VDPP • RUNDBRIEF

50

1 / 2000

Mitteilungen des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

Unsere Ziele:

Demokratisierung des Gesundheitswesens

Verantwortungsvolle Arzneimittelversorgung

Berufspraxis in einem sozial orientierten Heilberuf

umsatzunabhängige Apotheken

ökologische Kriterien bei der Arzneimittelproduktion

verbraucherfreundliche Arzneimittelgesetzgebung

unabhängig überparteilich patientenorientiert

RB aus dem 50 INHALT

- **Ausstellung 100 Jahre Pharmaziestudium für Frauen**
- **Gesundheitsreform 2000**

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,
die Reaktionen auf die neue Gestaltung des Rundbriefes waren überwiegend positiv; soweit es Kritik gab, haben wir versucht, sie bei der Gestaltung dieser Ausgabe zu berücksichtigen.
Schwerpunkte sind diesmal die Ausstellung zum Thema "100 Jahre Frauen in der Pharmazie" und die Gesundheitsreform 2000, aber auch andere Themen kommen nicht zu kurz.

Wir wünschen euch viel Spaß beim Lesen!
Eure Redaktion

Redaktionsschluss für die nächste Ausgabe Nr.51 – 15. März 2000

• • •

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 Meyer-dirks-Wüthrich • Marion Mikula • Linde Peters • Udo Puteanus • Bernd Rehberg Christina Sasse • Thomas Schulz • Regina Schumann • Ingeborg Simon • Isabella Sulger
• *Gestaltung:* e- BILDWERKE-Kassel

. . .

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

INHALT

Grußwort des Vorstands 3

Frauen haben das Wort
Christl Trischler, Gabi Beisswanger und Gudrun Hahn 3

Ohne und mit akademischen Weihen – Frauen in der Apotheke 5

Bericht vom VDPP- Frauenseminar 1999 in Berlin
Elisabeth Bronder und Bettina Piep 6

'Zukunftsarbeit'
– eine Aktivität von Janssen-Cilag
Angelika Sotolongo 8

Über einige Aktivitäten der letzten Zeit
Katja Lorenz 9

Stellungnahme des VDDP zum Entwurf der GKV-Gesundheitsreform
Katja Lorenz 9

Zum Gesetzentwurf: GKV-Gesundheitsreform 2000
Jürgen Große 11

Kreativer Osten will auf sich aufmerksam machen
Angelika Sotolongo 14

Selbstmedikation oder: Reden über's schwarze Loch
Udo Puteanus 15

Stellungnahme des VDPP zum Entwurf der Zweiten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Apotheker
Katja Lorenz 16

Für Surfer: Zwei interessante Dienste
Angelika Sotolongo 17

Aktivitäten in Berlin
Katja Lorenz und Thomas Schulz 17

Herbstseminar: Unabhängige Arzneimittelinformation in Deutschland
Udo Puteanus 18

PERSONALIEN 23

Letzte Meldung
Katja Lorenz

Protokolle der Vorstandssitzung

Protokolle der Vorstandssitzung 25
die Redaktion

TERMINE 27

DOKUMENTATION

Vor 100 Jahren durfte die erste Frau Pharmazie studieren
Reinhild Berger 28

Arzneien mit zweifelhafter Wirkung
Thomas Schulz 28

Umweltapotheker
Thomas Schulz 29

KEIN PATENT AUF LEBEN!
Ruth Tippe und Linde Peters 30

Erfahrungen aus fünf Jahren Beratungstelefon
Markus Fritz 34

An die Mitglieder der deutschen IPPNW-Sektion 36

Bessere Arzneimitteltherapie
Jörg Schaber 38

Grußwort des Vorstands

Liebe Vereinsmitglieder!

das Jahr(tausend) ist vorüber und der fünfzigste Rundbrief liegt vor euch! Nach dem zehnjährigen Vereinsbestehen ist dies mit Sicherheit ein weiterer Grund zur Freude.

Wie schaut es nun aber mit der Jahr-2000-Fähigkeit des VDPP aus? Unabhängig von den Problemen der PC-Hard- und Software müssen wir uns Gedanken über unsere zukünftige Rolle und Bedeutung machen. Im ersten Jahr der neuen Bundesregierung waren wir zu verschiedenen Anhörungen eingeladen und gaben dort Stellungnahmen zu den aktuellen Gesetzesvorhaben ab. In der Folge bildeten sich direkte Kontakte ins BMG aus. In der Fachpresse dokumentieren wir mit Leserbriefen und Stellungnahmen regelmäßig unsere Präsenz. Kürzlich gelangten wir sogar in die Tagespresse: Die TAZ bat den VDPP um eine Stellungnahme zur Positivliste.

