehmen, Isabella wird sich darum kümmern, jemanden für das Protokoll zu finden.

Kassenbericht, Finanzplanung und Anträge sollen als Tischvorlage vorliegen. Udo Ament hatte Katja angerufen, um anzuregen, sich darüber Gedanken zu machen, wann die Buchführung von DM auf Euro umgestellt werden soll. *Dies soll am 1. Januar 2001 geschehen.*

Zum Punkt Programmfortschreibung wird Regina oder Katja ein paar einführende Worte sprechen.

Die TOP 1 - 3 sollen vor dem Vortrag von Schmidtbauer abgehandelt werden, die TOP 4 - 9 sollen dann am Sonnabend-nachmittag folgen, am Sonntag die TOP 10 - 14.

Isabella wird einige Worte zu den Aufgaben der Regionalbeauftragten sagen, die MV soll auch zur Aktivierung der Regionalgruppenarbeit genutzt werden. Wenn Reinhold Weber zur MV kommen kann, um über die neue Rundbriefkonzeption zu sprechen, dann soll dieser Punkt vorgezogen werden. Er soll ca. DM 150,- pauschal plus Fahrtkosten erhalten.

Jürgen und Thomas werden nicht mehr für den Vorstand kandidieren. Isabella, Katja, Udo und wahrscheinlich auch Michael wollen weiter im Vorstand mitarbeiten. Thomas Schulz würde neu für den Vorstand kandidieren. *Die Hamburger Vorstandsmitglieder sollen versuchen, HamburgerInnen zur Kandidatur zu bewegen.*

Jürgen und Thomas wollen sich künftig verstärkt um den Rundbrief kümmern. *Zum Rundbrief soll durch Jürgen ein Antrag etwa folgenden Inhalts zur MV gestellt werden:*

“Der VDPP-Rundbrief ist das Organ des VDPP. Die Mitglieder der Redaktion werden vom Vorstand ernannt. Sie werden zu den Vorstandstreffen eingeladen, es ist anzustreben, dass mindestens ein Redaktionsmitglied an jedem Vorstandstreffen teilnimmt. Bei der Redaktionsarbeit entstehende Aufwendungen und Reisekosten trägt der Verein.

Der Rundbrief beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit Fragen der Pharmazie und der Gesundheitspolitik. Einzelne Beiträge von Mitgliedern zu anderen sie interessierenden Themen sind ebenfalls gerne gesehen. Über den Abdruck von Artikeln entscheidet die Redaktion, die in Zweifelsfällen den Vorstand hinzuziehen kann.“

Christiane Hefendehl kann sich vorstellen, den Job der Referentin für Öffentlichkeitsarbeit zu übernehmen.

#### **b) Ablauf der MV**

Unter dem TOP künftige Arbeitsschwerpunkte sind Herbstseminar, Frauenseminar, Programm, Ausstellung, Rundbrief-Neustrukturierung und “Gesundheit 2000” zu nennen. Als Tischvorlagen werden die Anträge zur Finanzierung der Fragebogenaktion und zum Rundbrief vorliegen. Katja telefoniert mit Udo wegen des Antrags zur Umstellung der Buchführung auf den Euro. Gudrun Hahns Antrag zur Ausstellung wird an Ulf gemailt. Udo legt den Finanzplan als Tischvorlage vor.

Ein TOP “Rechnungsprüfungsbericht” muss vor dem TOP “Entlastung des Vorstands” eingeschoben werden. Ferner muss

ein TOP “Wahl der Rechnungsprüfer” eingefügt werden.

*Beim Herbstseminar ist darauf zu achten, dass Terminüberschneidungen mit der DPhG und dem Apothekertag vermieden werden.* Thomas Isenburg von der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände wird zur MV kommen. Die AGV wird sich verstärkt um Pharma-Politik und um Patientenberatungsstellen kümmern, es bietet sich die Möglichkeit, das Herbstseminar eventuell in Kooperation mit der AGV durchzuführen.

#### **TOP 9 Herbstseminar**

Das Herbstseminar wird evtl. gemeinsam mit der AGV durchgeführt werden können (s. o.).

#### **TOP 10 Frauenseminar**

Das Frauenseminar war gut besucht, die Räumlichkeiten waren ausgezeichnet. Sie werden wegen eines erforderlichen Umbaus wahrscheinlich beim nächsten Mal nicht zur Verfügung stehen. Was die Inhalte betrifft, war die Begeisterung diesmal nicht ungeteilt.

Das nächste Frauenseminar soll am 6. oder 13. Mai 2000 stattfinden. Es ist geplant, gemeinsam mit “Mundwerk e. V.” ein Rhetorikseminar durchzuführen, evtl. zum Thema “Kommunikation Ärztin - Apothekerin”. *Elisabeth Bronder regte an, materielle Aufwendungen zur Seminarvorbereitung zu vergüten, dies ist selbstverständlich.*

#### **TOP 11 Gesundheitsreform 2000**

Es wird kurz über den Stand der Dinge berichtet und beschlossen, am Ball zu bleiben.

#### **TOP 12 Kosovo-Krieg**

Es wird über das Schicksal von Udos nicht abgeschicktem Brief diskutiert, dabei hat es im Vorstand nicht nur unterschiedliche Ansichten zum Thema sondern auch Kommunikationsprobleme gegeben. Es herrscht Konsens, dass solange sich Meinungsäußerungen des Vorstands im Rahmen des Programms halten, grundsätzlich eine einfache Mehrheit für einen Beschluss ausreicht. Unter den anwesenden Vorstandsmitgliedern hätte es wahrscheinlich eine Meinung  $3\frac{1}{2}$  zu  $1\frac{1}{2}$  für den Brief gegeben, das Thema bleibt also im Verein kontrovers.

#### **TOP 13 Ausstellung**

Ildikó berichtet, dass die Graphikerin gerade dabei ist, Copyrightfragen zur Ausstellung abzuklären. Ein oder zwei Tafeln werden auf jeden Fall schon zur MV vorliegen. Die Ausstellung wird beim Apothekertag im Foyer gezeigt werden. Am Freitagmittag soll sie in der Pause des Apothekertags kurz eröffnet werden, am Freitag- oder Sonnabendabend soll eine Podiumsdiskussion stattfinden. Die Frage der Moderation ist noch nicht geklärt, in Frage kämen evtl. Reinhild Berger oder Regina Schumann.

#### **TOP 14 Apothekertag**

Es soll eine gemeinsame Veranstaltung mit Forum Leipzig stattfinden, wahrscheinlich am Sonnabendnachmittag zum Thema “Gesundheitsreform 2000 - welche Auswirkungen erwarten Sie?” Eventuell soll Udo Puteanus für den VDPP teilnehmen.

Am 27. Juni 1999 wird in Hannover ein Vorbereitungstreffen des Forum Leipzig stattfinden.

## TOP 15 Rundbrief und Öffentlichkeitsarbeit

Michael legt Beispiele für das Layout vor. *Der RB soll dreispaltig sein, die Spalten sollen im Blocksatz gesetzt werden. Der RB soll auch ins Internet gestellt werden. Das Logo findet keine Zustimmung.*

Es sollen auch Programm, Leporello und Briefpapier im gleichen Stil wie der RB neugestaltet werden. Es wird angestrebt, eine Webadresse wie [www.vdpp.de](http://www.vdpp.de) zu erhalten.

Michael wird die Layoutfragen mit Reinhold Weber besprechen.

Michael hat für den VDPP in Freiburg an einer Veranstaltung des Bundesverbands der Pharmaziestudierenden teilgenommen und berichtet davon. Er regt an, Fragebögen für Pharmaziepraktikanten zu entwickeln.

## TOP 16 Verschiedenes

Die Vorstandsmitglieder des Forums Leipzig sollen das Buch "Wechselwirkungen" umsonst erhalten, den Mitgliedern soll es zum Einkaufspreis angeboten werden. *Wenn noch mehr als 50 Exemplare vorhanden sind, soll jede Pharmaziefachschaft ein Exemplar gratis erhalten, sollten es weniger sein, dann soll es den Fachschaften gratis angeboten werden.*

Das Programm des Forums Leipzig soll im RB abgedruckt werden. Herr Schmidtbauer soll ein Buch (WW) erhalten. Michael wird ihn auf der MV kurz vorstellen. Es gibt ein neues Mitglied, sie wird auch ein Buch erhalten.

Ende 15.45 Uhr

# Das neue Programm

## Programm ➔ Inhaltsverzeichnis

Warum brauchen wir einen Verein? [S. 38](#)

Warum diese Namensgebung? [S. 38](#)

### 1. Pharmazeutische Themen – Pharmazie im Alltag

Apotheke von heute [S. 38](#)

Apotheke der Zukunft [S. 39](#)

Klinische Pharmazie [S. 40](#)

Krankenhauspharmazie [S. 40](#)

Ausbildung [S. 40](#)

Sozialpharmazie [S. 41](#)

Struktur und Politik der Landesgremien [S. 41](#)

EU - Arzneimittelmarkt [S. 41](#)

### 2. Gesundheit und Politik – Wechselwirkungen

Frauen und Pharmazie [S. 42](#)

Gentechnologie und Bioethik [S. 43](#)

Ökologie und Umweltschutz [S. 43](#)

Friedensarbeit [S. 44](#)

Arzneimittelversorgung in der „Dritten Welt“ [S. 44](#)

Geschichte der Pharmazie [S. 45](#)

## ➔ Das neue Programm?

von Katja Lorenz

Im Anschluss wird der Entwurf des neuen Programms abgedruckt. Diese Fassung wurde von der MV im Juni so beschlossen. Alles, was im Gegensatz zur Fassung im Sonderrundbrief geändert wurde ist wiederum entweder kursiv geschrieben oder als Streichung gekennzeichnet.

Bei diesen Änderungen fand die Abstimmung auf der MV in den meisten Fällen über den konkreten Wortlaut statt.

Zu den Kapiteln „Krankenhauspharmazie“ bzw. „Klinische Pharmazie“, „EU-Arzneimittelmarkt“ und „Geschichte der Pharmazie“ erging dagegen ein Änderungsauftrag an die Programmkommission.

Um nun eine endgültige Abstimmung zu erreichen, hat der Vorstand folgendes Prozedere beschlossen. Wenn bis zum 15. Oktober von Eurer Seite keine Einsprüche erfolgen, ist dies unser neues Programm. Sind die Einsprüche redaktioneller Natur, werden wir die gefundenen Fehler ohne eine erneute Veröffentlichung selbst beseitigen, und das Programm steht ebenso. Sind die Einwürfe inhaltlicher Natur, werden wir ein Extraseminar oder ähnliches dazu organisieren. Die Widersprüche können sich allerdings nur auf die Änderungen der oben genannten Kapitel beziehen. Alles andere stand ja auf der MV zur Diskussion und wurde von diesem Gremium bestätigt.

Der Einfachheit halber schickt bitte die Einwände direkt und nur an mich.

VDPP  
Programm

KONTAKT  
Katja Lorenz  
Ebersstrasse 61  
10827 Berlin  
E-mail:[k.lorenz@foni.net](mailto:k.lorenz@foni.net)



# Programm des VDPP vom 19./20. Juni 1999

Im April 1989 einigten sich auf einem Treffen in Kaufungen die dort versammelten PharmazeutInnen erstmals auf ein Programm für eine patientenorientierte Arzneimittel- und Standespolitik. Angesichts der Veränderungen der internationalen Lage seit Herbst 1989, der Vereinigung beider deutscher Staaten im Jahre 1990 und der auch daraus resultierenden Weiterentwicklung der im Programm angesprochenen Probleme, wurde das Programm auf einem Seminar im Januar 1992 in Frankfurt/Main entsprechend geändert. Mit dem 1999 wiederum überarbeiteten Programm geht der Verein ins 21. Jahrhundert.

## Wesentliche Zielsetzungen dieses Programms sind

- die politische Umsetzung der Erkenntnis von Gesundheit als physisches, psychisches und soziales Wohlempfinden,
- die Demokratisierung des Gesundheitswesens,
- eine Arzneimittelberatung und Versorgung, die sich vorrangig an den gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung orientiert,
- die Verminderung des Einflusses der pharmazeutischen Industrie hinsichtlich Art und Umfang der Arzneimittelversorgung,
- der Einsatz für Frieden und Abrüstung, gegen rechtsextremistische Tendenzen und Ausländerfeindlichkeit (auch in unserer Berufsgruppe),
- der Einsatz für eine ökologisch orientierte Arzneimittelversorgung, gegen *unnötige* Tierversuche und für eine demokratische Kontrolle der gentechnologiebetreibenden Institutionen.

Die bei der Diskussion des Programmentwurfs offen gebliebenen Fragen werden im Programm auch als solche gekennzeichnet und bleiben klärungsbedürftig.

## Warum brauchen wir einen Verein?

Für alle KollegInnen, die

- Gleichgesinnte bei der Verwirklichung einer patientInnenorientierten Berufspraxis suchen,
- sich nicht mit der Macht der Anbieter und der Ohnmacht der PatientInnen im Gesundheitswesen abfinden wollen,
- eine Überwindung des Widerspruchs zwischen Ethik und Monetik wollen,
- eine allein auf Wahrung und Ausbau wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Privilegien ausgerichtete Standespolitik ablehnen,
- Geschlechterdemokratie in der Pharmazie durchsetzen wollen,
- sich mit der Geschichte der Pharmazie auseinandersetzen wollen, brauchen wir eine überregionale Organisationsstruktur, wie sie mit der Gründung des VDPP im Juni 1989 geschaffen wurde.

Der VDPP steht allen offen, die den Grundpositionen unseres Programms zustimmen und auf deren Grundlage aktiv an der weiteren Entwicklung von Inhalten und Stellungnahmen mitwirken möchten. Er bietet allen, die unabhängig von ihrem Status – selbständig, angestellt, beamtet, arbeitslos, in der Ausbildung – gemeinsam die hier vorgestellten Positionen umsetzen wollen, die Gelegenheit zur Mitarbeit. Wir sehen für die Existenz des Vereins eine besondere Notwendigkeit vor dem Hintergrund der zunehmenden Machtkonzentration im EU-Bereich, der sich immer deutlicher zeigenden Probleme in den Ländern der sog. „Dritten Welt“, der wachsenden Konkurrenz unter den Berufsangehörigen und der verstärkten Kommerzialisierung der Apotheke.

Eine überregionale Organisation hat – vor allem auch in Zusammenarbeit mit den demokratischen Vereinen der ÄrztInnen und ZahnärztInnen – mehr politisches Gewicht und schafft auch im Apotheken- und Arzneimittelbereich ein Forum für Gegenöffentlichkeit.

Es ist die Erfahrung der letzten Jahre, dass der VDPP nicht alle anstehenden Probleme selbst effektiv bearbeiten kann und sollte. Deshalb unterstützen wir andere Vereine und Organisationen, mit denen wir in wichtigen Zielen übereinstimmen (z.B. die BUKO-Pharmakampagne), in ihrer Arbeit. Dies betrifft besonders die im 2. Teil des Programms genannten Bereiche.

## Warum diese Namensgebung?

Wir treten für mehr Demokratie in unserem Gesundheitswesen und unserer Gesellschaft *ein*. Auf der Ebene der Berufspolitik werden die undemokratischen Strukturen deutlich bei der Ausgrenzung von Frauen, Angestellten, *MigrantInnen* und Andersdenkenden von berufsrelevanten Entscheidungen, in Zwangsmitgliedschaft und unternehmerfreundlichen Interessenvertretungen von den Kammern bis zur ABDA.

Wir setzen uns für ein Gesundheitswesen ein, das den darin Beschäftigten wie den PatientInnen Möglichkeiten der Einflussnahme und Mitentscheidung einräumt und neue Strukturen der Selbstverwaltung entwickelt.

Ein erster Schritt liegt in der Demokratisierung der Kammern durch ihre Öffnung für alle im Bereich der Pharmazie Tätigen und deren angemessene Berücksichtigung bei der Besetzung der Organe der Selbstverwaltung. Sollten sich die Kammerstrukturen in diesen Punkten als nicht entwicklungsfähig erweisen, müssen neue Formen der Selbstverwaltung, z.B. in Form regionaler Gesundheitskonferenzen, diskutiert werden.

## 1. Pharmazeutische Themen – Pharmazie im Alltag

### Apotheke von heute

War bisher von Gesundheitspolitik die Rede, so meist im Zusammenhang mit Schlagworten wie Kostendämpfung, Selbstbeteiligung, Leistungsabbau, Markt und Wettbewerb. Strukturereformen im Gesundheitswesen waren bisher „Kostendämpfungsprogramme“. Das Eindringen des Wirtschaftsliberalismus in das Gesundheitswesen erfasst nun auch Bereiche, die bisher durch die von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gewährleisteten Prinzipien Solidarität und Sachleistung noch verschont geblieben waren. *Wenn* die finanziellen Möglichkeiten des einzelnen über die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen entscheiden und nicht die medizinische Notwendigkeit, wo Privatversicherungen (**Str.**) junge, gutverdienende Mitglieder der Solidargemeinschaft der Krankenversicherten abwerben, da beginnt der Einstieg in die „Zwei-Klassen-Medizin“, wird der Kranke durch Zuzahlungen bestraft, der Gesunde mit einer Prämie belohnt.

Die wachsende Kommerzialisierung macht auch vor dem Apothekenwesen nicht halt. In den Großstädten und Ballungsräumen existieren inzwischen wesentlich mehr Apotheken, als für eine ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung notwendig wären. Nicht nur der Konkurrenzkampf untereinander wird härter, er nimmt auch gegenüber Drogeriemärkten, Sanitäts- und Reformhäusern und Ärzten an Heftigkeit zu. In dem Maße aber, wie der Druck auf die Apotheke als Wirtschaftsunternehmen wächst, verschärft sich der im System angelegte Konflikt zwischen dem Anspruch, als Arzneimittelfachmann/frau für die PatientInnen wirken zu wollen und der Wirklichkeit, als Unternehmer erfolgreich sein zu müssen.

Dieser Konflikt zeigt sehr unterschiedliche Auswirkungen. Er äußert sich

- in einer zunehmenden Zahl von Teilzeitbeschäftigten oder als Personalabbau,
- in einem verschärften Ausweichen auf das sog. Randsortiment,
- **(Str.)** in der *Alleinbeanspruchung* von Aufgabengebieten, die *typische Schnittstellen darstellen* (Blutwertbestimmung, Umweltanalytik),
- in einer Werbe- und Verkaufspraxis, die eine vor allem an den Interessen der PatientInnen ausgerichtete Beratungstätigkeit nicht mehr zulässt,
- in einer Entsolidarisierung innerhalb der ApothekerInnen-schaft,

Der Versuch einer Reihe von KollegInnen, in diesem ständigen Widerspruch pharmazeutisch vertretbare Kompromisse zu schließen, scheidet schließlich an den wirtschaftlichen Realitäten und Zwängen oder führt zur Inkaufnahme großer persönlicher und materieller Opfer.