Damit sind die Aktivitäten noch lange nicht vollständig beschrieben und der Eindruck könnte entstehen, dass es gut um den VDPP steht: Wir sind etabliert und können uns Gehör verschaffen, dank einer zehnjährigen kontinuierlichen Arbeit. Auf der anderen Seite bröckelt aber die Zahl der Mitglieder, und junge Pharmazeutinnen und Pharmazeuten treten nicht ein. Im Vorstand haben wir uns zu diesem Problem Gedanken gemacht und werden – hoffentlich – vor der nächsten MV schon einige sichtbare Aktivitäten entfalten können. Für das Herbstseminar haben wir in der Tagespresse geworben und drei Anzeigen in der TAZ geschaltet, im Gegenzug drucken wir nun auf der Rückseite dieses Rundbriefes eine Anzeige der TAZ ab.

Neben diesen Aktionen sind wir aber auch auf euere konkrete Mitarbeit angewiesen: Wann habt ihr das letzte Mal mit anderen ApothekerInnen über den VDPP gesprochen? Oder gar Werbung für den Verein gemacht? Unser Programm ist aktualisiert und zeitgemäß, der Rundbrief ist ansprechend und wirklich ein Aushängeschild unseres Vereins und im nächsten Jahrtausend wird auch unsere Homepage in neuem Glanz strahlen. Also lasst uns mit neuem Elan ins Jahr 2000 starten, jedes Mitglied wirbt ein neues Mitglied in diesem Jahr, das sollte unser Vorsatz werden!

Mit den besten Wünschen für das neue Jahrtausend,

euer
Thomas Schulz

PS: Wir freuen uns über eure Kommentare, sei es per Brief, Karte, Fax oder per E-Mail: tschulz1@gwdg.de oder vorstand@vdpp.de

Eindrücke von der Ausstellung 100 Jahre Frauen in der Pharmazie

Frauen haben das Wort

von Christl Trischler, Gabi Beisswanger und Gudrun Hahn

Rechtzeitig zur Expopharm 1999 in Leipzig wurde unsere Ausstellung fertig. Wir fünf, Gabi Beisswanger, Gudrun Hahn, Evelyn Seibert, Ildikó Szász, Christl Trischler und unsere Graphikerin Andrea Orth waren sehr gespannt auf das Resultat unserer Arbeit. Vor sechs Jahren hatten wir uns vorgenommen, bis 1999 diese Ausstellung auf die Beine zu stellen. Wir wählten dieses Jahr, weil Frauen erst seit 1899 Pharmazie studieren durften. Zunächst einmal jährlich, dann in immer kürzeren Abständen trafen wir uns, um das Konzept zu erstellen, Material zu sammeln und zu sichten. Vor einem Jahr entschlossen wir uns professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Es sollte keine selbstgebastelte Pinnwand werden. Andrea Orth war die Fachfrau, die unsere Texte gestaltete und ihnen auf 14 Tafeln einen anspruchsvollen und gelungenen Rahmen gab.
Die 14 Tafeln waren in der Expopharm nicht auf einem Stand platziert, sondern im Hauptgang entlang einer Wand. Es

mussten alle, wirklich alle Besucher und Besucherinnen an uns vorbei. Leider ließen sich viele von den bunten Messeständen gegenüber ablenken. Diejenigen jedoch, die uns wahrnahmen, blieben interessiert stehen, manche davon haben sich richtig festgelesen und verbrachten weit mehr als 5 Minuten bei uns. Bei der Hektik, die auf der Messe herrscht, ist das ein großes Kompliment.
Die Resonanz von Seiten der ABDA und der Presse war sehr positiv. Herr Friese nahm in seiner Eröffnungsrede zum Apothekertag das 100-Jahr-Ereignis und unsere Ausstellung zum

Anlass, den anwesenden Damen 100 rote Rosen überreichen zu lassen. Das war in meinen Augen eine nette, galante Geste, mehr nicht. Ein Pressephotograph schoss ein paar Fotos, das Fernsehen filmte uns ein bisschen. Ich nehme an, für 2 sec waren wir irgendwo im Fernsehen zu sehen. Einige unserer Standesvertreter erschienen auch an unserem Stand und schrieben ein paar Worte in unser Gästebuch.

Durch unsere Ausstellung war die Arbeit des VDPP wieder in aller Munde, besonders bei den Messebesuchern, die ansonsten keinen Zugang oder Kontakt zum VDPP haben. In der Rede von Herrn Friese wurde zwar der VDPP verschwiegen, aber die Berichterstattung in der DAZ war voll des Lobes.

Wichtig waren vor allem die vielen Gespräche, die an unserem Stand geführt wurden. Oft wurde dabei der Wunsch laut, die Tafeln auszuleihen oder noch eine Broschüre zu erstellen – dieser Floh saß uns schon lange im Ohr.

Die Copyrights gelten aber vorerst nur für die Ausstellung in Leipzig. Hier werden wir neu verhandeln müssen. Die Ausleihe kann jedenfalls nicht kostenlos sein.

Statt einer Broschüre wird es vermutlich ein Buch zum Thema geben. Lasst euch überraschen. Wir sind deshalb weiterhin an Bildmaterial und Texten interessiert.

Gleichberechtigung
erweist sich an der Fähigkeit inwieweit es gelingt, daß sich, Männer und Frauen mit gleichen Rechten und Pflichten begegnen, um gemeinsame Aufgaben gleichberechtigt wahrzunehmen, in der Familie, in der Erwerbstätigkeit, im so sozialen Engagement und in politischer Verantwortung. Die Solidarität der Geschlechter muß neu begründet, und das Gesellschaftsmodell zwischen Männern und Frauen muß erneuert werden.

Bericht der Bundesregierung für die 4. Weltfrauenkonferenz 1995, S.51

Welche eurer Großmütter oder Urgroßmütter hat studiert oder ein Lehrerinnenseminar besucht? Wer hat noch alte Photos von diesen Apothekerinnen? Oder gar ein altes Zeugnis, ein Praktikantentagebuch oder Laborbuch?

Die Gespräche am Stand ergaben reichlich Gelegenheit, weiter über das Thema nachzudenken. Ein oft angesprochenes Problem war z. B. die immer noch mangelnde Selbstsicherheit vieler Frauen: "ich bin nur Apothekerin". Oder das Problem der sexuellen Belästigung am Arbeitsplatz. Kein Thema für Apotheken?? So habe ich auch gedacht. Aber als eine BVA Kollegin mir erzählte, dass auf einen Artikel, der sich mit diesem Thema befasste, jede Menge Pornographie bei ihr ankam, von Apothekern anonym abgeschickt (!), kam ich doch ins Grübeln.

Ein fehlender Aspekt ist die Geschichte der Frauen in der Pharmazie in der DDR, die in unserer Ausstellung bis auf einen sehr kurzen Absatz nicht vorkommt. Als Außenstehenden steht es uns nicht zu darüber zu schreiben. Wir haben bei der Vorbereitung niemand gefunden, die uns dazu berichten konnte und wollte. Das Datenmaterial, das uns zur Verfügung stand, war meist nicht nach Mann und Frau differenziert. Einige Gespräche hierzu waren voller Zustimmung zur Ausstellung, eines aber war voll Bitterkeit und Misstrauen.

Die ausstellenden Firmen auf der EXPO haben z. T. interessiert unsere Tafeln beäugt, Wepa hat uns mit Kaffee und ab und an mit Sekt verwöhnt und Heumann hat uns mit Lebkuchen vor dem Verhungern gerettet.

Wir freuten uns am Stand auch über die vielen VDPP-Frauen und -Männer, die uns besuchten. Einige Frauen lösten uns auch am Stand ab, wenn wir mal einen Ausflug nach Leipzig Stadtzentrum machen wollten. Am schönsten, sozusagen als krönender Abschluss, war dann ein Abendessen im Hotel Renaissance mit anschließendem Erfahrungsaustausch zum Thema „Frauen haben das Wort". Unter fachkundiger Leitung durch Carola Wesche entwickelten sich in entspannter Atmosphäre facettenreiche Gesprächsrunden mit unseren Gästen, u.a. mit Margarete Linz, Ulla Holtkamp und Elfriede Hofmann.