Verstärkt wird dieser Konflikt durch die pharmazeutische Industrie. Deren aggressive Medienwerbung für Arzneimittel suggeriert die Therapierbarkeit jeder gesundheitlichen Störung und hat bei vielen VerbraucherInnen eine gefährliche Medikamentengläubigkeit geschaffen, die einerseits eine zunehmende Arzneimittelabhängigkeit zur Folge hat und andererseits einen verstärkten Einsatz nicht medikamentöser Therapien behindert. Unsere Erfahrung zeigt, wie schwer es ist, diesem Trend entgegenzuwirken. Bereits das ursprüngliche Heilmittelwerbegesetz bot zu viele Hintertüren. Die hier festgeschriebene Auflage an den Hersteller, die PatientInnen auch über die Risiken des beworbenen Arzneimittels aufzuklären, konnte so nicht konsumbeschränkend wirksam werden. Mit der letzten Änderung ist es um den Verbraucherschutz noch schlechter bestellt (Wegfall der Pflichtangaben in den Printmedien). Wir fordern kurzfristig die Rücknahme dieser Änderung. **(Str.)** sowie *längerfristig die Umsetzung der bestehenden Forderung nach einem grundsätzlichen Verbot der Laienwerbung*. Die Werbung in Fachkreisen muss sich auf die Mitteilung fachlich relevanter Informationen beschränken.

Zur Begrenzung des überzogenen Medikamentenkonsums ist der Verkauf von Arzneimitteln ausschließlich auf Apotheken zu beschränken. Solange sie in Kaufhaus- und Drogerieregale stehen, *via Internet und Teleshopping angeboten werden*, wird die Forderung nach einer Einschränkung des Arzneimittelverbrauches schwer zu realisieren sein. Wir fordern das Verbot der Selbstbedienung bei Medikamenten – innerhalb und außerhalb von Apotheken.

Die im Arzneimittelgesetz festgeschriebene Zulassungs- und Nachzulassungspraxis, die weder überflüssige noch medizinisch bedenkliche und unwirksame Arzneimittel vom Markt fern hält, leistet keinen Beitrag zur Verbesserung der Arznei-

mittelsicherheit und Markttransparenz und beeinträchtigt somit unsere Beratungstätigkeit. Hier fordern wir eine Nachzulassung innerhalb wesentlich kürzerer Fristen, die zu einer deutlichen Marktberichtigung beiträgt sowie den Nachweis eines therapeutischen Bedürfnisses als Zulassungskriterium. Die Anwendung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Anthroposophie) halten wir nur im Rahmen der jeweiligen Therapierichtung für vertretbar. Da das geltende Arzneimittelgesetz den Marktzugang für bedenkliche und unsinnige Arzneimittel bis heute nicht wirksam unterbindet, bedarf es entsprechender Maßnahmen auf der Ebene der ärztlichen Verordnungstätigkeit. Hier unterstützen wir die **(Str.)** Einführung einer Positivliste. Mit einer solchen Entscheidungshilfe *ließen sich Arzneimittelsicherheit, Rationalität und Wirtschaftlichkeit gewährleisten*. **(Str.)**

Die Festbetragsregelung stellt eine wichtige Möglichkeit der Preisregulierung dar. Wir fordern die Ausweitung dieses Systems und die Rücknahme der Abschaffung der Festbeträge für patentgeschützte Arzneimittel. Nur Innovationen, *die einen wirklichen therapeutischen Fortschritt darstellen*, sollten davon ausgenommen bleiben. Auf die Preispolitik der Arzneimittelhersteller muss weiterhin über direkte Preisverhandlungen der gesetzlichen Krankenkassen mit der pharmazeutischen Industrie Einfluss genommen werden. Solange UnternehmerInnen in den Selbstverwaltungsorganen der Primärkassen mit 50 % vertreten sind und die einzelnen Kassen aufgrund unterschiedlicher Strukturen gegeneinander ausgespielt werden (oder sich selber gegeneinander ausspielen), wird der Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf Art und Umfang der Arzneimittelversorgung ungebrochen fortbestehen.

Wir unterstützen eine Reform der gesetzlichen Krankenkassen, die folgende Forderungen umsetzt:

- eine Vereinheitlichung der Krankenkassen,
- eine Aufhebung der Pflichtversicherungs- und Beitragsbemessungsgrenze, um die Solidargemeinschaft der Krankenkassen zu stärken,
- die alleinige Selbstverwaltung durch die Versicherten. **(Str.)**

### **Apotheke der Zukunft**

Eine patientInnenorientierte Gesundheitspolitik ist seit der Vereinsgründung erklärtes Ziel *des Vereins*. Zwischen dem tatsächlichen Zustand im Gesundheits- und speziell im Apothekenwesen und den Vorstellungen des VDPP davon bestehen noch erhebliche Differenzen. Besonders in den Fragen der Dienstleistungsarten und deren Umsetzung in die Praxis gibt es unterschiedliche Ansätze in der Berufsöffentlichkeit. Während für den Großteil des Berufsstandes die Öffnung weiterer Märkte im Vordergrund steht, *unterstützt* der VDPP die Entfaltung von pharmazeutischen Dienstleistungen im Kernbereich der apothekerlichen Tätigkeit (pharmazeutische Betreuung aller PatientInnen usw.) im Verbund mit anderen Beteiligten im Gesundheitswesen.

Wir *fordern* **(Str.)** eine Schwerpunktverlagerung der Gesundheitsversorgung von der Krankenbehandlung zur Vorsorge und Gesunderhaltung: mehr Vorbeugung, mehr Aufklärung, mehr Arbeits- und Umweltschutz, mehr Erziehung zu einer gesunden Lebensweise. Diesen Vorstellungen fühlen wir uns verbunden. Wollen wir an ihrer Verwirklichung mitarbeiten, müssen wir umdenken und neue Formen der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen entwickeln (z.B. mit ÄrztInnen, Schwestern von Sozialstationen, Beschäftigten des öffentlichen Gesundheits-

dienstes, SozialarbeiterInnen und Versichertenvertretern der Kassen).

Neue Formen der Zusammenarbeit und Arbeitsteilung erfordern aber auch neue Organisationsstrukturen. Bei der Frage nach der Apotheke der Zukunft sind unterschiedliche Eigentumsformen denkbar – private, gemeinnützige, genossenschaftliche. Ein entscheidendes Kriterium für alle muss die Forderung nach einer von ökonomischen Zwängen befreiten Beratungstätigkeit sein. Das scheint uns z.B. mit dem niederländischen Apotheken-System (hier gibt ein vom Arzneimittelpreis unabhängiges Honorierungssystem die Sicherheit für ein ausreichendes Einkommen) weitgehend gewährleistet. Denkbar erscheint uns die Apotheke der Zukunft auch als Teil eines medizinischen Versorgungszentrums unter der Leitung einer Stadtverwaltung, einer Kommune oder eines regional einheitlichen Krankenkassenverbandes. Auch genossenschaftliche Träger-Modelle lassen sich vorstellen.

Bei den hier beispielhaft erwähnten anderen Organisationsstrukturen bliebe auch in Zukunft der Umgang mit dem Arzneimittel unser Arbeitsschwerpunkt. Wir entgingen dem Zwang, neue Märkte zu erobern; das Nebensortiment ließe sich auf einen der Funktion der Apotheke angemessenen Umfang reduzieren, die Konzentration auf die qualitätsorientierte Erfüllung unserer Kernaufgaben wäre möglich. Den Weg in den „Supermarkt Gesundheit“ mit einer übrig gebliebenen Beratungsecke für Arzneimittel wollen wir nicht mitgehen. Er endet in einer Sackgasse und stellt unsere berufliche Existenz als Arzneimittelfachleute in Frage.

### **Klinische Pharmazie**

*Die Klinische Pharmazie verbindet die Grundlagenforschung mit der Arzneimittelanwendung am Menschen. Das Ziel der Forschung ist die Optimierung der Arzneimitteltherapie. In der Lehre bietet das Fach den StudentInnen die Möglichkeit, interdisziplinär Lösungen für Problemstellungen aus der Praxis zu erarbeiten.*

*Im Rahmen der Durchsetzung einer patientInnenorientierten Pharmazie unterstützen wir alle Bestrebungen, das Fach „Klinische Pharmazie“ an den Hochschulen zu etablieren. Inzwischen wurde es endlich in die Novellierung der Approbationsordnung aufgenommen. Bei der Umsetzung im Lehrplan muss es den Fachbereichen der Hochschulen gelingen, fachübergreifend wirksam zu werden. Infolge des verbesserten Lehrangebotes wird kompetenterer Nachwuchs für die Offizin- und Krankenhausapotheken in die Praxis entlassen. Außerdem erhalten die StudentInnen die Möglichkeit zum problemorientierten, kreativen und weniger verschultem Lernen.*

*Eine einschneidende Verbesserung der Weiterbildung zum Apotheker / zur Apothekerin für Klinische Pharmazie gehört noch immer zu unseren aktuellen Forderungen*

### **Krankenhauspharmazie**

Die Krankenhauspharmazie steht im Spannungsfeld zwischen der Entwicklung immer teurerer Arzneimittel für neue Therapien einerseits und der Forderung nach Begrenzung der Arzneimittelausgaben andererseits. Deshalb ist es notwendig, dass die ApothekerInnen die Therapie der einzelnen PatientInnen begleiten und den Arzt/die Ärztin in Fragen der Pharmakoökonomie, der Dosierung, der Applikationsmodalitäten, der Pharmakokinetik, des therapeutischen Drug Monitoring sowie der Interaktionen und unerwünschten Wirkungen beraten. Der Bundesverband der Krankenhausapotheker (ADKA) hat diese Entwicklung – angeregt durch die Praxis in den USA –

spürbar vorangetrieben. Trotzdem steckt sie noch in den Anfängen. Wesentliche Probleme sehen wir in der Aus- und Weiterbildung. (Str.) Eine Aufstockung der Stellenpläne (ein/e Apotheker/in pro Fachabteilung) ist aus unserer Sicht notwendig. Hier ist gegenüber den PolitikerInnen, den Berufsverbänden und auch in den eigenen Reihen Aufklärungsarbeit zu leisten. (Str.)

Die Arzneimittelliste eines Krankenhauses wird im Dialog zwischen ApothekerInnen und ÄrztInnen in der Arzneimittelkommission erarbeitet und bildet die Grundlage für eine sichere, transparente und ökonomische Arzneimitteltherapie. Eine rational begründete, gut ausgearbeitete Arzneimittelliste kann gut gegen Angriffe verteidigt werden. Mit dem zweifelhaften Argument der „Kostenexplosion“ werden Sparpolitik, Stellenabbau und Privatisierung betrieben, droht eine Verlagerung der Entscheidungen über Arzneimittel von der Arzneimittelkommission in die Finanzabteilung des Krankenhauses. Die Tatsache, dass in Krankenhäusern mit *eigenen* „Positivlisten“ erfolgreich gearbeitet wird, verschweigen die Landesorganisationen gern.

Die Arzneimittelkommissionen sollten nach unserer Meinung die Besprechung und Weitermeldung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen in ihren Aufgabenbereich aufnehmen. Wir halten auch den starken Einfluss der Pharmahersteller auf das Krankenhaus für veränderungsbedürftig, weil er der Intention der Arzneimittelkommission entgegenläuft. (Str.)

Wir sehen in der krankenhausversorgenden Apotheke kein geeignetes Modell, anspruchsvolle Krankenhauspharmazie umzusetzen, weil Krankenhausträger und Apotheke sich in einem vorgegebenen Interessenkonflikt befinden: alle Anstrengungen der Apotheke zur Kosteneinsparung schlagen im Krankenhaus positiv zu Buche, mindern jedoch das Betriebsergebnis der Apotheke. Aus knapper Personalbemessung resultiert eine schlechtere pharmazeutische Beratung. Die Krankenhauspharmazie repräsentiert einen zunehmenden Teil unserer Praxis als Arzneimittelfachleute. Dieser Tatsache wird in der ABDA nicht genügend Rechnung getragen.

### **Ausbildung**

Lange wurde vom VDPP eine grundsätzliche Reform der Approbationsordnung von 1989 angemahnt. Aus Sicht des Vereins entspricht die heutige Ausbildung weder dem wissenschaftlichen Fortschritt, noch der berufspolitischen Entwicklung. Außerdem stellt sie in dieser Form eher eine reine Vermittlung von Fachwissen dar, als eine Anleitung zum selbständigen wissenschaftlichen Arbeiten.

An der Vorbereitung der Novellierung der Ausbildungsordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit hat der VDPP intensiv mitgearbeitet. Einige unserer Vorschläge fanden Eingang in den Abschlußbericht der dortigen Arbeitsgruppe. So z.B. die Schwerpunktverschiebung von der Chemie zur Pharmakologie, Klinischen Pharmazie und zu medizinischen Fächern; die Erhöhung des Anteils der Seminare gegenüber den Praktika; die Einführung von Wahlpflichtfächern. Inwieweit andere Forderungen unsererseits (z.B. betreffs Sozialpharmazie, Abschaffung der Multiple-Choice-Prüfung; Einrichtung von Lehrstühlen der Pharmakologie und Toxikologie an allen pharmazeutischen Instituten) Berücksichtigung finden, muss aufmerksam verfolgt und gegebenenfalls erneut eingefordert werden.

## Sozialpharmazie

Die Approbationsordnung berücksichtigt bisher nicht die wissenschaftlichen Grundlagen einer theoretischen und systematischen Reflexion über die Aufgaben des Berufs der ApothekerInnen im Rahmen unseres Gesundheitswesens. Die gesetzliche Aufgabe der ApothekerInnen erfordert in einem modernen Industrie- und Sozialstaat mehr als nur naturwissenschaftliche und pharmakologische Kenntnisse.

Nach ihrem Selbstverständnis untersucht die Sozialpharmazie jene Beziehungen, die Arzt, Apotheker und Patient untereinander und zum Arzneimittel eingehen und ordnet sie in soziale und ökonomische Zusammenhänge ein.

Die zukünftigen Lehrveranstaltungen im Fach Sozialpharmazie sollten bei größtmöglicher Wahlfreiheit seitens der StudentInnen geeignet sein,

- den angehenden ApothekerInnen die gesellschaftliche Einbindung der Arzneimittelversorgung und ihres Berufes besser verständlich zu machen und damit ihre Rolle im Gesundheitswesen rechtlich, sozial und historisch besser zu begründen,
- für mehr Rationalität des Arzneimittelmarktes zu sorgen und dessen Industrieabhängigkeit zu erkennen,
- eine patientInnenorientierte Berufstätigkeit zu ermöglichen (Compliance, Beratungspsychologie etc.),
- wissenschaftliche Methoden der Sozial-, Wirtschafts- und Geisteswissenschaften kennen zu lernen, um diese in der Analyse der Einflussfaktoren auf den Arzneimittelmarkt nutzen zu können (z.B. *Arzneimittelverbrauchsforschung, Pharmakoepidemiologie*),
- zur Bewertung von Arzneimitteln und therapeutischen Strategien im Hinblick auf das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu befähigen (z.B. *Pharmakoökonomie*),

Deshalb setzen wir uns dafür ein, dass dieses Fach in die Approbationsordnung aufgenommen wird.

## Struktur und Politik der Landesgremien

Solange die Zwangsorganisation Apothekerkammer für die ApothekerInnen besteht,

- die der Öffentlichkeit die Einheit des Berufsstandes suggeriert,
- die kritische Stimmen herausfiltert und neutralisiert,
- der man sich als ApothekerIn nicht entziehen kann,
- die durch Zwangsbeiträge eine gesicherte finanzielle Grundlage hat,
- die in der staatlichen Administration gegenüber anderen Berufen mit besonderen Privilegien ausgestattet ist,
- die in erster Linie eine privilegienwahrende statt einer patientInnenorientierten Politik betreibt und
- in der alle anderen in der Pharmazie beschäftigten Berufsgruppen nicht repräsentiert sind,

werden wir die Kammern als Privilegien sichernde Interessenorganisation kritisieren. Wir fordern vor allem eine Demokratisierung dieser Institution und ihrer Dachorganisationen. Ihre Realisierung schafft erst den Übergang von nur formal zugestandener zu praktizierter Demokratie/Mitbestimmung.

Wir kritisieren die in sich geschlossene Gesellschaft der Dachorganisationen BAK (Bundesapothekerkammer), DAV (Deutscher Apothekerverband), ABDA (Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände) – ihre Organe werden weitgehend vom ständig gleichen Personenkreis *privater UnternehmerInnen* besetzt; abweichende Meinungen aus dem Berufsstand werden *ebenso wenig gewürdigt wie die von ApothekerInnen anderer pharmazeutischer Arbeitsbereiche* (z.B. Krankenhaus, Krankenkasse). *Unsere inzwischen endlich akzeptierte (Str.) Forde-*

*rung nach Offenlegung der Zusammensetzung der Hauptversammlung nach Geschlecht, Status und berufspolitischer Position offenbart deutlich die einseitige Zusammensetzung der Hauptversammlung und demonstriert das von uns kritisierte Demokratiedefizit. (Str.)*

Wir stellen fest, dass die ABDA in erster Linie eine Organisation der Apotheken-InhaberInnen ist. Angestellte haben durch Struktur und Satzung der ABDA keine Möglichkeit, die Mehrheit der Mitgliederversammlung der ABDA zu stellen. Auch die Hauptversammlung des Deutschen Apothekertages spiegelt diese gewollte Situation wider: dies zeigt sich darin, dass 50 % der Delegierten von den Apothekerverbänden gestellt werden. Der ABDA-Aufbau bestimmt daher auch die Ausrichtung der Berufspolitik auf die Vertretung ständischer und materieller Interessen der ApothekeninhaberInnen. Deshalb fordern wir eine strikte Trennung von Apothekerverbänden und Apothekerkammern auf Bundesebene *und die Ausrichtung der Hauptversammlung durch die Arbeitsgemeinschaft der Landesapothekerkammern*. In der letzten Konsequenz bedeutet dies eine Auflösung der ABDA (Str.)

Wir fordern für alle Kammerbezirke:

- Verhältniswahlrecht statt Mehrheitswahlrecht,
- Vertretung aller relevanten Gruppen des Berufsstandes in den Vorständen der Kammern und in ihren Dachorganisationen,
- Transparenz der Kammerarbeit,
- Herausgabe wichtiger Entscheidungen der Kammer nur nach Konsensbeschluss oder nach Mehrheitsbeschluss unter Hinzufügung von Minderheitenvoten,
- Streichung des zu Fehlinterpretationen führenden Terminus „Vertretung der beruflichen Belange“ aus dem Aufgabengebiet der Kammern.

Zur demokratischen Weiterentwicklung der Kammern fordern wir von ihnen eine Öffnung der Kammerorgane für organisierte Patienteninteressen und eine konstruktive patientenorientierte Zusammenarbeit mit anderen Institutionen im Gesundheitswesen im Rahmen von Gesundheitskonferenzen und Runden Tischen.

## EU - Arzneimittelmarkt

*(teilweise Umstellung der Reihenfolge der Absätze)*

In der ersten Hälfte der 90er Jahre ist die Errichtung eines gemeinsamen Arzneimittelmarktes nahezu abgeschlossen worden. 1995 hat die European Agency for the Evaluation of Medical Products (EMA) in London ihre Arbeit aufgenommen. Dies ist auch für den deutschen Arzneimittelmarkt mit bedeutenden Veränderungen verbunden.

Die EU-weite Diskussion über Arzneimittel und die abgestuften Zulassungsverfahren (zentral, dezentral und national) machen die Mängel auf den jeweiligen Arzneimittelmärkten der Mitgliedstaaten sichtbar. Die Anwendung relativ strenger Regeln der EU für die Bewertung von Arzneimitteln in der Zulassung und in der Risikoabwehr verbessert die Möglichkeiten, zweifelhaft wirksame, bedenkliche oder unnütze Arzneimittel vom Markt fern zu halten oder zu verbieten. Diese Entwicklung unterstützt unsere Forderungen nach einer Qualitätsverbesserung der Märkte und damit nach einem besseren Verbraucherschutz.