Viele MessebesucherInnen und vor allem Firmenvertreter fragten uns, warum oder wofür wir die Ausstellung gemacht haben. Die Tatsache, dass wir das ohne finanziellen Anreiz einfach so getan haben, sorgte für Irritation.
Die Erfolgsstory der Apothekerinnen von 0 auf 80% darzustellen mit allen Höhen und Tiefen war mir zumindest genug.

Es war ein Erinnern an die mutigen Frauen, die vor über 100 Jahren kämpferisch mehr Bildungschancen für Mädchen und Frauen forderten. Es war ein Erinnern an die ersten Frauen, die unter ungewohnten und schwierigen Bedingungen die Ausbildung zur Apothekerin aufnahmen. Es war ein Erinnern an alte Vorurteile gegen Frauen, die auf dem langen Weg zur Gleichstellung der Frau in Deutschland ausgeräumt werden mussten und müssen. Mag jede Frau für sich selbst herausfinden, was davon für sie heute wichtig ist, was sie besser machen könnte als unsere Vorgängerinnen und was ihr weiterhilft auf dem Weg zu einem selbstbestimmten Leben.

S P E N D E N A U F R U F

Qualität kostet nun einmal Geld und so ging es uns wie allen, die ein optimales Ergebnis erzielen wollen,... unsere Finanzdecke für das Projekt Ausstellung war zu kurz. Wir bitten euch deshalb um eine milde Gabe, sprich Spende für den Topf "Ausstellung". Die Firmen, die wir angeschrieben haben, zeigten sich bis jetzt nur zugeknöpft. Im Augenblick besteht noch eine Finanzierungslücke von 2000 DM. Nicht finanziert werden muss übrigens die geplante Broschüre.
Für Eure Unterstützung bedanken sich im Voraus die Macherinnen der Ausstellung

Ohne und mit akademischen Weihen – Frauen in der Apotheke

Eine Ausstellung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e.V. (VDPP) während des Apothekertages in Leipzig 1999

Text des Leporellos zur Ausstellung

Im Jahr 1899 wurden Frauen in Deutschland formal zum Pharmaziestudium zugelassen. Doch stellt dies keineswegs den Beginn der pharmazeutischen Tätigkeiten von Frauen allgemein dar. Denn auch vorher schon haben Frauen pharmazeutische Tätigkeiten ausgeübt. Während in der säkularen Welt der Apothekerberuf offiziell den Männern vorbehalten blieb und Frauen allenfalls vereinzelt geduldet wurden, lag die Apothekenführung in den Frauenklöstern ganz selbstverständlich in der Hand von Frauen. Erst am Ende des 19. Jahrhunderts hatten sich die Frauen den gleichberechtigten Zutritt zum Beruf erstritten. Am 24. April 1899 wurde die Prüfungsordnung neu ausgelegt und den Frauen das Pharmaziestudium ermöglicht. Einen rechtlichen Anspruch auf Immatrikulation gab es aber immer noch nicht, genauso wenig genügend Schulen, an denen Frauen die Universitätsreife hätten erwerben können.

Die ersten Studentinnen

Mit der Zulassung zum Studium war es aber noch nicht getan. Eine weitere Hürde musste überwunden werden: die Lehr- und Gehilfenzeit. 1906 war es endlich soweit. Magdalene Meub schloss als erste Frau ihr Pharmaziestudium ab. Die Frauen wurden im Beruf nicht nur mit offenen Armen empfangen, so dass sich die Pionierinnen zu einer Interessensvertretung zusammenschlossen, dem "Bund deutscher Pharmazeutinnen". In den folgenden Jahren stiegen die Studentinnenzahlen dann aufgrund der guten Berufsaussichten rasch an. 1932 war der Frauenanteil im Pharmaziestudium schon auf knapp 30 Prozent angewachsen.

Die eigene Apotheke

Eine eigene Apotheke zu erwerben, blieb für eine Frau lange Jahre nahezu unmöglich. Bei der Vergabe von Konzessionen wurden Männer mit vielen Berufsjahren, kinderreicher Familie, mit vielen Kriegsjahren oder -verletzungen bevorzugt. Mehr als dreißig Jahre verstrichen nach der Öffnung des Studiums bis Hedwig Fink als erste Frau eine Konzession zur Führung einer Apotheke erhielt. Ein Jahr früher, 1930, gelang Ilse Esdorn das bis dahin Undenkbare: sie habilitierte sich und wurde Professorin. Damit gehört sie bis heute zum kleinen Kreis der Frauen, die auf eine führende Position in der Männerdomäne Universität vorgedrungen sind.