Die Zulassungsentscheidungen der EMA sind – verglichen mit denen der deutschen Arzneizulassungsbehörden – deutlich transparenter. Wir fordern von den Zulassungsbehörden frei zugängliche zusammenfassende Darstellungen der fachlichen Gründe, die für oder gegen eine Zulassung gesprochen haben,

einschließlich der Verweise auf die vorgelegten Studien zur Wirksamkeit und Unbedenklichkeit. Die von uns geforderte Beteiligung von Konsumentengruppen ist bislang nicht ausreichend berücksichtigt worden.

Mit einer *verstärkten Harmonisierung* der Arzneimittelmärkte sind auch die Marktüberwachungssysteme effizienter geworden. Das komplexe System der Pharmakovigilanz, von der Herstellung bis zur Marktüberwachung, muss aber im Interesse der Arzneimittelsicherheit fortlaufend unter Nutzung verschiedenartiger Methoden in den Mitgliedstaaten und der gemachten Erfahrungen weiterentwickelt werden. Auch die strengeren Regeln bei der Durchführung von klinischen Studien (GCP = Good Clinical Practice) bedeuten mehr Schutz für ProbandInnen und PatientInnen.

Die Industriepolitik für den Arzneimittelsektor in der EU sieht eine Dreiteilung des Binnenmarktes für Arzneimittel verbunden mit spezifischen Regulationsmechanismen vor. So soll das Segment der innovativen patentgeschützten Arzneimittel, inklusive der Gentechnologie, gestärkt werden, indem die Rahmenbedingungen für Forschung und Investition verbessert werden. Andererseits sollen zur Deckung der Kosten der Innovationen Finanzierungsspielräume freigesetzt werden. Dazu werden zum einen der EU-weite Preiswettbewerb im nicht patentgeschützten Bereich - insbesondere über Generika und Reimporte - und zum anderen die Selbstmedikation gefördert.

**(Str.)** Daher zählen zu den Schwerpunkten der EU-Politik Maßnahmen zur Harmonisierung – und Erleichterung – der Entlassung von Arzneimitteln aus der Verschreibungspflicht. Wir fordern, dass Entscheidungen zur Verschreibungspflicht von den Behörden transparent gemacht werden. Der Rx-OTC-Switch muss sich strikt an einer sicheren Anwendung der Arzneimittel orientieren und darf niemals Argument zur Verbesserung der Umsatzzahlen im Selbstmedikationsmarkt sein.

Reimporte namensgleicher Arzneimittel aus anderen EU-Staaten bieten eine Möglichkeit der Kostenreduktion bei den Arzneistoffen, für die noch keine Generika existieren. **(Str.)** Wir setzen uns dafür ein, dass arzneimittelrechtlich bei der Zulassung von Reimporten und sozialversicherungsrechtlich bei einer möglichen Verpflichtung, diese bevorzugt abzugeben, die Gesichtspunkte der Ökologie und der Arzneimittelsicherheit Vorrang vor möglichen Kosteneinsparungen haben.

**(Str.)** Der Binnenmarkt zeigt Auswirkungen in verschiedenen Bereichen der Arzneimittelversorgung. Entwicklungen in Richtung einer verschärften Kommerzialisierung, wie die Einführung von Apothekenketten und Versandapotheken in Deutschland, lehnen wir strikt ab. Aus Gründen der Arzneimittelsicherheit lehnen wir auch die Werbung und den Handel über das Internet (electronic commerce) ab. Daher fordern wir die Änderung der europäischen Versandhandelsrichtlinie, die bisher den Versandhandel nicht generell verbietet, und Beschlüsse der WHO, die Verbote empfehlen.

**(Str., siehe Kapitel „Apo. von heute“ – Str., Inhalt überholt)** **(Str.)** Die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung bleiben nach dem Subsidiaritätsprinzip weiter in der Verantwortung der Mitgliedsländer. Dabei können Lösungen anderer Länder teilweise als Modell für das deutsche System dienen: Verschiedene Mechanismen für Kontrollen der Preisbildung durch den Hersteller wie in Frankreich und Großbritannien oder Fixaufschläge für Arzneimittel wie in den Niederlanden.

Vorbildcharakter hat außerdem in mancher Hinsicht das Modell der niederländischen sozialen Apotheken, die von der Stichting Apothekers in Loondienst (SAL) betrieben werden. Wir suchen

auch den Erfahrungsaustausch mit der Vereinigung Europäischer Sozialer Apotheken (VESAs).

## 2. Gesundheit und Politik – Wechselwirkungen

Gesundheit ist ohne Politik nicht machbar. Sie ist Ergebnis eines gesellschaftlichen Prozesses, der anerkennt, dass Gesundheit mehr ist als nur Arbeitsfähigkeit oder Abwesenheit von Krankheit, sondern dass sich zum physischen auch das psychische und soziale Wohlbefinden einstellen muss. Die gesellschaftliche Lage, die Arbeits-, Wohn- und Beziehungsbedingungen, in denen wir leben, tragen daher zu unserer Gesundheit bei, können sie aber auch zerstören. Die Angst im Alltag, ob vor möglicher Arbeitslosigkeit oder weltweiten Krisensituationen, ob vor dem Ozonloch oder den Auswirkungen des Giftmülls auf unsere Ökologie, die Belastungen am Arbeitsplatz durch vorgegebene enge und kommunikationsfeindliche Zeitstrukturen, durch Lärm, Hitze, grelles Licht oder aggressive Chemikalien, die Unsicherheiten der Risikobewertung von Atomkraft oder Gentechnologie oder die Unzufriedenheit über beengte Lebensverhältnisse und die Sorge um die Zukunft unserer Kinder – all dies beeinträchtigt unsere Gesundheit.

Auch gesellschaftliche Diskriminierung führt zu Krankheit. Hierunter leiden vor allem Frauen, ältere Menschen und AusländerInnen. Deren Lebensbedingungen sind geprägt von Chancenungleichheit, geringerer Wertschätzung ihrer Arbeit, Entmündigung und Entfremdung bis hin zur alltäglichen Isolation.

Diese Zusammenhänge prägen auch unseren Berufsalltag. Die Arzneimitteltherapie ist die am häufigsten angewendete Therapie bei allen Krankheitszuständen, ob somatischer, psychischer oder psychosomatischer Ursache: Der Konsum von Arzneimitteln steigt deutlich an. Er ist auch Anzeichen für die gesellschaftskonforme Lösungsstrategie, die den Missbrauch von Arzneimitteln als „Dopingmittel für den Alltag“ nicht mehr diskreditiert, sondern geradezu erwartet.

Gesundheit und Politik sind auch für uns PharmazeutInnen unauflösbar verbunden. **(Str.)** Wir warnen vor der zunehmenden Medikalisierung sozialer Probleme. Erst das Vordringen zu krankmachenden Ursachen und deren Beseitigung macht wirkliche Gesundheitspolitik möglich. Das bedingt gleichzeitig eine Neubewertung der Bedeutung der Gesundheitsförderung (im Sinne der Ottawa-Charta).

### Frauen und Pharmazie

Ein Blick in die jährlich vorgelegten ABDA-Geschäftsberichte macht es deutlich: von einer wirklichen Gleichberechtigung sind die Frauen in der Pharmazie noch weit entfernt. Obwohl 62 % der Approbierten Frauen sind, liegt der Anteil der Apothekenleiterinnen nur bei 41%. Die Tatsache, dass über die Hälfte der approbierten Mitarbeiterinnen teilzeitbeschäftigt arbeitet, lässt die Vermutung zu, dass sich auch hier die typische Doppel- und Mehrfachbelastung der Frauen widerspiegelt. Noch krasser stellt sich das Missverhältnis der Zahlen bei einem Blick in die Standespolitik dar. In den Vorständen der ABDA, der Apothekerkammern, der Apothekerverbände und anderer Standesorganisationen sitzen fast ausschließlich Männer, obwohl in den Apotheken unter Einbeziehung aller Berufsgruppen 86 % Frauen arbeiten. Auch in der Industrie, in den Krankenhausapotheken und in Lehre und Forschung sind Frauen – insbesondere in leitenden Positionen – noch immer die Ausnahme.

Die geringe Beteiligung von Frauen wird oft pauschal mit fehlender Qualifikation und mangelnder Leistungsbereitschaft der Apothekerinnen erklärt. Dennoch hat inzwischen die von uns konsequent geführte „Quotendebatte“ Bewegung in die Standespolitik gebracht. Einige wenige Kammern bemühen sich um die verstärkte *aktive Einbeziehung* von Apothekerinnen. (Str.)

Da die Frauen in vielen gesellschaftlichen Bereichen benachteiligt werden, muss sich unsere Forderung nach Gleichberechtigung auf alle Lebenszusammenhänge beziehen. Ein konkreter Beitrag des VDPP ist, dass zu allen Veranstaltungen Möglichkeiten der Kinderbetreuung angeboten werden.

Daraus ergeben sich unsere Forderungen:

- Für die Berufstätigkeit der Frauen müssen sozialpolitisch angemessene Rahmenbedingungen geschaffen werden.
- Um die berufliche Benachteiligung abzubauen, setzen wir uns für eine Quotenregelung in Lehre und Forschung, im Öffentlichen Dienst und in den Landesvertretungen ein.
- Wir fordern für alle Kammern die Wahl einer Frauenbeauftragten *mit der notwendigen, rechtlich abgesicherten Kompetenz zur wirksamen Interessenvertretung aller im Apothekenwesen beschäftigten Berufsgruppen*.
- Wir wenden uns gegen die Diskriminierung der Frau, die wir auch in unserem berufspolitischen Alltag ständig erleben z.B. als frauenfeindliche Werbung, in einer Medizin, die das Frau-Sein zur Krankheit erklärt (Schwangerschaft, Klimakterium), in der Neigung vieler ÄrztInnen, bei gleicher Diagnose Frauen häufiger Arzneimittel zu verordnen als Männern.
- Wir verurteilen den Versuch großer Arzneimittelkonzerne, insbesondere Frauen in der „Dritten Welt“ als Versuchsobjekte zu missbrauchen oder ihr Unwissen und Vertrauen als Konsumentinnen und Mütter auszunutzen (z.B. bei Kontrazeptiva und künstlicher Babynahrung).

### Gentechnologie und Bioethik

Die variablen Einsatzmöglichkeiten der Gentechnologie sind für viele Industriezweige (Pharma-, Chemie-, Agrar-, Lebensmittelindustrie etc.) interessant. Besonders im Bereich der größten öffentlichen Akzeptanz - Gesundheit, Medizin und Pharmazie - ist die Entwicklung weit fortgeschritten.

Die Faszination der „endgültigen Besiegbarkeit“ bisher unheilbarer Leiden und Erbkrankheiten beflügelt die Hoffnung der Kranken und die Gewinnaussichten der Pharmaindustrie. Wir geben jedoch folgende Aspekte zu bedenken:

- Eine adäquate Technologiefolgenabschätzung ist zur Zeit nicht möglich. Die ökologischen Risiken einer absichtlichen oder versehentlichen Freisetzung gentechnisch manipulierter Mikroorganismen sind zur Zeit unkalkulierbar.
- Gentechnisch hergestellte Arzneimittel befinden sich bereits auf dem Markt. Die hochgesteckten Erwartungen wurden jedoch vielfach enttäuscht (z.B. Humaninsulin). Der hohe Investitionsdruck verlangt die Vermarktung trotz medizinischer Risiken oder kostengünstigerer Alternativen (z.B. tPA vs. Streptokinase). Der vermeintliche Fortschritt geht dabei zu Lasten von Kranken und Krankenkassen. Auf die einst in Aussicht gestellten echten Lösungen für die Probleme Krebs und AIDS warten wir bisher vergebens.
- Das aufgrund der kritischen Haltung der Öffentlichkeit 1990 verabschiedete Gentechnikgesetz gesteht den Betreibern gentechnischer Anlagen weitgehende Freiräume zu. Die Novellierung des Gentechnikgesetzes bereits drei Jahre später brachte auf Druck der Industrie darüber hinaus das

„Aus“ für die letzten Elemente einer Entscheidungsbeteiligung der Öffentlichkeit.

- Die zunehmenden Erkenntnisse der Genom-Analyse verlangen nach adäquater Behandlung durch die Gentherapie oder die noch umstrittene Keimbahntherapie. Eugenische Fragen der „Erbgesundheit“ erlangen dadurch eine neue Qualität und werden erhebliche soziale Auswirkungen mit sich bringen.
  - Noch hält in Deutschland das restriktive Embryonenschutzgesetz Versuchen zur Aufweichung stand. In der vom Europarat 1996 verabschiedeten Bioethik-Konvention wird jedoch die Forschung an nicht einwilligungsfähigen Menschen erlaubt und das Klonen von Menschen nur teilweise untersagt. Dies lehnt der VDPP ab und hat bereits im Herbst 1995 seine Vorstellungen und Forderungen für „bioethische Mindeststandards“ in einem Positionspapier dargelegt.
- Inhalte und Ziele der Gentechnologie werden von wirtschaftlichen Interessen bestimmt, ohne die Öffentlichkeit daran zu beteiligen oder ihre Bedürfnisse zu berücksichtigen. Unsere Forderungen lauten daher:
- staatliche Förderung einer umfassenden Sicherheitsforschung,
  - keine Freisetzung gentechnisch manipulierter Organismen,
  - keine Patentierung gentechnisch veränderter Lebewesen,
  - Verbot militärischer Forschung mit gentechnischen Methoden,
  - Verbot des Eingriffs in die menschliche Keimbahn,
  - Verbot der (Gen)-Forschung an menschlichen Embryonen,
  - restriktiver Datenschutz für das menschliche Genom,
  - *Verbot des Klonens von Menschen*
  - Verbot der *fremdnützigen* (Gen)-Forschung an nicht einwilligungsfähigen Menschen,
  - Neuformulierung der gesetzlichen Grundlage für eine demokratisch kontrollierte Entwicklung und Anwendung in der Gentechnologie,
  - strenge Bedürfnisprüfung für die gentechnologische Herstellung von Arzneimitteln.

### Ökologie und Umweltschutz

In besonderer Weise sind wir als PharmazeutInnen aufgerufen, auf die Verbesserungen der ökologischen Randbedingungen unseres (Berufs-) Alltags zu achten. Der mit dem Wohlstand steigende Arzneimittelkonsum hat den Umweltschutz – besonders im Hinblick auf Herstellung, Verpackung, Werbung, Entsorgung – viel zu lange vernachlässigt.

Steigende Umweltbelastungen führen zu Erkrankungen, die durch Arzneimittel nur vordergründig behandelt werden können. Wenn Arzneimittel aber immer häufiger eingenommen werden, obwohl ihr Nutzen nicht ausreichend bestätigt ist, können auch hierdurch Umweltprobleme entstehen: Herstellung, Verpackung und Vernichtung von Arzneimitteln erzeugen riesige, nicht recyclingfähige Müllberge. Die gesetzliche Auflage, in jeder Apotheke umfangreiche Reagenziensätze vorrätig zu halten und Arzneimittelprüfungen durchzuführen, mutet unter dem Aspekt der Entsorgung der Analysenrückstände anachronistisch an. Zentrale Untersuchungsinstitute könnten den Laborabfall zumindest minimieren.

Wir fordern daher:

- Mehr Umweltschutz durch die Beschränkung des Arzneimittelmarktes auf solche Arzneimittel, für die ein therapeutischer, diagnostischer, hygienischer oder präventiver Nutzen nachgewiesen ist. Die Herstellung überflüssiger Arzneimittel

bedeutet Ressourcenverschwendung und erhöht das Sondermüllaufkommen.

- Bei der Zulassung von Arzneimitteln muss obligatorisch deren Umweltverträglichkeit geprüft werden.
- Mehr ökologisch vertretbare Forschungsstrategien zur Entwicklung und Testung neuer Arzneimittel – auch mit dem Ziel, die Tierversuche auf das unbedingt notwendige Ausmaß zu begrenzen (z.B. durch *verbesserte* Testmethoden zur Bestimmung der Toxizität von Wirk- und Hilfsstoffen).
- Die Entwicklung von Produktionstechnologien und analytischen Methoden auch unter ökologischen Gesichtspunkten.
- Bessere, umweltverträgliche Entsorgungskonzepte für nicht mehr verwendbare Arzneimittel und, wo immer möglich, die Verwendung recyclingfähiger Materialien bei der Herstellung und Verpackung von Arzneimitteln. Hierzu gehört auch die Einstellung von ressourcenverschwendenden Werbeaktionen (Bsp. PVC-Aufsteller).
- Strengste Qualitätskriterien für Arzneimittel/kosmetische Mittel vor allem hinsichtlich ihres Gehaltes an Pflanzenschutzmittelrückständen, an Schwermetallen und im Hinblick auf die radioaktive Belastung.
- Einschränkung des Angebots umwelttoxischer Pflanzenschutzmittel, Beratung zugunsten alternativer Pflanzenschutzmittel.
- Das Müllproblem der industrialisierten Länder darf nicht durch den Export von Giftmüll in die „Dritte Welt“ gelöst werden.

Unsere Forderungen richten sich sinngemäß an den gesamten Bereich der chemischen Industrie.

**(Einfügen und damit Auflösen des Kapitels: „Zivile Nutzung...“)**

Wir unterstützen *alle* Bemühungen (**Str.**) zum Ausstieg aus der Atomenergiewirtschaft! Wir fordern außerdem die Entwicklung von Programmen zur Einsparung von Energie und die Umschichtung der Forschungsmittel auf Projekte der alternativen Energiegewinnung.

### Friedensarbeit

Gesundheit als Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens ist *nur durch Frieden erreichbar*. Als Angehörige des Gesundheitswesens muss uns deshalb die Erhaltung des Friedens besonders am Herzen liegen. Als eine wichtige Aufgabe sehen wir dabei *die weltweite Abrüstung*, den Abbau von Feindbildern und die Vertrauensbildung zwischen den Völkern an. Die *Respektierung* der UNO *als die gemeinsame Institution der Völkergemeinschaft zur Wahrung des Friedens und Schlichtens von Konflikten* und die konsequente Verfolgung von Kriegsverbrechen *durch den internationalen Gerichtshof* sind dafür notwendig. Dies um so mehr, da das Ende des Kalten Krieges unsere Welt nicht friedvoller hat werden lassen. Um die Angehörigen unseres Berufsstandes für unsere Ziele zu gewinnen, ist die Zusammenarbeit mit Friedensinitiativen, besonders solchen im Gesundheitswesen (z.B. mit der IPPNW), von großer Bedeutung. Dazu ist es ja schon während der Auseinandersetzung um das sog. „Katastrophenschutzergänzungsgesetz“ gekommen, das u.a. die Einbindung des Gesundheitswesens in den Zivilschutz gewährleisten soll. Für uns ist jedoch der Schutz der Zivilbevölkerung angesichts des horrenden Potentials an Massenvernichtungswaffen eine Illusion. Ohne deren Verbot stellt der Zivilschutz nur ein Mittel der psychologischen Kriegführung dar, durch das die Kampfmoral der Soldaten gestärkt und die Bevölkerung beruhigt werden soll.

Erforschung, Produktion, Testung, Proliferation und Anwendung atomarer, biologischer und chemischer Waffen müssen verboten, *bereits* existierende Waffen weltweit vernichtet werden. Die PolitikerInnen müssen ernsthaft Möglichkeiten der Überprüfung dieses Verbotes entwickeln und Verstöße unter hohe Strafe stellen. PharmazeutInnen, die in der Industrie, der Bundeswehr und den Universitäten an der Entwicklung solcher Waffen beteiligt sind, sind aufgerufen, diese Tätigkeiten einzustellen.

Erst dann, wenn es keine Massenvernichtungswaffen mehr gibt, wird man über ein sinnvolles Zivilschutzkonzept nachdenken können.