Im Nationalsozialismus

Während der Zeit des Nationalsozialismus wurde es für die Frauen wieder schwieriger, eine akademische Ausbildung zu erlangen. Es galt nach wie vor als selbstverständlich, dass eine Frau nach der Heirat ihren Beruf aufgab. Doch in den Kriegsjahren entstand ein Mangel an männlichem Nachwuchs und die Frauen durften die Lücke füllen. Aufgrund des Mitarbeitermangels arbeiteten in den Kriegsjahren zahlreiche Frauen als Vorexaminierte weiter und schoben ihr Studium auf.

Die Nachkriegszeit

Die Hoffnung vieler Vorexaminierter, nach Kriegsende das Studium aufnehmen zu können, erwies sich als Illusion. Die Studienplätze waren rar und die Bewerberinnen hatten zugunsten der Kriegsheimkehrer zurückzustehen. Erschwerend für die Frauen kam hinzu, dass der 'Beruf' der Vorexaminierten ganz abgeschafft werden sollte. Sofortiger Studienbeginn oder Rückstufung zur Helferin beziehungsweise völliger Ausstieg aus dem Beruf waren die Alternativen. Nach 1950 stiegen die Aussichten für Frauen allerdings wieder. Die Studienplätze wurden nicht mehr für Heimkehrer reserviert und die 1959 verkündete Niederlassungsfreiheit eröffnete den Frauen die – zumindest theoretische – Möglichkeit, eine eigene Apotheke zu erwerben.

Frauen in der Pharmazie heute

Heute sind drei Viertel der neu Approbierten Frauen. Die Beschäftigungsverhältnisse von Frauen und Männern unterscheiden sich jedoch deutlich. Die meisten Approbierten arbeiten in öffentlichen Apotheken. Unter den Apothekenleitern finden sich 40 Prozent Frauen, bei den Angestellten sind es dagegen 83 Prozent. Hiervon gehen wiederum über die Hälfte einer Teilzeitbeschäftigung nach. In Industrie und Wissenschaft ist der Frauenanteil ohnehin geringer als in der öffentlichen Apotheke.
In Führungspositionen findet man Frauen dort nur vereinzelt. Dagegen sind beim mittleren pharmazeutischen Personal und bei den pharmazeutischen Hilfsberufen die Frauen fast unter sich. Hier beträgt der Frauenanteil 97 Prozent.

Die Pharmazie ist weiblich: Auslaufmodell oder Zukunftsberuf? Das hängt von uns allen ab. Die Frauen haben es schon begriffen: Dem Apothekerinnenberuf gehört die Zukunft.

„Frauenspezifische Aspekte im Bereich von Gesundheits- und Krankheitsverhalten - eine Betrachtung aus sozialwissenschaftlicher Perspektive“ Bericht vom VDPP- Frauenseminar 1999 in Berlin

von Elisabeth Bronder und Bettina Piep

Am 8. Mai 1999 fand das Frauenseminar in der Weiberwirtschaft in Berlin statt. Zum Thema „Frauenspezifische Aspekte im Bereich von Gesundheits- und Krankheitsverhalten – eine Betrachtung aus sozialwissenschaftlicher Perspektive“ wurden vier Sozialwissenschaftlerinnen eingeladen. Letztendlich konnten zwei Sozialwissenschaftlerinnen zu dem vereinbarten Termin zusagen: Frau Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider und Frau Prof. Dr. Irmgard Vogt.

Die Referentinnen

Ulrike Maschewsky-Schneider ist Soziologin und lehrt am Institut für Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität Berlin im postgradualen Studiengang Gesundheitswissenschaften / Public Health. Schwerpunkte ihrer Arbeit sind Frauengesundheitsforschung, Forschung zur Prävention chronischer Krankheiten, zur Gesundheitsförderung und Evaluationsforschung. Frau Maschewsky-Schneider ist Qualitätsbeauftragte im Berliner Zentrum für Public Health mit der fachlichen und methodischen Unterstützung der Forschungsprojekte. Das Thema ihres Vortrags war „Frauengesundheit als Aufgabe von Public Health – Das Beispiel Hormonsubstitution in der Menopause“.