### Arzneimittelversorgung in der „Dritten Welt“

Der größte Teil der Bevölkerung der sog. Dritten Welt lebt in Armut. Armut, sowohl auf individueller als auch auf sozialer Ebene, ist die wesentliche Ursache von Krankheit.

Die Ausgangslage lässt sich nur dann nachhaltig verbessern, wenn mehr Geld in die Verbesserung der Lebensverhältnisse der Bevölkerung und in den Ausbau der medizinischen Infrastruktur investiert wird. Da die meisten Länder der „Dritten Welt“ keine nennenswerte eigene Pharmaproduktion haben, werden die Arzneimittel gegen teure Devisen – häufig auf Kredit – aus den reichen Industrieländern importiert.

Nach wie vor besteht ein Großteil des Arzneimittelangebotes gerade auch deutscher Pharmakonzerne für die „Dritte Welt“ aus irrationalen Arzneimitteln. Dabei handelt es sich um Arzneimittel, die unsinnig zusammengesetzt, falsch dosiert, in mangelhafter pharmazeutischer Qualität, ohne positive Nutzen-Risiko-Bewertung, übersteuert oder am Bedarf der Bevölkerung vorbei angeboten werden. Da in vielen dieser Länder eine effiziente Importkontrolle fehlt, kommt es noch immer häufig zur Existenz doppelter Standards bzw. Substandards: Arzneimittel werden in die „Dritte Welt“ exportiert, die in dieser Form im Herkunftsland nicht verkehrsfähig wären. Warnhinweise, z.B. zu Kontraindikationen werden unterschlagen, neue Indikationen dazu erfunden.

Um so wichtiger sind wirksame Kontrollen des Exports von Arzneimitteln aus Deutschland. § 73a AMG sieht zwar vor, dass „bedenkliche“, d.h. nach §5 und §8 AMG verbotene Arzneimittel nicht exportiert werden dürfen. Jedoch bieten die Lücken im § 73a AMG viele Möglichkeiten, seine Bestimmungen zu unterlaufen.

Um den Export irrationaler Arzneimittel aus Deutschland einzudämmen, fordern wir:

- Kein Export von Arzneimitteln ohne reguläre Zulassung!
- Fiktiv zugelassene Arzneimittel dürfen nicht exportiert werden, solange der Nachweis ihrer Wirksamkeit und Unbedenklichkeit nicht erbracht ist.
- Arzneimittel, die vom Hersteller „freiwillig“ vom Inlandsmarkt genommen werden, um den Verlust der Zulassung zu vermeiden, dürfen auch nicht mehr exportiert werden.
- Arzneimittel müssen auch dann ein reguläres Zulassungsverfahren durchlaufen, wenn sie nicht für den Inlandsmarkt, sondern ausschließlich für den Export bestimmt sind.
- Bestimmungen zur Exportkontrolle dürfen nicht nur auf Fertigarzneimittel beschränkt bleiben, sondern müssen in gleicher Weise auch für Halbfertig- und Bulkware gelten.

Wir unterstützen die Anwendung der „Essential Drug List“ der WHO. Sie enthält alle aktuell wichtigen Arzneistoffe für eine pharmakotherapeutisch sinnvolle Grundversorgung zu vernünftigen Kosten.

Bei Spenden bevorzugen wir Geld- gegenüber Materialspenden. Diese ermöglichen es, die im Empfängerland benötigten Arzneimittel auf dem Weltmarkt günstig einzukaufen. Sollten Materialspenden zur kurzfristigen Bedarfsdeckung unumgänglich sein, sollen sie gemäß den WHO-Richtlinien für Arzneimittelspenden organisiert und durchgeführt werden. Ungezielte Arzneimittelsammlungen aus Apotheken und Arztpraxen lehnen wir ab, weil sie zu einem ungeordneten Sammelsurium von Kleinstmengen führen, das vor Ort mehr Probleme schafft als löst.

#### Geschichte der Pharmazie

Der VDPP steht in der Tradition einer Reihe von PharmazeutInnen, die sich konsequent auf die Seite der PatientInnen gestellt haben. Die offizielle Pharmaziegeschichtsschreibung hat bisher zu wenig zur Erforschung ihres Wirkens beigetragen. Aus unserer Sicht hilft jedoch das Wissen um diese Traditionen, gegenwärtige Entwicklungen und damit eigene Positionen in historische Zusammenhänge einzuordnen. Deshalb fördert der VDPP diese Auseinandersetzungen auch mit eigenen Projekten; z.B. Ausstellungen zu folgenden Themen:

- 1991: Vertreibung und Vernichtung jüdischer Apotheker
- 1999: 100 Jahre Frauenpharmaziestudium.

Von besonderer Bedeutung ist das Verhältnis unseres Berufsstandes zum Nationalsozialismus. Auch hier zeigen sich Defizite der offiziellen Pharmaziegeschichtsschreibung, bleiben viele Fragen offen: Warum waren die Apotheker in überdurchschnittlichem Maße für den Nationalsozialismus anfällig? Warum ließen sich die Berufsorganisationen so leicht gleichschalten? Wie verhielt sich die pharmazeutische Industrie in dieser Zeit? Die IG Farben (u.a. Hoechst, Bayer, BASF, Cassella, Kalle) lieferte einen großen Teil des notwendigen Kriegsmaterials und bediente sich zu dessen Produktion der Häftlinge der Konzentrationslager. Wir unterstützen die Forderungen der Zwangsarbeiter der IG-Farben nach Entschädigung! Die IG Farben verdiente auch direkt an der fabrikmäßigen Ermordung der KZ-Häftlinge durch die Lieferung von Zyklon B nach Auschwitz. Sie nahm zudem den Tod von Menschen bei Experimenten zu „Forschungszwecken“ in Kauf. In Westdeutschland wurde eine intensive und schonungslose Offenlegung der Verstrickungen der chemisch-pharmazeutischen Industrie mit dem NS-Staat nach 1945 verhindert, um den Aufschwung unter dem Eindruck des beginnenden Kalten Krieges zu erleichtern. Da wir unseren Beruf im übergroßen Schatten der pharmazeutischen Industrie ausüben, müssen wir überlegen, wie wir unser Verhältnis zu eben jener Industrie gestalten wollen. Wir müssen eine größere Unabhängigkeit erreichen und fordern demokratische Kontrollmöglichkeiten.

Die Verstrickungen der ApothekerInnenschaft und aller PharmazeutInnen mit dem NS-Staat gilt es aufzudecken, nach den Ursachen zu fragen und die Ergebnisse dieser Forschung in der Berufsöffentlichkeit breit zu diskutieren. Nur so kann der Berufsstand auf ähnliche Gefahren angemessen reagieren und Ansätzen von Rassismus und Totalitarismus wirksam entgegen treten. Wir fordern von der gesamten ApothekerInnenschaft, sich dieser Problematik zu stellen und entsprechende Projekte zu unterstützen.

Inzwischen gehört zu den Aufgaben des VDPP auch die Beschäftigung mit der Geschichte der DDR-Pharmazie. Mit dem Zusammenbruch der DDR und ihrem Anschluss an die BRD 1989/90 ergab sich für das entstehende gesamtdeutsche Gesundheitssystem die Möglichkeit, die jeweiligen Vorteile der

beiden Systeme miteinander zu verknüpfen. Im übereilten Tempo des Anschlusses wurde diese Chance jedoch nicht genutzt.

Trotzdem besteht noch die Möglichkeit und die Notwendigkeit, Erkenntnisse der DDR-Pharmazie einzubringen. Bei der Diskussion um neue Strukturen im bundesdeutschen Gesundheitswesen, müssen die Erfahrungen (z.B. im Verhältnis Arzt und Apotheker) und verpassten Möglichkeiten der DDR-Pharmazie berücksichtigt werden. Den Einfluss von Partei und Staat gilt es aufzudecken, systemimmanente Probleme sind zu benennen.

• • •

### TERMINE

#### Regionalgruppe Berlin

Die Regionalgruppe trifft sich an jedem 3. Mittwoch im Monat um 20 Uhr im Café Blisse, Blissestraße 14, 10713 Berlin. Nächste Termine: 15. September, 20. Oktober, 17. November 1999

#### Regionalgruppe Hamburg

Die Regionalgruppe trifft sich alle 2 Wochen mittwochs bei Bernd Rehberg, Brahmallee 18, 20144 Hamburg. Nächste Termine: 22. September, 6. und 20. Oktober, 3. und 17. November 1999

#### Regionalgruppe Hessen

Termine bitte bei Udo Ament erfragen (siehe Rückseite)

#### Herbstseminar

Das Herbstseminar wird am 6. November 1999 in Hamburg stattfinden. Eine gesonderte Einladung wird euch zugehen.

#### Apothekertag

30. September - 3. Oktober 1999 in Leipzig

#### Öffentliche Anhörung des Bundestagsgesundheitsausschusses zur Gesundheitsreform

Die für die Arzneimittelversorgung relevanten Punkte werden am 22. September 1999 von 13 bis 15 Uhr behandelt. Ort: Fraktionssaal der SPD, Berlin

#### VDPP-Vorstand

12. November 1999, voraussichtlich in Hamburg bei Jürgen Große

Alle Termine ohne Gewähr. Bitte fragt vorher bei der Geschäftsstelle oder bei den regionalen Kontaktleuten nach, da die Termine sich gelegentlich verschieben können.

# Verschiedenes

Die Bäume fallen von den Blättern, das Jahr geht zu Ende, und die Mitgliedsbeiträge müssen bezahlt werden. Die KollegInnen, die dies bislang per Überweisung zu erledigen pflegten und dies gelegentlich vergaßen, seien daran erinnert, dass sie sich und der Geschäftsstelle das Leben durch die Erteilung einer Einzugsermächtigung nicht unbeträchtlich erleichtern können (Telefon 0 40 / 45 87 68).

Eine weitere Bitte: Bei Seminaren und Mitgliederversammlungen entstehen dem Verein gelegentlich nicht unbeträchtliche und völlig unnötige Mehrkosten dadurch, dass einige TeilnehmerInnen sich zwar mit Übernachtungen anmelden, diese

aber nicht oder nicht im angemeldeten Umfang in Anspruch nehmen. Seid so nett, und meldet euch nur für die Nächte an, die ihr auch tatsächlich in der Tagungsstätte zu verbringen gedenkt.

Noch etwas: Es geschieht immer wieder, dass Rundbriefe wegen Unzustellbarkeit von der Post zurückgesandt werden, und dass Abbuchungen nicht ausgeführt werden können. Natürlich denkt man / frau bei einem Umzug oder einem Wechsel der Bankverbindung nicht unbedingt zuallererst an den VDPP. Dennoch könnte ein kurzes Telefongespräch oder eine Postkarte (VDPP c/o Fleming-Apotheke, Grindelallee 182, D-20144 Hamburg) Gudrun Meiburg das Leben etwas weniger schwer machen und dem Verein unnötige Bankgebühren von 15,- DM pro nicht ausführbare Lastschrift ersparen.



## Beiträge für den Rundbrief

Rundbriefbeiträge erreichen die Redaktion in unglaublich vielen verschiedenen Formen: E-Mails, angehängte Dateien zu E-Mails, Disketten mit Texten in diversen Formaten (von verschiedenen Textverarbeitungen in etlichen Versionen), maschinengeschriebene Texte, vom Computer ausgedruckte Texte und auch handgeschriebene Texte. Wir können fast alles verarbeiten, der Arbeitsaufwand, der uns dabei entsteht, ist aber recht unterschiedlich.

Natürlich freuen wir uns wirklich über jeden Artikel und jede Zuschrift, aber ihr könnt uns das Leben durch die Berücksichtigung folgender Punkte sehr erleichtern:

1. Am allerliebsten erhalten wir die Artikel per E-Mail an die Adresse [redaktion@vdpp.de](mailto:redaktion@vdpp.de) oder [grosse@hanse-net.de](mailto:grosse@hanse-net.de). Wenn die Artikel keine besonderen Formatierungen (z. B. unterstrichener, kursiver, fettgedruckter Text) enthalten, dann müsst ihr keine Word-Dateien o. ä. an die eigentliche Mail anhängen, übernehmt Euren Text einfach per "Kopieren" und "Einfügen" in die Mail, das kostet am wenigsten Kilobyte. Wo der eigentliche Artikel anfängt, sehen wir schon, niemand braucht zu befürchten, dass ihr / sein Artikel mit "Hallo Jürgen" beginnt. Formatierungen könnt ihr mit Sternchen für \*fett\*, Unterstrichen für unterstrichen und Schrägstrichen für /kursiv/ wiedergeben.

2. Wenn ihr die Beiträge als angehängte Textverarbeitungsdateien verschicken möchtet, dann sollte es nicht unbedingt die allerneueste Word-Version sein, wir arbeiten mit Word 7.0, das wohl ältere, nicht aber neuere Formate lesen kann. Auch in neueren Versionen und in Lotus, Wordperfect etc. kann der Text im Format Word 7.0 (= Word 95) oder älter gespeichert werden. Falls ihr euch nicht sicher seid, speichert den Text in verschiedenen Formaten.

3. Blocksatz, Spalten, Striche, Seitenzahlen, Schriftwechsel und was es da noch so an zusätzlichen Formatierungen gibt, erleichtern die Bearbeitung nicht unbedingt. Bilder, Tabellen,

Grafiken etc. sind durchaus erwünscht, sollten aber am besten auf Papier oder zumindest als getrennte Dateien (in hoher Auflösung) zugesandt werden.

4. Da uns für diesen Rundbrief Beiträge in alter und neuer Orthographie erreicht haben, haben wir, um ein einheitliches Erscheinungsbild zu erzielen, im Rahmen unserer begrenzten Kenntnisse alle Beiträge auf die neue Rechtschreibung umgestellt. Wer dies aus ideologischen Gründen ablehnt oder für einzelne Wörter auf einer bestimmten Schreibweise besteht, teile uns dies mit.

5. Wer keine Möglichkeit hat, die Texte per E-Mail zu verschicken, aber einen Computer besitzt, kann uns die Texte auf einer 3 1/2-Zoll-Diskette zusenden. Für das Format gilt das Gleiche wie für das mailen der Texte.

6. Wer keinen Computer besitzt, kann die Beiträge natürlich auch mit der Schreibmaschine schreiben, vorzugsweise einseitig beschrieben und mit einer ganz normalen Schreibmaschienschrift.

7. Verschiedenes: Fußnoten sollten als normaler Text am Ende des Beitrags erscheinen. Für einen Absatz drückt man zweimal die Return-Taste.

Außer über Originalbeiträge freuen wir uns natürlich auch über Hinweise auf Artikel von euch, die ihr anderswo veröffentlicht habt. Wenn die betreffende Zeitschrift dies zulässt und die Beiträge den Rundbrief-Umfang von der Länge her nicht sprengen, drucken wir sie gerne ab. Andernfalls würden wir gerne die Zusammenfassung bringen.

Falls ihr irgendwo etwas lest, von dem ihr meint, dass es die Rundbrief-Leser interessieren könnte, schickt uns Kopien des Artikels. Wenn möglich, fragt die betreffende Zeitschrift, ob wir es im Dokumentationsteil abdrucken können, und sagt es uns, sonst kümmern wir uns darum.

**Ohne und mit akademischen Weihen**

**Frauen in der Apotheke  
Seit 100 Jahren studieren Frauen  
Pharmazie**

**Apothekertag 1999 in Leipzig**

**30. 9. bis 3. 10. 1999  
auf dem neuen Messegelände**

Wir möchten alle einladen, zum diesjährigen Apothekertag nach Leipzig zu kommen. Hier werden wir zeigen, was wir alles zum Thema Frauen in der Pharmazie zusammengetragen haben. Vor gut hundert Jahren gingen die Meinungen noch sehr auseinander.

- Darf man Frauen den Umgang mit Giften zugestehen?
- Sind Frauen ausreichend begabt, um die Ausbildung zur Apothekerin meistern zu können?
- Ist die Tätigkeit in der Apotheke den Frauen wesensfremd oder ganz im Gegenteil, ist die für Frauen besonders geeignet?
- Kann die Moral an der Universität bestehen, wenn plötzlich Frauen in der Vorlesung sitzen?

Diese Fragen wurden bei Einführung des Frauenstudiums sehr ernsthaft diskutiert und das, obwohl die Heilkunde traditionell schon seit Jahrtausenden immer auch von Frauen ausgeübt wurde.

Heute sind drei Viertel der Neu-Approbierten Frauen. Der Wandel in der Gesellschaft und im Beruf ließ die Pharmazie weiblich werden. Wir zeigen Stationen dieser Entwicklung auf.

Ich hoffe viele neugierig gemacht zu haben.  
Also dann, bis zum Apothekertag in Leipzig!

Gudrun Hahn und die Arbeitsgruppe

**Abendveranstaltung**

**Am 2. 10. 1999, Samstagabend, 19.30 Uhr**

veranstaltet die Arbeitsgruppe Frauenausstellung eine Frauen-  
diskussionsrunde.

Bei einem gemütlichen Buffett gibt es einen Austausch zu Fragen der heutigen Arbeitssituationen. Was haben wir erreicht? Wo halten sich die alten Vorurteile? Wie können wir unsere berufliche Tätigkeit stärker gestalten?

Die Veranstaltung findet in einem Innenstadt-Hotel statt. Der Ort kann auf der Ausstellung oder beim VDPP erfragt werden Telefon 040 - 45 87 68.

**Zum Beratungsbogen Durchfall  
in VDPP-Rundbrief Nr. 48 April 1999**

• von Udo Puteanus

Als ehemaliger Mitarbeiter der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände (AgV) habe ich die Aussagen des vorliegenden "Beratungsbogens Durchfall" mit den Aussagen des entsprechenden Kapitels der von der AgV herausgegebenen Broschüre "Arzneimittel ohne Arzt?! Krankheiten, Ursachen, Medikamente, Wirkung, Kosten", 2. Auflage 1998, verglichen. Dort werden die guten und knappen Ausführungen des Beratungsbogens durch die Autoren Johanne Lederer und Gerd Glaeske folgendermaßen ergänzt:

1. Auch Angst, Nervosität und Anspannung können Ursachen von Durchfall sein.
2. Sinnvoll kann auch die Frage nach der Dauer der Durchfallperiode sein, um unkomplizierte Durchfälle von therapiebedürftigen Durchfällen, die einen Arztbesuch erfordern, abzugrenzen.
3. Coca-Cola eignet sich deswegen nicht, da das enthaltene Koffein die Darmtätigkeit erneut anregen kann. Als Alternative wird vorgeschlagen: Der Saft von 4 Orangen, 7 Teelöffel Traubenzucker und 1 Teelöffel Tafelsalz auf einem Liter abgekochtem Wasser. Auch geeignet sind: 1 - 2 Teelöffel Traubenzucker und 1 Teelöffel Salz in 1 Liter reinem Orangensaft. Pro Tag sollen Erwachsene 2 - 3 Liter dieser Lösung trinken."
4. Der Beratungsbogen sollte deutlich darauf hinweisen, dass Arzneimittel nicht immer Mittel der Wahl sind, sondern erst bei Versagen der o. g. "Hausmittel" zum Einsatz kommen sollten. Dieser Hinweis gehört, wie ich meine, bei Hinweisen aus dem VDPP immer dazu, um der Medikamentengläubigkeit in Deutschland zu begegnen.
5. Bei Loperamid wird in der Broschüre der AgV darauf verwiesen, dass das Arzneimittel nicht die Ursache beseitigt und sogar das Ausscheiden von schädlichen Stoffen verhindert. Mittel mit Loperamid seien im Urlaub eine wertvolle Hilfe, doch sollten sie nur für kurze Zeit angewendet werden.
6. Gerbstoffe werden in der AgV-Broschüre mit dem Hinweis auf ihre rein kosmetische Wirkung negativ bewertet. Auf ebenso unsicheren Füßen (wie med. Kohle, U. P.) steht der Nutzen von Tannalbuminat in Arzneimitteln wie Tannalbin® beziehungsweise Tannacomp® – auch bei der Anwendung im Urlaub, obwohl die Werbung Wunder verspricht.
7. Die Autoren der AgV-Broschüre sind auch gegenüber dem Präparat Perenterol® skeptisch: „Zwar liegen zum Beispiel für Perenterol eine Reihe von Studien vor, die positive Effekte andeuten – die Aussagekraft wird allerdings unterschiedlich gesehen.“

Ich halte die kurzen Beratungsbögen für sehr sinnvoll, wenn sich dadurch gewisse Standards der Information und Beratung flächendeckend durchsetzen lassen.