Irmgard Vogt ist Psychologin und lehrt Sozialarbeit an der Fachhochschule Frankfurt am Main. Schwerpunkte ihrer Arbeit sind Frauengesundheitsforschung, Suchtforschung insbesondere Arzneimittel mit psychoaktiven Wirkstoffen sowie legale und illegale Drogen unter Berücksichtigung psychologischer und gesellschaftlicher Aspekte. Das Thema ihres Vortrags lautete „Erste Hilfe oder Dauermedikation: Psychotrope Medikamente und Geschlecht“.

„Frauengesundheit als Aufgabe von Public Health - Das Beispiel Hormonsubstitution in der Menopause“

Maschewsky-Schneider klärte eingangs, womit sich Frauengesundheitsforschung befasst. Im Mittelpunkt stehen hier die gesundheitliche Situation mit dem Schwerpunkt geschlechtspezifischer Unterschiede in verschiedenen Lebensbereichen, z.B. Beruf, Familie, und in verschiedenen Lebenslagen von Abhängigen, Behinderten oder auch HIV-infizierten Personen. Frauen gehen häufiger zum Arzt, bekommen mehr Medikamente und klagen häufiger über körperliche und seelische Beschwerden. Dabei leben sie durchschnittlich sieben Jahre länger als Männer. Frauen sterben deutlich weniger in jungen Jahren an Herzinfarkt und Krebs. Männer zwischen 40 und 50 Jahren haben ein 5-6mal höheres Herzinfarkt-Risiko als Frauen in diesem Alter. Dabei spielt die hormonelle Situation der Frauen eine bedeutende Rolle (*siehe Abstract im Kasten*). Insgesamt leben Frauen gesünder als Männer. Jedoch verschlechtert sich die gesundheitliche Situation der Frauen. Bei Bluthochdruck, Übergewicht und Rauchen ist eine Zunahme zu beobachten. Dabei geht es besonders Frauen aus einfachen sozialen Verhältnissen gesundheitlich schlechter, sie rauchen mehr, 29% dieser Frauen leiden an Übergewicht und treiben seltener Sport als Frauen aus höheren sozialen Gesellschaftsschichten. Gründe für die gesundheitliche Benachteiligung sind geringere Bildungschancen dieser Frauen sowie berufliche und häusliche Belastungen kombiniert mit fehlenden Zukunftsperspektiven.

Diskussion

Im Vortrag wurden Daten vorgestellt, die von Sekundäranalysen aus drei Gesundheits-Surveys der Jahre 1984-91 stammen (*siehe Abstract im Kasten*). In der Diskussion wurden diese relativ „alten“ Daten kritisiert. Dabei stellt sich natürlich die Frage, welche Gesundheitsdaten stehen grundsätzlich zur Verfügung. Gesundheits-Surveys untersuchen repräsentativ die gesundheitliche Lage einer Bevölkerung. Surveys dauern in der Regel 2 Jahre, mit der Auswertung können insgesamt 4 Jahre vergehen. Zur Zeit läuft wieder ein Gesundheits-Survey. Auf die Ergebnisse muss man jedoch noch einige Zeit warten.

Die Diskussion führte zwangsläufig in der auch schon in den letzten Jahren in den Frauenseminaren geäußerten Kritik der zu schnellen und unreflektierten Verordnung von Hormonen. Durch die Deutsche Menopausengesellschaft wurden seit Anfang der 90iger Jahre Hormone stark „gepuscht“. Unterschiede zur Begründung einer Hormonsubstitution neben den sog. „Wechseljahresbeschwerden“ zeigen die USA und die BRD. In den USA wird die Hormonsubstitution mit der Prävention für koronare Herzkrankheiten (KHK), in der BRD mit der Osteoporose begründet.

„Erste Hilfe oder Dauermedikation: Psychotrope Medikamente und Geschlecht“

Nach kurzer Kaffeepause folgte der Vortrag von Irmgard Vogt. Auch im zweiten Vortrag wurden Daten aus Sekundäranalysen vorgestellt. Im Mittelpunkt standen Daten von Untersuchungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA). Psychotrope Medikamente (Schmerzmittel, Psychopharmaka, Hypnotika und Sedativa) sowie Drogen und Alkohol standen im Mittelpunkt des Vortrags. In allen Industrieländern variiert der Konsum von psychotropen Substanzen systematisch mit dem Geschlecht. Männer liegen

Abstract zum Vortrag

„Frauengesundheit als Aufgabe von Public Health - Das Beispiel Hormonsubstitution in der Menopause“

Maschewsky-Schneider U., Schaal W. und Urbschat I.