# Das Euter als Chemiefabrik?

Die Initiative „Kein Patent auf Leben!“ hat aus tierrechtlichen, ethischen und wissenschaftlichen Gründen Einspruch gegen ein Tierpatent erhoben

von Linde Peters

## Teil 1: Einführung

Am 22. April dieses Jahres hat die Initiative „Kein Patent auf Leben!“ beim Europäischen Patentamt gegen das Tierpatent EP 771 874 B1 Einspruch erhoben.

Wie beim Krebsmaus-Patent vor einigen Jahren handelt es sich wieder um eine Maus und wieder umfassen die Ansprüche alle Tiere, die dieses Gen enthalten, mitsamt allen Nachkommen, die daraus gezüchtet werden. Nicht einmal der Mensch ist ausgeschlossen! Damit verstößt das Patentamt gegen die geltende Rechtslage, die besagt, dass Tiere und Tierarten, sowie im wesentlichen biologische Verfahren (wie die Züchtung) nicht patentierbar sind, sofern es sich nicht um Mikroorganismen (z.B. Bakterien und Hefen) handelt. Selbst der Pressesprecher des Europäischen Patentamtes, Rainer Osterwalder, teilt diese Ansicht. Gegenüber einer von uns (Frau Dr. Tippe) äußerte er die Ansicht, es sei ein Fehler gewesen, dass die Ansprüche auf Säugetiere dringeblichen seien und dass ein Disclaimer (das ist eine ausdrücklich erklärte Ausnahme von einem Anspruch) für den Menschen fehle. Allerdings ergänzte er, das sei eine inoffizielle Mitteilung.

Worum geht es in diesem Patent? Ein menschliches Bluteiweiß (Serumalbumin) soll in Mäusmilch produziert werden. Wie bei solchen Patenten üblich sind diesem Anspruch ein ganzes Bündel Erweiterungen zur Seite gestellt. Danach soll die Produktion beliebiger Eiweißstoffe in der Milch beliebiger, gentechnisch manipulierter Säugetiere mit unter den Patentschutz fallen. Gedacht ist an sogenannte „wertvolle Eiweißstoffe“. Das können Medikamente oder andere medizinisch verwertbare Stoffe sein, aber auch Materialien für die Industrie. Eine Woche nach unserem Einspruch ging eine Meldung durch die Presse, es sei geplant, ein Gen aus Spinnen in Ziegen einzubauen, damit sie in der Milch die Seide produzieren, aus der die Spinnen ihre Netze knüpfen. Das neue Material wird Bio-Stahl genannt, es sei härter als Stahl und leichter als Kunststoff und soll u.a. in der Luft- und Raumfahrt Verwendung finden. Ziegen statt Hochöfen also.

## Teil 2: Kurzfassung des Einspruchs

### 1. Die Maus als Modell

Beweise werden nur für die Kombination: Maus/Humanserumalbumin (HSA) vorgelegt. Diese Kombination ist aber ohne praktischen Nutzen, da für die HSA-Menge eines Liters Blut über 140 Liter Mäusmilch gebraucht würden. Die an der Maus gewonnenen Resultate sind andererseits nicht einfach auf größere Tiere übertragbar. Dafür gibt es zahlreiche Zitate aus der Fachwelt.

### 2. Effektivität der Produktionsmethode

Die erreichte Konzentration von 0.3 Gramm/Liter Milch wird „effektiv“ genannt, obwohl zahlreiche ähnlich manipulierte Tiere wesentlich höhere Ausbeuten erreichen, bis 60 Gramm/Liter (das ist das 200fache), allerdings für andere Eiweißstoffe. In eigenen Arbeiten bezeichnen die Autoren des Patentes eine Ausbeute von 0.3 Gramm/Liter als „mäßig effektiv“ bzw. „enttäuschend“. Warum wird sie dann in der Patentschrift „effektiv“ genannt?

Andere Forscher haben nicht über HSA gearbeitet. Grund: Kein Bedarf, es kann aus Blut billiger hergestellt werden. Die Autoren sagen hierzu, wenn die anderen Blutfaktoren künftig gentechnisch hergestellten, würde das Ausgangsmaterial für HSA teurer. Das ändert aber nichts an der Tatsache, dass eine gentechnische Herstellung von HSA nicht notwendig ist.

### 3. Das in die Tiere eingebaute Gen-Konstrukt

Das Prinzip des Gen-Konstruktes ist nicht neu. Die Autoren haben die Ergebnisse anderer lediglich variiert. Solche Analog-Arbeiten gehören zum Stand der Technik und sind nicht patentwürdig.

### 4. Gewebsspezifität der Gen-Aktivität

In der Patentschrift wird als positiv herausgestrichen, dass Fremdaktivitäten nur in den Muskeln vorkommen. Es wurden aber nur vier Organe untersucht (Gehirn, Niere, Muskeln, Speicheldrüse). In manchen Arbeiten anderer Forscher werden bis über 20 Organe untersucht und höhere Gewebsspezifitäten gefunden, wenn auch für andere Eiweißstoffe. Allerdings sind wegen stark schwankender Werte (aufgrund der immer noch sehr unzureichenden gentechnischen Methode) weder bei den Patentautoren noch bei anderen hierzu sichere Aussagen möglich.

Die Patentautoren hatten mit einem Vorläufer ihres Gen-Konstruktes hohe Aktivitäten in der Haut gefunden. In den Patentunterlagen fehlen Angaben für die Haut. Warum? Das ist eine in unseren Augen vollkommen unverständliche Auslassung. Haben die Autoren hier ungünstige Ergebnisse weggelassen?

Zu 1. - 4. insgesamt: Die Autoren stellen ein System vor zur Produktion eines Eiweißes, das auch auf andere Weise preiswert zugänglich ist, und wohl deshalb von anderen Forschern nicht erarbeitet wurde. U.a. deshalb ist das Konstrukt in dieser Form einmalig. Aber im Vergleich zu entsprechenden Systemen, in denen andere Eiweiße in Milch produziert werden, fällt es bezüglich mehrerer Eigenschaften z.T. weit zurück.

### 5. Werden die Tiere krank?

Welche Auswirkungen sind von den eingebauten Gen-Konstrukten für die Gesundheit der Tiere zu erwarten? Bei den sogenannten Tiermodellen, z.B. Onkomaus, Alzheimermaus, Immunmangelmaus und viele mehr, ist klar, dass es sich um Quälzuchten handelt. Den Tieren wurde gezielt eine Erkrankung angezchtet, um an ihnen Heilungsmethoden ausprobieren zu können.

Grundsätzlich ist festzuhalten: Wenn eine Züchtung mit Leid für die Tiere verbunden ist, bedeutet allein schon die Weiterzucht für jedes Tier einen Tierversuch von Geburt an. Damit entfällt die Möglichkeit der im Tierschutzgesetz von Fall zu Fall vorgeschriebene Abwägung zwischen dem Leid des Tieres und dem von dem Experiment erwarteten Nutzen. So konnte es geschehen, dass die Onkomaus über Jahre gezüchtet wurde, ohne dass sie irgendjemand zum Experimentieren gekauft hat. Über die Tiere, die gezüchtet wurden, um Eiweiß in der Milch

zu produzieren, schreiben viele – aber nicht alle – Autoren, sie hätten einen gesunden Eindruck gemacht und es gäbe keine Anzeichen nachteiliger Auswirkungen. In anderen Arbeiten gibt es Hinweise auf Beeinträchtigungen oder Mitteilungen, die als Hinweise auf mögliche Beeinträchtigungen gelten können. Hierzu gehören:

- eine hohe Zahl von Fehlgeburten, Todgeburten oder Todesfälle kurz nach der Geburt;
- Veränderungen an der Milchdrüse, Konzentrationsänderungen auch des körpereigenen Eiweißes in der Milch, veränderte Laktationsperioden;
- Produktion des Fremdeiweißes in anderen Organen mit der Möglichkeit unverträglicher, krankmachender Wirkungen.

In der Patentschrift heißt es zum Thema Tiergesundheit, bisher seien keine tödlichen Nebenwirkungen mit der Aktivität von Fremdgenen in Zusammenhang gebracht worden, die spezifisch in den Milchdrüsen der Mäuse arbeiten. Es sei jedoch wichtig, die Aktivitäten in anderen Organen besser zu kontrollieren, um unvorhergesehene negative Folgen auf das Wohlergehen der Tiere zu verhindern.

Die Autoren gestehen damit ein, dass ihre Züchtung aus der Sicht des Tierschutzes verbesserungsbedürftig ist. Außerdem knüpfen sie ihre Argumente an einen möglichen tödlichen Ausgang der Nebenwirkungen. Tierschutz beginnt aber nicht erst beim Tod des Tieres! Dabei beziehen sich die Beobachtungen nur auf Humanserumalbumin, ein Eiweiß, das wegen seiner Eigenschaften als Blutersatzstoff gefragt ist. Es hat keine ausgeprägten Wirkungen auf den Stoffwechsel, weshalb auch kaum Nebenwirkungen zu erwarten sind.

Einige der Patentansprüche gehen jedoch darüber hinaus und umfassen beliebige andere Eiweißstoffe. In der Patentschrift steht, dass mit dem neuen Gen-Konstrukt jedes Eiweiß in der Milchdrüse gebildet werden könne. In der Regel wird es sich dabei um menschliche Eiweißstoffe oder Abwandlungen davon handeln. Ist von solchen menschengespezifischen Stoffen eine Wirkung auf andere Säuger zu erwarten? Die Antwort ist: in der Mehrheit der Fälle: „Ja“. Für die meisten eiweißartigen Wirkstoffe gibt es bei den verschiedenen Säugern Entsprechungen, die neben einigen strukturellen Unterschieden auch weitgehende Homologien aufweisen. Als Folge davon sind sie meist artübergreifend wirksam, wenn auch die Aktivitäten in den fremden Arten im allgemeinen abgeschwächt sind.

Das bedeutet, eine Produktion von Fremdeiweiß in anderen Organen als der Milchdrüse ist eine Gefahr für die Gesundheit der Tiere. Bei den Versuchen, die dem Patent zugrunde liegen, sind solche Fremdaktivitäten in Muskeln beobachtet worden. Außerdem zeigt ein Blick in die wissenschaftliche Literatur, dass ganz allgemein bei solchermaßen gentechnisch manipulierten Tieren die Werte so extrem schwanken, dass auch innerhalb einer Tierlinie keine sicheren Aussagen für die Nachkommen möglich sind. Das heißt auch dann nicht, wenn bei einigen Tieren in keinem der untersuchten Organe eine Fremdaktivität gefunden wurde.

Die meisten Untersuchungen wurden nur mit Weibchen angestellt, weil ja nur deren Milch im Mittelpunkt des Interesses steht. Aber natürlich enthalten die zur Weiterzucht eingesetzten Männchen auch das Gen, so dass Fremdeiweiß in ihr Blut gelangen kann. Die wenigen, mit Männchen durchgeführten Arbeiten zeigen,

- dass bei ihnen Aktivitäten in verschiedenen Organen vorkommen,

- dass das Verteilungsmuster der Aktivitäten auf die Organe anders sein kann als bei den Weibchen derselben Tierlinie und
- dass das Gen-Konstrukt in das männliche Y-Chromosom eingebaut werden kann. Die Vererbung erfolgt dann ausschließlich über die männliche Linie.

Männchen wurden sogar hormonell stimuliert, so dass sie ebenfalls Milch produzierten. Ziel dieser Eingriffe war, die Milch zu analysieren, um daraus Anhaltspunkte für den Wert der Männchen zur Weiterzucht zu erhalten.

Fazit: Die Produktion von Fremdeiweiß in anderen Organen als der Milchdrüse kann die Gesundheit der Tiere beeinträchtigen, wenn dabei hochwirksame Eiweißstoffe in zu hoher Konzentration und/oder zur falschen Zeit am falschen Ort zur Wirkung kommen. Wann und wo solche unerwünschten Aktivitäten auftreten, ist weder vorhersagbar noch ausreichend untersucht. Diese Gefahren sind konkret vorhanden und das Ausmaß der gesundheitlichen Schädigung kann unbegrenzt hoch sein (vgl. das Zitat aus der Patentschrift).

Die bisher genannten Gefahren sind solche, die von einer direkten Wirkung der produzierten Eiweißstoffe ausgehen. Es gibt aber auch eine Reihe von Beobachtungen, die auf indirekte Veränderungen im Tierstoffwechsel schließen lassen.

Die Milch ist keine unstrukturierte Lösung, sondern ein komplexes System aus Micellen. Das sind supramolekulare Strukturen, die durch besondere Wechselwirkungen der Milcheiweiße untereinander entstehen. Die Fähigkeit, solche Wechselwirkungen auszuüben, gehört zur natürlichen Funktion der Caseine und anderer Milcheiweißstoffe. Wird dieses Zusammenspiel durch die Produktion größerer Mengen von Fremdeiweiß gestört, so kann nicht mit Sicherheit vorhergesagt werden, welche Konsequenzen sich daraus ergeben.

In einer Arbeit wird berichtet, dass bei einer transgenen Ziege ab dem zweiten Tag der Laktation Ausflockungen in der Milch auftraten, und dass dadurch beide Zitenausgänge periodisch verschlossen wurden. Es kam daraufhin zu einer schnellen Verminderung der Milchbildung und zu einer erhöhten Knotigkeit der Milchdrüse. Bedenkt man die Funktion der Milcheiweiße und die zum Teil erreichten, in jedem Fall aber angestrebten, hohen Konzentrationen des gentechnisch erzeugten Fremdeiweißes, so ist es erstaunlich, dass solche Mitteilungen nicht häufiger auftauchen. Es ist zu vermuten, dass über nachteilige Auswirkungen dieser Art nicht immer berichtet wird. Andere Autoren schreiben, dass zwei Schweine-Linien nicht in der Lage gewesen seien, die Laktation aufrechtzuerhalten. Sie zitieren außerdem die mündliche Mitteilung eines Kollegen, dass bei einigen Mäusen das gleiche Problem aufgetreten sei.

Ein Großteil der biologisch aktiven Eiweißmoleküle braucht für seine Funktionsfähigkeit eine bestimmte Ausstattung mit zuckerartigen Verbindungen (Kohlenhydraten). Die Anhef-

## KEIN PATENT AUF LEBEN!

Frohschammerstr. 14,  
80807 München

Telefon 089-35 65 18 42

Telefax 089-3 59 66 22

E-mail: KeinPatent@aol.com

Postbank München

BLZ 700 100 80

Kontonummer 83131-807

Inhaber: Gene-thisches Netzwerk

Dr. Linde Peters / Dr. Ruth Tippe

tion der Kohlenhydrate erfolgt nachträglich an die ansonsten fertig erstellten Kettenmoleküle. Diese nachträglich modifizierenden Reaktionen werden nicht vom Gen für das betreffende Eiweiß gesteuert, sondern sie sind eine Stoffwechselleistung des Organismus, in dem das Eiweiß hergestellt wird. Das ist ein Grund, weshalb Bakterien oder Hefen als Produktionsstätten für komplexere Eiweißstoffe ungeeignet sind. Die Milchdrüse verfügt zwar über diese Fähigkeiten, aber nicht in unbegrenzter Höhe. So wurde gefunden, dass für menschliches Protein C in Schweinemilch diese Kapazität nur bis zu einer Syntheserate von 1 Gramm pro Liter ausreicht. Bei höheren Konzentrationen ist die Kohlenhydratbindung unvollständig. Es ist anzunehmen, dass dann diese Stoffwechselleistung auch für körpereigenes Eiweiß nicht mehr ausreichend zur Verfügung steht, so dass diese in ihrer Funktion beeinträchtigt sind.

Auch die Kapazität für die Eiweißproduktion in der Milchdrüse ist begrenzt. Wenn also das Fremdeiweiß zum Hauptbestandteil in der Milch wird, was bei einigen der in diesem Einspruch zitierten Arbeiten der Fall war, so ist anzunehmen, dass dafür andere Eiweißstoffe vermindert gebildet werden. Das scheint auch der Fall zu sein, die hierzu erhaltenen Daten streuen aber zu stark für eine sichere Aussage.

Fazit: Durch das Ansteuern maximaler Syntheseleistungen für ein Fremdeiweiß in der Milchdrüse kommt es zu einer Reihe indirekter Beeinträchtigungen, deren Auswirkungen noch kaum untersucht worden sind.

Außerdem ist der Arbeitsaufwand für die Züchtung der Gründertiere einer transgenen Tierlinie sehr hoch. Nach einer Aufstellung betrug der Anteil der lebend geborenen Mäuse 12 % der behandelten Frühembryonen, davon enthielten nur 10 % das gewünschte Gen und von ihnen wird dieses Gen nur bei 60 % aktiv und erfüllt seinen Zweck, so dass die Gesamtausbeute unter 1 % lag. Bei größeren Tieren sind die Erfolgszahlen eher noch geringer.

Das bedeutet, dass eine sehr große Zahl weiblicher Tiere in den Versuch mit einbezogen wird. Sie werden einer Hormonbehandlung unterzogen, mit Blutuntersuchungen wird der erreichte Hormonspiegel laufend getestet, Ultraschalluntersuchungen sollen zeigen, wann die Follikel das richtige Stadium haben. Dann werden die Eizellen auf chirurgischem Wege entnommen. Manchmal wird von Schlachtung der Tiere zu diesem Zweck berichtet.

Fazit: Die geringe Effektivität der gentechnischen Einbaumethoden hat zur Folge, dass eine sehr große Zahl von Tieren in die Versuche einbezogen und evtl. dabei „verbraucht“ wird.

#### **6. Der Mensch ist nicht ausgenommen**

Das Patent schließt den Menschen mit ein. Das ist laut Artikel 53a des Europäischen Patentübereinkommens (EPÜ) ein Verstoß gegen die „guten Sitten“.

#### **7. Patent auf Tiere**

Das Patent umfasst auch Tiere und Tierarten, was nach Artikel 53b des EPÜ nicht zulässig ist.

### **Teil 3: Wie viele neue Medikamente brauchen wir?**

Bei einem großen Teil der in der Milch von Tieren herstellbaren Eiweißstoffe wird es sich um neue Medikamente handeln. Sind neue Heilungsmöglichkeiten nicht etwas grundsätzlich Positives? D.h. ist ein Widerstand gegen solche Patente moralisch zu verantworten? Um auf diese Frage zu antworten, müs-

sen wir erst einmal fragen, wie es heute mit der Umsetzung neuer Möglichkeiten in unserem Gesundheitssystem bestellt ist. Wir alle wünschen, dass möglichst viele Menschen gesund bleiben und, dass den anderen, den Kranken, Verletzten, Behinderten effektiv geholfen werden kann. Dazu gehören aber nicht nur neue Methoden, sondern für den Großteil der Patienten besteht der Hauptnutzen in einer guten medizinischen Grundversorgung und der Anwendung der bereits verfügbarer Therapien. Aber gerade hier finden seit einiger Zeit aus Kostengründen erhebliche Kürzungen statt. Immer häufiger wird von einer sich herausbildenden Zwei-Klassen-Medizin gesprochen.

#### **Hierzu einige Beispiele:**

1. Seit einigen Jahren ist Erythropoietin, ein blutbildendes Hormon, auf dem Markt. Für einen Teil der Dialysepatienten mit Nierenversagen ist es eine große Hilfe und verbessert ihre Lebensqualität. Aber bei jedem Dritten dieser Patienten wurden die Nieren durch freiverkäufliche Schmerzmittel zerstört. In Schweden und Australien wurde daraufhin für diese Mittel die Rezeptpflicht eingeführt und schon wenige Jahre später sank die Zahl der Dialysepatienten. Bei uns dagegen fiel ein entsprechender Antrag voriges Jahr erneut durch. Es ist dieselbe Industriebranche, die an beiden Medikamenten verdient und in deren Interesse die Rezeptpflicht abgelehnt wird.

2. Auf der anderen Seite gibt es gerade in der Versorgung mit starken Schmerzmitteln Engpässe bei uns. Jedes Jahr begehen 3000 Schmerzpatienten Selbstmord. Von den Krebspatienten mit starken Schmerzen bekommen nur 5 % Morphiumpräparate. Unser Betäubungsmittelgesetz ist zu streng und muss für diese Menschen gelockert werden.

3. Eine Vereinigung von Diabetologen gab bekannt, dass 2/3 der Amputationen bei Zuckerkranken mit einer besseren Grundversorgung vermieden werden könnten. Es fehlt an einer eingehenden Unterweisung der Patienten und in vielen Fällen auch an der entsprechenden Fortbildung der Ärzte.

4. Beim 9. Internationalen Krebskongress 1997 wurde festgestellt, dass für viele Krebsformen die Überlebenschancen von Klinik zu Klinik um 30 % schwanken. Hier, so wurde gesagt, bestünde Forschungsbedarf darüber, welche Kombination von Therapien in welchem Fall die beste ist. Eine solche Art von Forschung gilt aber als Optimierung und wird nicht aus den Forschungsetats bezahlt, sie muss von der Gesundheitsfürsorge, also auch von den Kassen finanziert werden. Deshalb unterbleibt sie. Zwei Jahre später hat sich daran offenbar nichts geändert, denn im April dieses Jahres sprach der Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft, Prof. Lothar Weißbach von einem Chancenunterschied von 20 % zwischen kleinen und großen Kliniken in Deutschland. Durch mehr Wissenstransfer ließe sich das ausgleichen, meinte er.

5. Auch bei der Chemotherapie fehlen Erfolgsstudien. Ein Mathematiker, der jahrzehntelang als Medizin-Statistiker gearbeitet hatte schrieb, dass diese Therapien in bestimmten Krankheitsstadien keine Aussicht auf Erfolg bieten, aber aus Mangel an konkreten Erkenntnissen hierüber trotzdem eingesetzt werden.

6. Gegen Multiple Sklerose mit schubartiger Verlaufsform gibt es seit einigen Jahren ein neues Medikament, Betaferon, ein Eiweiß, also eins der modernen Präparate, die im wesentlichen erst mit Gentechnik zugänglich geworden sind, und prinzipiell

auch in Milch hergestellt werden könnten. Betaferon kann den Krankheitsverlauf beträchtlich verzögern. Fachleute raten, es so früh wie möglich zu verabreichen. Von den 40 000 Patienten bekommt es aber nur jeder vierte, weil es 30 000 DM pro Jahr und Patient kostet. Jetzt wurde Betaferon auch für die schleichende Verlaufsform der Krankheit zugelassen. Diese Erweiterung wurde in der Presse als großer Erfolg bezeichnet, weil dadurch auch für den anderen Patientenkreis die Heilungsmöglichkeiten verbessert seien. Aber was nützt eine solche Erweiterung der Heilungsmöglichkeiten, wenn auch bisher der größte Teil der Patienten das Mittel aus Kostengründen gar nicht bekommen konnte?

Diese Reihe könnte noch lange fortgesetzt werden: Tausende sterben durch Nebenwirkungen von Medikamenten oder weil eine Therapie zwar existiert, aber nicht zur richtigen Zeit am richtigen Ort zugänglich ist. Bei Krebs haben wissenschaftliche und technische Fortschritte die Heilungschancen verbessert, aber die Zahl der Erkrankungen hat sich in den letzten Jahrzehnten verdoppelt (auch bei Kindern). Über die Ursachen wird zu wenig geforscht und wo sie erkannt sind, wird nicht

danach gehandelt. Auch eine gute Drogenpolitik kann Leben retten und Hospize können bei alten Menschen viel Leid mindern. Der Ruf nach Sterbehilfe basiert zum großen Teil auf unzureichender Grundversorgung. Aber die Finanzierung von Hospizen wird runtergefahren.

In einer Situation gedeckelter Gesundheitsausgaben, ist jede Einführung eines teuren neuen Mittels mit einem Abbau an anderer Stelle gekoppelt. Die Pharmaindustrie wirbt, damit, dass jedes ihrer Produkte zusätzliche Hilfe für Leidende bedeute und jeder, der dem nicht zustimme, handle unethisch oder zynisch. Sie wirbt mit der Hilfe für bestimmte Patientengruppen und verschweigt die Gesamtsituation und das Leiden derer, die durch das Raster der neuen Rationierung fallen.

Was wir brauchen, ist eine Verteilung der Mittel, die von den Bedürfnissen der Patienten ausgeht, und nicht von den Innovationswünschen der Industrie.

Abdruck des Artikels mit freundlicher Genehmigung der Autorin



BPhD-Semestertagung in Freiburg

## Pharmazie der Zukunft – Zukunft der Pharmazie

von W. Caesar

### Pharmazeuten auf dem Podium

Prof. Dr. Kurt Bauer, emeritierter Ordinarius für Pharmazeutische Technologie, eröffnete die Diskussionsrunde. Er betonte, dass er die Pharmazie lange Zeit praktisch ausgeübt hat, sowohl in der öffentlichen Apotheke als auch in der Industrie, bevor er Professor wurde.

Michael Höckel, angestellter Fachapotheker für Offizinpharmazie in Kassel, stellte einige programmatische Punkte des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) vor, dem er selbst angehört. Der VDPP entwickelte sich aus basisdemokratischen und gewerkschaftlichen Gruppen und vertritt eine links orientierte Gesundheitspolitik. Er möchte die Aufgabe des Apothekers, Ärzte und Patienten zu beraten, stärken und setzt sich für eine entsprechende Ausbildung ein. Wichtig erscheint ihm ein Qualitätsmanagement in Apotheken. Höckel wörtlich: „Die in Richtung Drogeriemärkte tendierenden Apotheken werden nicht unsere Zukunft sein.“

Dr. Hartmut Schmall, Inhaber einer Apotheke und Präsident der Bundesapothekerkammer, lobte das berufspolitische En-

„Zukunftsperspektiven der Pharmazie“ lautete das Thema einer Podiumsdiskussion in Freiburg, an der vier namhafte und repräsentative Vertreter aus verschiedenen Bereichen der Pharmazie teilnahmen: Hochschule, öffentliche Apotheke (Inhaber und Angestellter) und Krankenhausapotheker. Eingeladen hatten die Fachschaft Pharmazie der Universität Freiburg und der Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland (BPhD). Die Studierenden im Plenum beteiligten sich mit Fragen und Meinungsäußerungen rege an der Diskussion. Dabei ging es auch um das Problem, eine sinnvolle Ausbildung an der Universität sowie im Praktischen Jahr sicherzustellen und Missstände abzustellen.

agement der Studierenden – er selbst sei auch als Student und später als Universitätsassistent in dieser Hinsicht aktiv gewesen. Die Zukunft der Pharmazie sieht er „im pharmazeutischen Handeln des Apothekers“, nicht im Vertrieb von Waren des Ergänzungssortiments. Für Schmall sind Logistik und Beratung die Standbeine der Apotheke. Gerade in der Beratung lasse sich noch wesentlich mehr tun. Angewandte Pharmazie sei heute vor allem Patientenorientiert, z.B. könne der Apotheker eine korrekte Anwendung von Arzneimitteln sicherstellen und die Compliance der Patienten verbessern. Die Beratung erstreckte sich auch auf die Selbstmedikation. Eine Änderung der Apothekenbetriebsordnung hält er jedoch nicht für notwendig. Der Berufsstand müsse in Selbstverantwortung sein Qualitätsniveau bestimmen. Schmall's Kernsatz lautete: „Wenns dem Patienten gut geht, gehts uns auch gut.“

Weit über den Tellerrand hinaus geschaut hatte Dr. Rüdiger Kilian, bevor er 1984 Chefapotheker an einem Heilbronner Krankenhaus wurde. In Übersee lernte er den Umgang mit Patienten und Ärzten sowie den Einsatz von Arzneimitteln aus einer völlig anderen Sicht kennen, als wir sie gewohnt sind.

In Heilbronn hielt er an einer unkonventionellen Tätigkeit fest und führte einige Innovationen in der Krankenhausapotheke ein: Drug-Monitoring, Ernährung Frühgeborener mit parenteralen Diäten, Herstellung von Zytostatika, Ausbildung von Krankenpflegern und Ärzten im Praktikum. Der Ton zwischen Ärzten und Apothekern sei dort sehr kollegial. Auch der Offizinapotheker könne sich mehr öffentliche Anerkennung verschaffen, wenn er moderne pharmazeutische Konzepte anwende. Dies fasste Kilian in folgenden Satz zusammen: „Klinische Pharmazie ist die Basis unseres Berufs, egal ob wir in der öffentlichen Apotheke arbeiten oder in der Klinik.“

Gesundheitspolitik ohne Apotheker? Bei der Diskussion stellten die Studierenden zunächst Fragen zur Gesundheitspolitik. Ihre Befürchtung, dass die Apotheker

*Auch in den USA ist eine Wandlung des traditionellen Drug Stores zur Beratungsaktiven Apotheke festzustellen. Dabei verschwinden natürlich auch die Cola-Automaten.*

Dr. Hartmut Schmail

von der Bundesregierung gar nicht wahrgenommen werden, weil sie in dem Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform nicht vorkommen, konnte Schmail entkräften. Die Ärzte stehen bei der Reform zwangsläufig im Vordergrund, weil sie die „Macht der Verschreibung“ haben. Es werde jedoch nicht grundsätzlich bestritten, dass eine Arzneimitteltherapie ohne pharmazeutischen Sachverstand nicht möglich sei. Umfragen haben ergeben, dass 50% aller verordneten Arzneimittel nicht oder nicht richtig eingenommen werden und dass 5 % Prozent aller Krankenhauseinweisungen auf eine falsche Arzneimittelenna me zurückzuführen sind.

Schmail gab ein einfaches Rechenbeispiel für den finanziellen Nutzen der Anwendung pharmazeutischer Kompetenz: Ein gut geführter Diabetiker verursacht im Jahr Arzneikosten von 1300 DM, während die Hospitalisierung eines Diabetikers, die sich durch pharmazeutische Kompetenz oft verhindern lässt, an einem einzigen Tag schon 700 DM kostet. Die These, dass man nicht „am“ Arzneimittel sparen, sondern „mit“ dem Arzneimittel andere (höhere) Kosten sparen könne, leuchte auch Gesundheitspolitikern ein.

### Beratung honorieren?

Der Nutzen des Apothekers für eine kostengünstige Therapie wurde in der Hamburger Asthma-Studie, die die ABDA initiiert hatte, nachgewiesen. Schmail ist der Meinung, dass noch einige ähnliche Studien durchgeführt und ausgewertet werden müssten, um mit den Krankenkassen die Honorierung einer „erweiterten Beratung“ durch den Apotheker zu regeln. Die Krankenkassen bräuchten dafür keine zusätzlichen Mittel aufzuwenden, weil ihnen diese Beratung ein Mehrfaches an Einsparungen bringe.

Höckel möchte den Apotheker noch mehr in die Pflicht nehmen und das, was großenteils schon freiwillig geschieht, gesetzlich festschreiben. Der Apotheker solle seiner Meinung nach mehr Verantwortung für die Therapie übernehmen und bei Pflichtverletzungen auch in stärkerem Maße haftbar sein. Ansonsten zeigt auch er sich optimistisch: „Wenn wir Arzneimittel und Dienstleistung als eine Einheit sehen, dann können wir davon leben.“

## Ausbildung

„Unsere Ausbildung ist nicht gut“, sagte Kilian pauschal. Man solle sie schnellstens an die aktuellen Anforderungen anpassen und die Pharmaziestudierenden umfassend auf die später unerlässliche Zusammenarbeit mit dem Arzt vorbereiten. Mit der Einführung des Faches Klinische Pharmazie werde zwar ein Zeichen gesetzt. Es bestehe aber die Gefahr, dass das Fach, wenn es erst einmal etabliert ist, den unmittelbaren Bezug zur Praxis verliere. In den USA, den Niederlanden und Großbritannien, den Ursprungsländern der Klinischen Pharmazie, sind es dagegen Praktiker, die das Fach unterrichten.

Mangelnder Praxisbezug, dies scheint ein ständiger Kritikpunkt von Pharmaziestudierenden an ihrer Ausbildung zu sein. An den Instituten seien die einzelnen Fächer schlecht miteinander vernetzt, was durchaus nicht der AAppO, sondern dem fehlenden guten Willen der Professoren anzulasten sei. Eine provokante Frage lautete: „Warum kann man die Profs nicht zurück in die Apotheke schicken?“

Alle Personen auf dem Podium sprachen sich für mehr Kreativität im Studium aus, die bei einer wissenschaftlichen Laufbahn ohnehin verlangt wird. Leider zerstöre das Studium eher die Kreativität, als dass es sie fördere.

Ein leidiges Thema war auch das Praktische Jahr. Höckel dazu: Wenn Sie Pech haben, werden Sie nicht ausgebildet.“ Zu den

*Sie hatte die allerbesten Noten, aber sie war nur gut reproduzierende Künstlerin.*

Prof. Dr. K. Bauer über eine Doktorandin, die die Promotion mangels Kreativität abbrechen musste

von der Apothekerkammer Baden-Württemberg initiierten Tutorenkurse für Pharmaziepraktikanten hatten die Studierenden eher eine kritische Meinung, wenn sie auch

die gute Absicht nicht verkannten: Warum soll ein Praktikant für einen Kurs vom „Profi“ bezahlen, der im Rahmen der Ausbildung eigentlich selbstverständlich sein sollte?

Nicht nur diese, auch viele andere Fragen blieben in Freiburg offen. Aber es war sinnvoll, dass solche Fragen überhaupt gestellt wurden und dass freimütig darüber diskutiert wurde. Von den sachlichen Argumenten haben sicherlich alle Teilnehmer profitiert. So ist zu wünschen, dass die öffentlichen Diskussionen von Studierenden mit Landesvertretern, Professoren und vielleicht auch mit Gesundheitspolitikern, die in Freiburg nicht dabei waren, fortgesetzt werden.

Die nächste Semestertagung des BPhI) findet vom 5. bis 7. November in Frankfurt statt.

W. Caesar



# Glänzen durch Abwesenheit

„Zukunftsperspektiven der Pharmazie“, man möchte meinen, dies sei ein Thema, das alle angeht, die mit Pharmazie, mit Pharmazeuten und solchen, die es werden wollen, zu tun haben. Das meinen wahrscheinlich auch die Studierenden in Freiburg und haben ihre Professoren und Dozenten zu der hochkarätig besetzten - das muss man schon sagen! – Podiumsdiskussion eingeladen. Doch sie wurden enttäuscht. Außer dem Emeritus Professor Kurt Bauer, der bei seiner Diskussionsleitung übrigens viel Verständnis für die Studierenden erkennen ließ und auch manchen Seitenhieb auf sein abwesendes Kollegium führte, ließ sich dort niemand vom Lehrkörper blicken.

Könnte es sein, dass Professoren sich für die „Zukunftsperspektiven der Pharmazie“ eher unter der Fragestellung interessieren, ob es eine Zukunft gibt, und nicht, wie diese Zukunft inhaltlich aussieht oder aussehen könnte oder aussehen sollte? Wenn es nämlich darum geht, ob der Studiengang Pharmazie an einer Universität geschlossen wird oder erhalten bleibt, dann tragen Professoren sehr wohl ihre Ansichten vor, das belegen die Beispiele mehrerer Universitäten in den letzten Jahren.

An der Universität Freiburg jedoch war die Pharmazie niemals gefährdet, und sie ist es zum Glück auch heute nicht. Der Numerus

elampus sorgt zudem anders als etwa „nebenan“ in der Chemie – für einen kontinuierlichen, anscheinend niemals versiegenden Strom an lernwilligen, fleißigen und auch leidensbereiten Studienanfängern und garantiert, dass stets alle Studienplätze besetzt sind. Also eine heile Welt?

Aus Sicht der Professoren mag diese Welt heil sein, aber viele Studierende haben ihre Probleme mit dem Unterricht und den Prüfungen, und zwar nicht, weil sie sich fachlich überfordert fühlen, sondern weil sie sich mit ihren Ansprüchen ignoriert oder sogar schikaniert fühlen. Ist es einem Studierenden zu verargen, dass er nicht nur bis zur nächsten Klausur, sondern schon an seine zukünftige Rolle als Apotheker denkt und sich unter diesem Gedanken kritisch auch mit den Lehrinhalten und Prüfungsmodalitäten an der Universität auseinandersetzt?

Auf jeden Fall haben die Studierenden ein Recht, gehört zu werden. Der Präsident der Bundesapothekerkammer und weitere exponierte Landesvertreter nehmen den Berufsnachwuchs mit seinen Sorgen und Wünschen ernst, und sie haben dies in Freiburg auch öffentlich demonstriert. Dies lässt immerhin hoffen, dass beim nächsten Mal auch das Gespräch zwischen Studierenden und Professoren zustande kommt.

W. Caesar



# Trotz Ausbildung gibt es gute Apotheker

Aus der Podiumsdiskussion zum Thema 'Zukunftsperspektiven der Pharmazie' zur 86. BVT des BPhD

An provokativen Statements mangelte es in der Podiumsdiskussion anlässlich der 86. Bundesverbandstagung der Pharmaziestudierenden in Deutschland nicht, schließlich ging es um die 'Zukunftsperspektiven' eines ganzen Berufsstandes. Obgleich das Thema ein weites und nicht gerade selten beackertes Feld umriß, gestaltete sich die Debatte auf dem Podium ausnehmend konkret und kontrovers. Über 100 interessierte ZuhörerInnen hatten sich im Theatersaal der alten Freiburger Universität versammelt, um mit den hochkarätigen Vertretern der Bundesapothekerkammer (BAK), des Verbandes demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) und der Krankenhauspharmazie ihre Vorstellungen zur Apothekerausbildung des neuen Jahrtausends zu diskutieren. Bedauerlich nur, daß sich kein Vertreter der politischen Kaste bereiterklärt hatte, den wiederholten Einladungen der Organisatoren zu folgen, so daß die Vertreter der pharmazeutischen Praxis unter sich blieben. Nichtsdestotrotz kam die Debatte schnell in Gang, da sich auch jenseits der parteipolitischen Perspektive die Meinungen des Podiums und des Publikums nicht immer deckungsgleich trafen. Hierzu trugen besonders die Positionsdifferenzen zwischen Dr. Helmut Schmall als Vertreter der BAK und Michael Höckel aus dem Vorstand des Verbandes demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (MPP) bei.