Metaanalysen belegen eine 30%ige Reduktion der kardiovaskulären Mortalität für Frauen, die in und nach der Menopause mit Östrogenen behandelt werden. Einige Autoren stellen die Hypothese auf, dass es sich bei diesem protektiven Effekt um ein Artefakt i.S. eines „healthy-user-effects“ handele. Frauen, die Hormone einnähmen, seien grundsätzlich gesünder, weil sie einen gesünderen Lebensstil verfolgten, ein besseres Risikofaktorenprofil hätten, und häufiger aus den höheren sozialen Schichten kämen als Frauen, die keine Hormone nehmen. Für die (alte) Bundesrepublik Deutschland wurden die Trends, die sozio-demographischen Determinanten und das Gesundheitsverhalten von Frauen mit und ohne Hormoneinnahme untersucht.

Datenbasis sind die Nationalen Gesundheitssurveys (1.Survey 1984-86, N=2373; 2.Survey 1987-88, N=2686; 3. Survey 1990-91, N=2688). Die Auswertung basiert auf den i.R. der medizinischen Untersuchung erhobenen Angaben zum Medikamentengebrauch. Im Vergleich der Frauen mit und ohne Substitution wurden bivariate (Vergleich user vs. non-user) und (verschiedene logistische Regressionsmodelle) Analysen vorgenommen.

Der Anteil Frauen, die Hormone eingenommen haben (Alter 45-64 Jahre) stieg von 3,8% im 1. auf 15,9% im 3. Survey. 1984-86 nahmen nur 18% der substituierenden Frauen Gestagen-Östrogen-Kombinationspräparate ein; dieser Anteil stieg auf 56% im Jahre 1990-91. Frauen, die die Hormone einnahmen, kamen häufiger aus den oberen Sozialschichten, aus Großstädten und aus Norddeutschland. Sie hatten auch ein besseres Risikofaktorenprofil als die anderen Frauen. Mittels multipler logistischer Regressionsverfahren konnten die Ergebnisse für den Sozialstatus (SES) (hoher SES/niedriger SES RR=2.9), die Region (Nord/Süd RR=1.8) und Übergewicht (BMI >25, RR=0,5) bestätigt werden. Nach Kontrolle für Alter, SES und Übergewicht zeigte sich nur für die ehemaligen Raucherinnen eine höhere Prävalenz der Einnahme (verglichen mit aktuellen Raucherinnen RR=1.7). Keiner der anderen Risikofaktoren blieb signifikant. Das gleiche ergab sich für den sozioökonomischen Status. Allerdings fühlten sich die Frauen mit Substitution weniger gesund, nahmen häufiger weitere Medikamente ein und gingen häufiger zum Arzt als die anderen Frauen.

Fazit: Der Anstieg der Verschreibung von Hormonen zur Substitution in der Menopause zeigt eine neue Behandlungsstrategie der Medizin und eine damit gleichlaufende Akzeptanz der Frauen. Die Ergebnisse bestätigen die Hypothese, dass substituierende Frauen gesünder und gesundheitsbewusster sind und eher aus mittleren und höheren Sozialschichten kommen. Frauen mit einem erhöhten Herz-Kreislauf-Risiko scheinen weniger eine Substitution in Anspruch zu nehmen, obwohl diese ggf. angebracht sein könnte.

mit ihren Konsummengen von Alkohol und illegalen Drogen weit über denen der Frauen. Frauen liegen beim Verbrauch psychotrop wirkender Arzneimittel vorn. Hierzu folgte die Darstellung von diffusen psychosomatischen Symptomen (Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Depression), die von Frauen weit häufiger genannt werden als von Männern. Daneben stehen jedoch Schmerzen jeglicher Art an der Spitze der Beschwerdemuster. Auch Vogt brachte den Zusammenhang von der gesundheitlichen und sozioökonomischen Lage von Frauen und Männern. In den sozial benachteiligten Gesellschaftsschichten häufen sich chronische Erkrankungen als auch psychosomatische Beschwerden insbesondere Kreuz-, Rücken-, Schulter- und Nackenschmerzen. Von der Selbstmedikation führt hier der Weg in die Arztpraxis, wo der Zugang zu stärkeren Arzneimitteln eröffnet wird. Psychische Störungen, wobei darunter eigentlich noch Befindlichkeitsstörungen gemeint sind, werden zu Neurosen, Depressionen und Angstzuständen.