Leider ging zwischen diesen Fronten die Meinung von Dr. Rüdiger Kilian, der sich als Repräsentant der Krankenhausapo-

theker zur Verfügung gestellt hatte, etwas unter. Ein kleines Manko, das der ansonsten sehr kompetente Moderator Professor Dr. Kurt H. Bauer durch den Stil seiner Gesprächsleitung leider nicht ganz kompensieren konnte.

Ausgangspunkt des Gesprächs war die vom Plenum konstatierte mangelnde Beteiligung der Apotheker an der Ausgestaltung der Gesundheitsreform. Mit seinem Verweis auf den Zusammenhang zwischen politischer Zielerreichung und guter Lobbyarbeit zog Höckel daraufhin das rote Tuch hervor, welches den BAK-Präsidenten Schmall unweigerlich aus der Reserve locken mußte. Der widersprach nämlich prompt und verwies auf die Notwendigkeit der von der BAK praktizierten sachlichen Argumentationsweise ebenso wie auf die kostenoptimierte Öffentlichkeitsarbeit, die den (von seiner Kammer vertretenen) Apotheken denselben Bekanntheitsgrad wie beispielsweise süddeutsch-amerikanischen Autokonzernen beschert habe. Da er damit gleich bei seinem Lieblingsthema 'Kostenoptimierung' angekommen war, setzte er seinen ökonomisch orientierten Argumentationskurs auch in bezug auf die Notwendigkeit einer Kassenbeteiligung an der kostenintensiven Beratung chronisch Kranker fort. Zwar sprächen, wie sowohl das Plenum als auch Höckel zustimmten, gewichtige Gründe für eine langfristige Umorientierung in diese Richtung, es sei aber, so hieß es wiederum unisono von VdPP und Plenum,

wenig imagedienlich, derartige Interessen gegenwärtig zu thematisieren.

Ein weiteres Schlaglicht, um das die Diskussion kreiste, stellte die Frage nach dem Verhältnis zwischen Patient und Apotheker dar, welche sich bald um das generelle Imageproblem des Apothekers in der Gesellschaft erweiterte. Hierzu wußte Schmall zu sagen, daß es dem Apotheker aufgrund seines Mangels an Verschreibungsmacht grundsätzlich unmöglich sei, mit dem Arzt auf dem Feld des Patientenvertrauens gleichzuziehen. Aber für ihn lautete das Fernziel, mit den Medizinern bezüglich der 'Länge der Spieße' gleichzuziehen.

In diesem Punkt konnte Höckel ihm grundsätzlich zustimmen, ihm schwebte aber vor allem eine Intensivierung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Apotheker vor. Vor allem sollte die Beratung zu Ungunsten von Gratisbeigaben und ähnlichem stärker in den Vordergrund des Verkaufsgesprächs rücken.

Hier schlug dann Schmall rasch in die noch frische Kerbe und unterstrich erneut die Bedeutung einer verbesserten weil kostenpflichtigen Beratung, die durch Einsparungen in der dann verbesserten Arzneimitteltherapie finanziert werden könnte. Dieser Effekt entstünde aus den wesentlich niedrigeren Kosten für falsch eingenommene Medikamente und dem damit einhergehenden Rückgang von Krankenhauseinweisungen, die derzeit fünf Prozent der stationären Einlieferungen bedingen.

An diesem Punkt schaltete sich Höckel ein und stellte fest, daß ein möglicher Weg zur Optimierung der Beratungsleistung in der Schaffung von Großapotheken oder möglicherweise sogar 'Apothekenketten' läge. Nur diese könnten eine qualifiziertere Beratung, die in kleinen Apotheken nicht zu erreichen sei, gewährleisten. In diesem Zusammenhang unterstrich er außerdem, daß die Dichte der Apotheken in der Bundesrepublik generell und speziell in bezug auf kleinere Offizine zu hoch sei. Schmall stimmte ihm zwar in bezug auf die Apothekendichte zu, verwies aber auf die Niederlassungsfreiheit und die Prinzipien der freien Marktwirtschaft, die weitere Beschränkungen nicht zuließen, statt dessen wiederholte er die Forderungen der ABDA nach einer »Zertifizierung« von Apotheken, um eine qualitativ hochwertige Beratung zu sichern.

Auch hinsichtlich der Apothekerausbildung waren die Diskutanten nicht immer einer Meinung. Ein breiter Konsens fand sich lediglich hinsichtlich der Charakterisierung der Ausbildungslage, die allgemein in dunklen Farben gezeichnet wurde. Die wohl eindringlichste Formulierung fand dieser Sachverhalt in Höckels nicht unironischem Statement, es sei verblüffend, daß es 'trotz Ausbildung gute Apotheker' gäbe. Die diesbezügliche Debatte entzündete sich wiederum am Selbstverständnis der Apotheker, denen, so Stimmen aus dem Plenum, bereits in der Ausbildung weitaus weniger Selbstvertrauen vermittelt würde als beispielsweise den Medizinstudenten. Dem sei durch eine stärkere Praxisorientierung des Studieums entgegenzuwirken.

Der Vorschlag provozierte eine rasche Intervention von Bauer und Schmall, die beide eine Verbannung der Pharmazie an die Fachhochschule befürchteten; eine Einschätzung, der Höckel nicht viel abgewinnen konnte. Für ihn könnte in einer stärker praxisorientierten 'Klinischen Pharmazie' sogar 'der Rettungs-

anker' für die Pharmazie an sich liegen. In dieser Auffassung stand ihm diesmal Kilian bereitwillig zur Seite, der auf die Vorbilder aus Holland, Großbritannien und den USA verwies, wo sowohl praktische als auch theoretische Elemente erfolgreich in die Ausbildung integriert worden seien. Schmall wandte allerdings ein, daß dies einer Etablierung der 'klinischen Pharmazie' als wissenschaftliches Fach an den Universitäten nicht entgegenkäme.

Gerade dort sahen aber die anwesenden Studierenden das eigentliche Problem, da es nach ihrer Ansicht gerade die universitäre Ausbildung mit ihrem Fokus auf wissenschaftlich-theoretischen Aspekten sei, die ihre späteren Probleme im Arbeitsleben provozieren. Als besonders problematisch erschien vor allem die Praxisferne der Lehre, der man, so die von einigen erhobene provokante Forderung, am besten durch eine Zwangskonfrontation der Dozenten mit der Praxis ('Professoren zurück in die Apotheke') begegnen sollte. Ebenso verlangte das Plenum anstelle des üblichen sturen »Auswendiglernens« eine stärkere Betonung des eigenständigen Arbeitens und mehr Raum für Kreativität während des Studiums. Dem mußte auch der Diskussionsleiter unter Verweis auf traurige Beispiele aus der persönlichen Erfahrung Recht geben.

Jedoch läge dies, so waren sich alle Diskussionsteilnehmer einig, nicht grundsätzlich an der gültigen oder kommenden AApp0, da diese genügend Gestaltungsfreiraum ließen, sondern an deren Auslegung durch die für die Lehre Verantwortlichen.

Als einen letzten, dafür aber besonders schwerwiegenden Kritikpunkt bemängelten die Anwesenden die besonders schlechte Qualität der Ausbildung im dritten Prüfungsabschnitt. Ins Kreuzfeuer der Kritik geriet primär das vor diesem Hintergrund notwendig gewordene Tutorensystem der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg. Hierin sehen die Studenten die heimliche Einführung eines sozialen »numerus clausus«, da die parallel zum praktischen Jahr abgehaltenen Vorbereitungskurse auf das dritte Staatsexamen vom Prüfling mit 900 DM mitzufinanzieren sind.

Der an die Apotheker ergangenen Aufforderung, diese Kosten in die Vergütung der PJler miteinfließen zu lassen, kommen diese aber nur sehr zögerlich nach. Da es aber Aufgabe der Apotheker ist, ihre Pharmaziepraktikanten persönlich auszubilden und genau darin der eigentliche Grund für die relativ geringe Bezahlung der PJler liegt, stimmten alle Diskussionsparteien überein, daß dieser Zustand untragbar sei. Aus dieser gemeinsam getragenen Erkenntnis ging schließlich eine Resolution hervor, in welcher die Delegierten der BFT ihrem Unmut und ihrer Besorgnis über die momentane Ausbildungssituation zum Ausdruck brachten. Es bleibt zu hoffen, daß die Verantwortlichen sich endlich zum Handeln entschließen und diesen Mißständen ein Ende bereiten.

Alexander Geisler und Tilman Hutschenreuter, Pressereferat des BPhD

# ABDA: »Umsatzschwache Apotheken beraten schlecht«?

Zur Podiumsdiskussion 'Zukunftsperspektiven der Pharmazie' in PZ 25/99, Seiten 52/53

Offene Frage an Jie ABDA: Gibt es eine unveröffentlichte Studie der ABDA, die eindeutig belegt, daß Apothekenleiter von Apotheken mit »kleineren Offizinena - gemeint sind wohl umsatzschwache Apotheken - für die schlechten Noten verantwortlich sind, die die Apotheker in der Vergangenheit bei Untersuchungen berufsfremder In-titu tionen für ihre Beratungsleistung erhalten haben?

Ihre Existenz, aber auch nur diese, würde erklären, warum der Präsident der Bundesapothekerkammer, Dr. Schmall, den Ausführungen von Michael Höckel aus dem Vorstand des Verbandes demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten nicht ganz energisch entgegengetreten ist. Dieser hatte bei der Podiumsdiskussion behauptet, daß möglicherweise nur Apothekenketten oder Großapotheken eine qualifizierte Beratungsleistung erbringen können, diese in kleinen Apotheken nicht zu erreichen sei und speziell durch die kleinen Apotheken die Apothekendichte in der Bundesrepublik zu hoch sei.

Möglicherweise gibt es aber keine solche Studie. Damit wären aber auch die oben angeführten Behauptungen von Herrn Höckel reine Spekulation und Irreführung. Die ABDA hatte dann nicht den geringsten Grund, kleinere Apotheken als pharmazeutisches Grundübel ausmerzen zu müssen, sondern sollte sie geradezu vor der Verbreitung obigen Gedankengutes schützen. Das vermisste ich.

In diesem Zusammenhang erweckt die Berichterstattung über diese Veranstaltung auch den Eindruck, als ob die ABDA möglicherweise in einer Zertifizierung der Apotheken auch ein geeignetes Instrument zur Marktberreinigung, zur Befreiung von

den kleinen Offizinen sieht und diese auch so wünscht. Eine Bestärkung erfährt diese Annahme dadurch, daß die ABDA in der Vergangenheit nicht transparent gemacht hat, wie eine Zertifizierung kleiner Apotheken möglich ist, wie diese speziell für eine Einmann-Apotheke aussehen kann. Schätzungsweise ein Drittel der Apotheken sind doch hier betroffen!

Ist eine Zertifizierung für »Einmann-Apotheken« überhaupt möglich, wenn es keine annähernd objektive innerbetriebliche Kontrollinstanz gibt, die schriftlichen Arbeitsanweisungen sich mehrheitlich an den Apotheken

leiter selbst richten und die im kritischen Selbstgespräch des Apothekenleiters gewonnenen Erkenntnisse das Qualitätshandbuch fortschreiben müssen?

Eine Farce, Augenwäscherei und Betrug der Kunden bleibt das ganze Qualitätsmanagementsystem, solange die Qualität der in der Apotheke verkauften Produkte fragwürdig ist. Das fängt bei der Fältchencreme an und betrifft zum Beispiel auch Nahrungsergänzungs- und umstrittene Altarzneimittel.

Lösung: Positivliste für alle Apothekenprodukte! »Ein wesentlicher Teil des Qualitätsmanagements ist, daß an Stelle von unbeweisbaren Behauptungen über die Qualität von Produkten, Dienstleistungen und Vorgehensweisen eine nachprüfbare Dokumentation tritt.« (Süverkrüpp in: Qualitätsmanagement in der Apotheke).

Rudolf Kley, Löwen-Apotheke, Bahnhofstraße 134, 4 7137 Duisburg

## Klarstellung des BAK-Präsidenten

### Antwort auf eine offene Frage an die ABDA

Die Berichterstattung des Bundesverbandes der Pharmaziestudenten Deutschlands - (BPhD) über eine von ihm veranstaltete Podiumsdiskussion zum Thema 'Zukunftsperspektiven der Pharmazie' nimmt Herr Kollege Rudolf Kley, Duisburg, zum Anlaß, eine offene Frage an die ABDA zu stellen (PZ 27199, Seite 67).

Als Teilnehmer der Diskussion nehme ich zu der Frage wie folgt Stellung:

1. Aus der Berichterstattung des Veranstalters läßt sich nicht ableiten, daß ich die Meinung vertrete, kleinere Apotheken könnten nicht so gut beraten, wie größere. Hierzu gibt es auch keine unveröffentlichte Studie der ABDA, wie in der offenen Frage vermutet.

2. Nach meiner Auffassung hängt die Qualität der Beratung nicht von der Apothekengröße ab. Dies habe ich auch zum Ausdruck gebracht. Wenn das in der Berichterstattung des

Veranstalters nicht so deutlich geworden ist, habe ich das nicht zu vertreten.

3. Die Unterstellung, daß die ABDA versuche, durch die Etablierung eines OMS die kleinen Apotheken vom Markt zu eliminieren, ist schlichtweg falsch. Zwischen ÜMS und Betriebsgröße gibt es keine sich gegenseitig ausschließenden Beziehungen. Auch bei 'Einmann(frau)-Apotheken' ist eine Einführung eines kundenorientierten OMS möglich.

Zur Stützung dieser Philosophie hat die ABDA in Verbindung mit ihren Mitgliedsorganisationen sogar erfolgreich nach Wegen gesucht, die Qualitätssicherung so preisgünstig wie möglich zu gestalten.

Dr. Hartmut Schmall, Präsident der Bundesapothekerkammer, Deutsches Apothekerhaus, Carl-Mannich-Straße 26, 65760 Eschborn

# VDPP stellt Gleichheit der Apotheken zur Diskussion

Zur Berichterstattung über die Podiumsdiskussion anlässlich der 86. Bundesverbandstagung der Pharmaziestudierenden in Deutschland (PZ 25/99, Seiten 52/53) und dem Leserbrief von Rudolf Kley (PZ 27/99, Seite 67)

Der VDPP (Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V.) setzt sich für die Durchführung von patientenorientierten, pharmazeutischen Dienstleistungen in deutschen Apotheken ein. Im Rahmen der oben erwähnten Podiumsdiskussion wurde seitens der Pharmaziestudierenden kritisiert, daß im frühen Stadium der vorgesehenen Umsetzung der pharmazeutischen Betreuung als Dienstleistung über Honorierungsmodelle öffentlich diskutiert werde. Die Anmerkungen von mir bezogen sich in diesem Zusammenhang auf die eingeschränkte Möglichkeit der Durchsetzung einer flächendeckenden Honorierung dieser Dienstleistung für alle noch existierenden Apotheken.

Es dürfte wohl niemandem entgangen sein, daß Veränderungen in der Apothekenlandschaft zu erwarten sind, wenn sich die Bereitschaft zur Übernahme von mehr Verantwortung im Bereich der Arzneimitteltherapie nicht grundlegend ändert. Die reine Abgabebetätigkeit mit wenigen Worten muß der Vergangenheit angehören. Die Diskussion um Mifegyne (RU486) hat gezeigt, daß die Apotheke als Vertriebsweg nur gefragt ist, wenn ihre Beratungsleistung als erforderlich angesehen wird. Diese Argumentation, von der SPD-Fraktion im Bundestag geäußert, sollte alle KollegInnen zum Nachdenken anregen. Die Qualitätsunterschiede in den Apotheken bezüglich der Beratung und pharmazeutischen Betreuung im Verordnungs- und Selbstmedikationssektor zeigt sich in Umfragen deutlich. Die Bevölkerung möchte die dienstleistungsorientierte Apo-

theke im Gesundheitswesen, wobei die Fähigkeit zur lückenlosen qualitätsorientierten Bereitstellung pharmazeutischer Dienstleistungen durch alle Apotheken nicht unproblematisch scheint. In diesem Zusammenhang äußerte ich, daß die einzelne Apotheke vor Ort wichtig sei, unabhängig von ihrer Größe bezüglich Umsatz und Personal. Der Qualitätsdiskussion müssen sich aber alle Apotheken stellen und in diesem Zusammenhang muß die Überlegung gestattet sein, ob größere Apothekenstrukturen mit besseren Personaleinsatzmöglichkeiten, organisierter Fortbildung und Zertifizierung eher in der Lage seien, die pharmazeutischen Dienstleistungen in der Breite anzubieten, Apothekenketten sind nicht geeignet eine patientenorientierte Pharmazie zu praktizieren, wenn sie nach den üblichen Regeln zur Profitmaximierung, zum Beispiel durch Personalabbau, arbeiten. Die »Apothekenketten« im Sinne des VDPP sind als Sozietäten, etwa nach dem Vorbild des niederländischen Netzwerkes soziale Apotheken, zu verstehen.

Ich danke in dem Zusammenhang Herrn Kley für seinen Leserbrief und hoffe auf eine Stellungnahme der ABDA und eine angeregte, offene Diskussion zu dem Thema der Gleichheit aller Apotheken in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Die Diskussion über Eigentumsstrukturen in der deutschen Apothekenlandschaft ist eine politische und muß offensiv geführt werden.

Michael Hockel, Vorstand des VDPP, Grindel Allee 182, 20144 Hamburg, Internet: [www.vdpp.de](http://www.vdpp.de), E-mail: [postapo@t-online.de](mailto:postapo@t-online.de)



## Offener Brief

### Mitarbeiten statt blockieren! Zur Anzeigenkampagne der ABDA

Die ABDA stellt die Dachorganisation der deutschen ApothekerInnen dar, alle approbierten ApothekerInnen müssen als Zwangsmitglied in ihrer jeweiligen Landesapothekerkammer die ABDA mitfinanzieren. Vor diesem Hintergrund verwahren wir uns als Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) gegen die polemische und demagogische Anzeigenkampagne vom 26. und 29. Juni, in der es zum Thema Arzneimittelversorgung heißt: Sehr geehrte Frau Gesundheitsministerin Fischer: Stellen Sie sich vor, Sie sind nicht 39, sondern 93.

Seit vielen Jahren werden Milliarden für Arzneimittel mit zweifelhafter Wirksamkeit ausgegeben, Gelder, die den Apotheken zugute kommen, aber dem Patienten keinen nennenswerten Nutzen bringen. Die Gesundheitsreform will diesem Unsinn über eine Positivliste ein Ende bereiten und nur Arzneimittel von den Krankenkassen erstatten lassen, die wirksam und therapeutisch sinnvoll sind. Die Positivliste wird von der ABDA - auch wieder im Namen der deutschen Apotheker massiv abgelehnt. Vor diesem Hintergrund ist die Warnung vor den möglichen Folgen einer Deckelung des Arzneimittelbudgets zwar berechtigt, aber die ABDA ist mitverantwortlich für das Problem und hat kein Recht, die Schuld auf andere zu schie-

ben. Statt dessen erwartet der VDPP von der Landesvertretung der deutschen ApothekerInnen, dass sie konstruktiv an der Gesundheitsreform mitarbeitet. Es gilt nicht Ängste zu schüren, sondern Strategien zu entwickeln, um PatientInnen wirksam vor Willkür bei der Gewährung von Leistungen im Gesundheitssystem zu schützen.

Im Heilmittelwerbegesetz ist angstmachende Werbung verboten, in der Politik leider nicht. Eine Anzeige, die mit den Ängsten der RentnerInnen bezüglich einer ausreichenden und sinnvollen medizinischen Versorgung spielt, ist in diesem Sinne energisch abzulehnen und widerspricht allen ethischen Grundsätzen des Berufsstandes!

Als VDPP treten wir seit Jahren für eine rationale Arzneimitteltherapie ein und erwarten von dieser Gesundheitsreform eine Besserung der Therapiequalität, im Gegensatz zu den reinen Kostendämpfungsmaßnahmen der vergangenen Jahre. Wir halten hierbei die Positivliste für ein geeignetes Instrument zur Rationalisierung der Arzneimitteltherapie und fordern ihre Einführung.

Thomas Schulz (VDPP-Vorstand), c/o Fleming-Apotheke Grindelallee 182 20144 Hamburg

## Neuer Rahmentarifvertrag

# Eine Zumutung für ArbeitnehmerInnen

Anmerkungen des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten zu den Änderungen des Bundesrahmentarifvertrages

Im neuen Tarifvertrag, der am 1. Juli 1999 in Kraft getreten ist, wurde eine Erhöhung der Gehälter um fünf Prozent beschlossen. Ein Ergebnis, das von den Verhandlungspartnern positiv dargestellt und von den Betroffenen mit Schweigen bedacht wurde. Ein Blick auf die Einzelheiten des Vertrages zeigt aus Sicht der Angestellten gravierende Mängel, die gewiss keinen Anlass zur Freude geben.

Wer die Gehaltserhöhung erhalten will, muss als Vollzeitangestellte/r eine halbe Stunde pro Woche länger arbeiten. Damit vermindert sich die tatsächliche Erhöhung auf 3,7 Prozent.

Die letzte Tarifierhöhung fand vor drei Jahren (1. Juli 1996) statt und betrug damals lediglich 1,5 Prozent. Wegen der jährlichen Inflationsrate stehen die Angestellten in Apotheken trotz dieser Erhöhung finanziell schlechter da als noch vor einigen Jahren.

Neben der Mehrarbeit müssen Angestellte weitere Verschlechterungen in Kauf nehmen:

- Sonderzahlungen (z. B. Weihnachtsgeld) werden erstmals nach einem halben Jahr Betriebszugehörigkeit gezahlt.
- Mehr- und Nachtarbeitszuschläge sind gesunken, die Vergütung der Notdienste ist somit nur minimal gestiegen.
- Die Freistellung aus besonderen Anlässen (z. B. Umzug) wurde auf vier Tage in zwei Jahren begrenzt.

- Im letzten Rahmentarifvertrag wurden bei der Berechnung der Urlaubsvergütung auch Mehrarbeitszuschläge berücksichtigt, dies entfällt seit 1. Juli.
- Bisher konnte die Gehaltsfestsetzung „zur Vermeidung sozialer Härten eines minder leistungsfähigen Mitarbeiters niedriger als unter den tariflichen Sätzen erfolgen“. Da die Worte „minder leistungsfähig“ gestrichen wurde, ist eine zusätzliche Härte entstanden.
- Mittlerweile haben die Angestellten auch keinen gesetzlichen Anspruch auf einen Kittel mehr.
- PharmazieingenieurInnen in den neuen Ländern erhalten noch immer weniger Lohn als ihre KollegInnen im Westen.
- In Mecklenburg-Vorpommern und in Sachsen-Anhalt tritt der Tarifvertrag erst am 1. Oktober in Kraft.

Angesichts all dieser Änderungen verwundert der Stolz des BVA auf sein Verhandlungsergebnis.

Den ArbeitgeberInnen kann man zu diesem Ergebnis nur gratulieren. Weiterhin hat keine/r der betroffenen KollegInnen sich bislang in der Fachpresse zu dieser Zumutung für Angestellte zu Wort gemeldet. Unserer Ansicht nach sollten sich die Angestellten in Apotheken ernsthafte Gedanken über ihre Organisationsform machen, um ihre Rechte wirksam einfordern zu können.

Für den Vorstand des VDPP: Isabella Sulger, c/o Fleming-Apotheke, Grindelallee 182, 20144 Hamburg

## Tarifabschluss

# Kaum einer hat im Vorfeld protestiert

Zum Leserbrief von Isabella Sulger in DAZ Nr 31, S. 70 „Eine Zumutung für ArbeitnehmerInnen“

Sehr geehrte Frau Sulger,

Sie bemängeln die Veränderungen beim jüngsten Tarifabschluss, der „eine Zumutung für ArbeitnehmerInnen“ sei. Ich verstehe Ihren Brief so, dass Sie dem BVA vorwerfen, er hätte sich bei den Tarifverhandlungen nicht genug „ins Zeug gelegt“. Diese Behauptung möchte ich nicht unwidersprochen stehen lassen.

Dazu ein paar Fakten:

1. Der Bundesrahmentarifvertrag (BRTV) wurde nicht vom BVA, sondern vom Arbeitgeberverband Deutscher Apotheken (ADA) zum 31. 12. 1998 gekündigt. Der BVA hätte mit dem alten BRTV ruhig weiterleben können. Der Gehaltstarifvertrag war am 31. 12. 1997 vereinbarungsgemäß ausgelaufen.

2. Die Tarifverhandlungen zogen sich vor allem durch die unsäglichen Forderungen des Arbeitgeberverbandes so sehr in die Länge. Man war zwar zu einer Gehaltserhöhung von 4-5% bereit, jedoch hätte der BVA diese Gehaltserhöhung durch massive Verschlechterungen im BRTV erkaufen müssen, was letztendlich zu einem Minus von ca. 22% geführt hätte.

3. Die Tarifkommission des BVA hatte den Eindruck, dass eine kleine Minderheit innerhalb des ADA die Tarifverhandlungen blockieren wollte, was nach der ADA-Satzung leider möglich ist. Die Mehrzahl der Arbeitgeber war an einem zügigen und für die Angestellten akzeptablen Tarifabschluss interessiert.

4. Der BVA hätte schon früher Verhandlungen für einen regionalen Tarifabschluss aufnehmen können, um bessere Konditionen zu erzielen. Wir haben darauf verzichtet, weil wir den Flächentarifvertrag erhalten wollten.

5. Auch in anderen Branchen, in denen in diesem Jahr neue Tarifverträge abgeschlossen wurden, wurde eine Erhöhung der Wochenarbeitszeit beschlossen.

6. Leider haben die Apothekenangestellten kaum dagegen protestiert, dass so lange kein neuer Tarifvertrag zustande gekommen ist. Die wenigen Leserbriefe, die ich in der Fachpresse bemerkt habe, stammten fast ausschließlich von BVA-Mitgliedern. Eine Protestäußerung des VDPP an die Adresse der Arbeitgeber ist mir nicht aufgefallen.

7. Schließlich ist der Erfolg jeder Gewerkschaft durch die Anzahl und das Engagement ihrer Mitglieder bedingt. Alle Apothekenangestellten profitieren von den Tarifabschlüssen des BVA, weil sich die Apothekenleiter in der Regel auch bei Nichtmitgliedern an den Tarif halten. Was würden wohl diese „Trittbrettfahrer“ erleben, wenn sie ihr Gehalt und ihre Arbeitsbedingungen selbst aushandeln müssten?

8. Die Eingeständnisse des BVA beim neuen BRTV sind - außer bei der Wochenarbeitszeit - Kleinigkeiten, die keine gravierenden Verschlechterungen für die Angestellten bringen oder nur einen kleinen Prozentsatz von ihnen betreffen.

9. Die niedrigere Bezahlung der Pharmazieingenieure in Ostdeutschland wurde von den Ost-Arbeitgebern zur *conditio sine qua non* erklärt. Dass ihr Verhalten äußerst kurzsichtig ist, haben die meisten von ihnen noch nicht begriffen. Denn die Zahl der „preisgünstigen“ Pl's wird zwangsläufig abnehmen, da sie ja ein aussterbender Beruf sind. Vielleicht werden sich in einigen Jahren die Ost-Apotheker um die wenigen verbliebenen Pl's reißen, um statt ihrer keine teuren Approbierten einstellen zu müssen. – Der BVA sieht das Problem der Minderbezahlung der Pl's im Osten und wird es als Nächstes angehen.

Karin Meisenbacher, Hungerbergstraße 6/11, 71364 Winnenden,  
BVA-Landesvorstandsmitglied Baden-Württemberg



## Programm des Forum Leipzig

In der Pharmazie sind nichtselbständige Apothekerinnen und Apotheker in vielfältiger Funktion tätig. Ihre Belange sind in der Vergangenheit nicht ausreichend berücksichtigt worden. Wir haben uns deshalb zu einem Berufsverband zusammengeschlossen, der unsere Interessen innerhalb des Berufsstandes und in der Öffentlichkeit zukunftsorientiert vertritt.

### I. Ziele

#### 1. Berufspolitische Ziele

1. 1. Berufspolitische Ziele der nichtselbständigen Apothekerinnen und Apotheker innerhalb der Apothekerschaft

1. 1. 1. Voraussetzungen zum Erreichen der Ziele

1. 2. Berufspolitische Ziele des Berufsstandes innerhalb des Gesundheitswesens

1. 2. 1. Voraussetzungen zum Erreichen der Ziele

#### 2. Zielvorstellungen in Bezug auf die Arzneimittelversorgung

2. 1. Ziele in Bezug auf die Arzneimittelversorgung

2. 1. 1. Voraussetzungen, Maßnahmen und Bedingungen zum Erreichen dieser Ziele

### II. Unterstützende Maßnahmen und Umsetzungen der Ziele und Zielvorstellungen

#### I. Ziele

##### 1. Berufspolitische Ziele

1. 1. Berufspolitische Ziele der nichtselbständigen Apothekerinnen und Apotheker innerhalb der Apothekerschaft

Nichtselbständige Apothekerinnen und Apotheker arbeiten in öffentlichen Apotheken, bei pharmazeutischen Herstellern, in Krankenhausapotheken, an Lehranstalten, im öffentlichen Gesundheitswesen, in der Verwaltung, bei der Bundeswehr, bei Verlagen, in Berufsverbänden und anderen Berufsfeldern. Sie stellen die größte Berufsgruppe innerhalb der Apothekerschaft dar. In der ABDA und ihren Gremien der Standesvertretung sind sie unterrepräsentiert.

Wesentliches Ziel des Forum Leipzig ist:

- Stärkung der Position der nichtselbständigen Apothekerinnen und Apotheker innerhalb der Berufsvertretung
- Demokratisierung der Organisationsstrukturen der Apothekerschaft

#### 1. 1. 1. Voraussetzungen zum Erreichen der Ziele

- Die ABDA als Dachorganisation aller Apothekerinnen und Apotheker in Deutschland muß deren Interessen vertreten. Daher muß die ABDA sich aus gleichrangiger Vertretung der Nichtselbständigen und Selbständigen rekrutieren.
- Die ABDA und ihre Gremien sind umzustrukturieren, so daß die Transparenz von Entscheidungen und ein gesicherter Informationsfluß aus den Gremien der ABDA und ihrer Mitgliedsorganisationen an die einzelnen Apothekerinnen und Apotheker gewährleistet sind.
- Die Wahlmodalitäten müssen überprüft und geändert werden.
- Die Vertretung der Interessen aller Berufsfelder, in denen Apothekerinnen und Apotheker tätig sind, wird in den Gremien der Standesorganisationen sichergestellt.
- Die Gleichberechtigung der Frauen innerhalb der Standesorganisationen wird durchgesetzt.

- Die spezifischen Interessen der nichtselbständigen Apothekerinnen und Apotheker werden zur Hauptversammlung der Deutschen Apotheker in Anträgen gebündelt und in Diskussionsbeiträgen unterstützt und weiter verfolgt.
- Eine stärkere patientenorientierte Berufspolitik im Vergleich zur bestehenden privilegienbewahrenden Standespolitik wird angestrebt.

### 1.2. Berufspolitische Ziele des Berufsstandes innerhalb des Gesundheitswesens

Apothekerinnen und Apotheker sind unverzichtbar im bestehenden und zukünftigen Gesundheitswesen, da sie die verantwortlichen Aufgaben der

- Arzneimittelentwicklung
- Arzneimittelherstellung
- Arzneimitteldistribution
- Arzneimittelberatung
- Pharmazeutischen Betreuung
- Arzneimittelbeurteilung
- Gesundheitsberatung wahrnehmen.

Ziel des Forum Leipzig ist es, den Wert des Apothekerberufes innerhalb des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit bewußter zu machen.

#### 1.2.1. Voraussetzungen zum Erreichen der Ziele

- Sozialpharmazie, Pharmakoökonomie, Pharmakoepidemiologie und klinische Pharmazie werden in die Ausbildung der Apothekerinnen und Apotheker aufgenommen
- Ständige Fortbildung ist eine wichtige Voraussetzung für die Berufsausübung und sollte durch weitergehende Anreize gefördert werden
- Die Kommunikation innerhalb der Apothekerschaft und mit anderen Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheitswesens wird verbessert
- Der pharmazeutische Ethik Kodex wird eingehalten
- Eine vom Arzneimittelpreis unabhängige Arzneimittelversorgung durch Apothekerinnen und Apotheker wird angestrebt. Dieser Schritt wird die Akzeptanz der Apothekerinnen und Apotheker als gleichberechtigte Partner im Gesundheitssystem fördern

Oberstes gesundheitspolitisches Ziel ist die Gesunderhaltung der Menschen. Kranke haben Anspruch auf eine von der Solidargemeinschaft getragene Versorgung.

Das Forum Leipzig bietet allen nichtselbständigen Apothekerinnen und Apothekern sowohl Einzelpersonen als auch Verbänden – ein Forum zur Bündelung und zur Durchsetzung der gemeinsamen Interessen. Dazu ist es notwendig, das Gespräch untereinander und mit allen anderen Beteiligten im Gesundheitswesen zu suchen. Nur im Dialog ist eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zum Wohle der Menschen sinnvoll.

## II. Zielvorstellungen in Bezug auf die Arzneimittelversorgung

### 2.1. Ziele in Bezug auf die Arzneimittelversorgung

Ziel des Forum Leipzig ist die patientenorientierte Arzneimittelversorgung, die sowohl den therapeutischen Fortschritt als auch die medizinische Notwendigkeit berücksichtigt. Dies bedeutet: Rationale Arzneimittelversorgung unter den Gesichtspunkten Arzneimittelsicherheit, Arzneimittelqualität, Wirksamkeit, Effektivität, Lebensqualität und Wirtschaftlichkeit.

#### 2.1.1. Voraussetzungen zum Erreichen der Ziele

- Arzneimittel müssen unter Berücksichtigung ihrer Notwendigkeit, Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Wirtschaftlichkeit bewertet werden
- Die Beratung in Bezug auf das Arzneimittel und die pharmazeutische Betreuung muß Ziel des Apothekerberufes sein
- Das Erarbeiten von unabhängigen Beratungsempfehlungen für den Einsatz von Arzneimitteln wird vorangetrieben
- Die Reduktion eines übermäßigen Arzneimittelverbrauchs wird durch unabhängige Beratung unterstützt
- Im Sinne des Verbraucherschutzes soll die Einhaltung des Heilmittelwerbegesetzes besser überwacht werden
- In Deutschland nicht verkehrsfähige Arzneimittel sollen unter das Exportverbot fallen (Ausnahme: WHO Liste)

## II. Unterstützende Maßnahmen zur Umsetzung der Ziele und Zielvorstellungen

Um die in diesem Programm genannten Ziele und Zielvorstellungen zu diskutieren und voranzutreiben, wählt das Forum Leipzig folgende Wege:

- Erarbeitung von Konzepten, die nichtselbständigen Apothekerinnen und Apothekern eine aktive Teilnahme an ehrenamtlicher berufs- und gesundheitspolitischer Arbeit ermöglichen
- Stellungnahmen zu gesundheits- und berufspolitischen Diskussionsthemen und Problemen im Bereich der Arzneimittelversorgung
- Teilnahme an berufs- und gesundheitspolitischen Veranstaltungen und Konferenzen
- Eigene Veranstaltungen und Tagungen
- Bildung regionaler Gruppen
- Kontaktpflege zu anderen Berufsorganisationen und Universitäten

# VDPP Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

## DER VORSTAND

Udo Ament  
Ringstraße 28 • 74838 Limbach  
Telefon 06287-9 20 80 (gesch.) • 06287-92 08 12 (priv.)  
Telefax 06287-92 08 20

Christiane Hefendehl  
Fontanestraße 18 • 12049 Berlin  
Telefon 030-62 72 20 72 • Telefax 030-62 72 20 72  
E-Mail: Christiane.Hefendehl@t-online.de

Michael Höckel  
Parkstraße 47 • 34119 Kassel  
Telefon 0561-1 77 98  
E-Mail: Hoeckel@t-online.de

Katja Lorenz  
Ebersstraße 61 • 10827 Berlin  
Telefon 030-78 70 78 77  
E-Mail: k-lorenz@foni.net

Dr. Thomas Schulz  
Stegemühlenweg 39 • 37083 Göttingen  
Telefon 0551-770 44 42 • E-Mail: tschulz1@gwdg.de

Isabella Sulger  
Baaderstraße 27 • 80469 München  
Telefon 089-2 02 21 06

## Adressen der regionalen Kontaktpersonen

### BADEN-WÜRTTEMBERG

Udo Ament  
Ringstraße 28 • 74838 Limbach  
Telefon 06287-9 20 80 (gesch.) • 06287-92 08 12 (priv.)  
Telefax 06287-92 08 20

### BAYERN

Michaela Raasch  
Birkenweg 14 • 85551 Kirchheim bei München  
Telefon 089-903 51 82

### BERLIN

Dr. Regina Schumann  
Halskestraße 4 • 12167 Berlin  
Telefon 030-795 14 71

### BRANDENBURG

Peter Rhiemeier • Linden-Apotheke  
Brandenburger Straße 158 • 14542 Werder / Havel  
Telefon 03327-4 05 93

### BREMEN

Jutta Frommeyer • Igel-Apotheke  
Schwaneweder Straße 21 • 28779 Bremen  
Telefon 0421-60 50 54

### HAMBURG

VDPP-Geschäftsstelle  
Fleming-Apotheke  
xxx Hambur • Grindelallee 182  
Telefon 040-458768 • Telefax 040-458768  
E-Mail: geschaeftsstelle@vdpp.de

### HESSEN

Franz Kirchner  
Tränkestraße 7 • 34497 Korbach  
Telefon 05631-6 14 93

### MECKLENBURG-VORPOMMERN

siehe Hamburg

### NIEDERSACHSEN

Dr. Gabi Beisswanger  
Hohnsen 32 • 31134 Hildesheim  
Telefon 05121-87 74 05

### NORDRHEIN-WESTFALEN

Volker Kluy  
Elbinger Straße 9 • 40670 Meerbusch  
Telefon 02159-5 17 44

### RHEINLAND-PFALZ

siehe Hessen

### SAARLAND

Edith Arweiler  
Wilhelmstraße 15 • 66763 Dillingen/Saar  
Telefon 06831-7 34 63

### SACHSEN

Dr. Kristina Kasek  
Goldacherstraße 7 • 04205 Miltitz  
Telefon 0341-9 40 57 32

### SACHSEN-ANHALT

siehe Niedersachsen

### SCHLESWIG-HOLSTEIN

siehe Hamburg

### THÜRINGEN

siehe Hessen

Wenn Sie Fragen und Wünsche an den VDPP haben oder Mitglied werden möchten, wenden Sie sich bitte an die Kontaktadressen.