Im Vortrag folgten Diagnosen und Beschreibungen psychischer Erkrankungen sowie die Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Bei der Depression und der dysthymen Verstimmung bzw. einer depressiven Neurose steht der Verlust an Interesse oder Freude im Vordergrund der Beschwerden kombiniert mit Gewichtsverlust, Schlafstörungen und Suizidgedanken. Da der Begriff Neurose auch im Zusammenhang mit Angstzuständen gebraucht wird, verwischen sich die Diagnosen. In der Praxis liegen depressive Neurose, Psychoneurose und Angstneurose sehr nahe beieinander, die vor allem Frauen diagnostiziert bekommen. Auch die Agoraphobie wird häufiger bei Frauen als bei Männern diagnostiziert. Bei den Essstörungen überwiegen die Frauen bis zu 95% bei der Anorexie, zu 90% bei der Bulimie. Bei der Adipositas ist dagegen die Geschlechterverteilung gleich verteilt (50:50). Adipositas gilt jedoch nicht als psychische Störung. Männer werden viel häufiger als Frauen als „persönlichkeitsgestört“, „sexuell gestört“ und als „abhängig von Alkohol oder Drogen“ diagnostiziert. Problematisch erweist sich die Einordnung von Gewalttätigkeiten, insbesondere derjenigen, die sich gegen Frauen richten. Männer werden hier nicht als psychisch gestört diagnostiziert. In der Regel ordnet man diese Gewalttätigkeiten dem abweichenden Verhalten zu.

Auslöser von psychischen Erkrankungen sind bei jungen Frauen in der Doppelbelastung mit Kindern und in Familienkonflikten zu finden. Bei Frauen in den mittleren Jahren zwischen 40 und 60 dominieren Wechsel der Lebensperspektiven und Klimakterium kombiniert mit Konflikten in der Partnerschaft. Therapiert werden die psychischen Erkrankungen überwiegend mit Medikamenten; unspezifische Befindlichkeitsstörungen mit psychotropen Arzneimitteln, schwere Depressionen mit Neuroleptika. In den 70er und 80er Jahren führte die häufige Verordnung von Benzodiazepinen zu ungewollten Abhängigkeiten. In den 80iger Jahren nahmen 6 % aller Frauen täglich Benzodiazepine.

Fazit des Vortrags ist: keine Veränderung der Häufigkeiten hinsichtlich der festgestellten psychischen Erkrankungen zwischen Frauen und Männern, weiterhin Anstieg von psychotropen Medikamenten, die sich jedoch von den Wirkstoffen verändern – weniger Benzodiazepine, mehr Neuro-

leptika mit neuen Stoffgruppen (Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI)). Vom Titel des Vortrags abgeleitet werden psychotrope Medikamente weniger als erste Hilfe für den Notfall sondern überwiegend chronisch eingesetzt.

Abschließend weist Vogt auf ein neues Phänomen hin. „Nicht das Innere sondern das Äußere würde zunehmend eine Rolle spielen." Dies würde der Trend, zum Schönheitschirurgen zu gehen, zeigen. „Hier ist ein extremer Anstieg festzustellen."

Abschließende Diskussion

Die anschließende Diskussion führte von der Äußerung „das kennen wir schon alles. Gibt es nicht neuere Daten?" zu „was können wir in der Apotheke machen, wenn weiterhin die beschriebenen Medikamente verordnet werden?" Zunehmend mehr werden Benzodiazepine auf Privatrezept verordnet. Die Verordnungsstatistiken der GKV spiegeln hier nicht mehr den eigentlichen Verbrauch wider.

Hier wurde auch wieder der Wunsch nach mehr Informationsmaterial für die Beratung in Form von Handzetteln zu einzelnen Themen geäußert.

Die Diskussion führte darüber hinaus zum Informationsfaltblatt über die Wechseljahre mit Fragebogenteil, der von der Berliner VDPP-Gruppe entwickelt wurde. Obwohl bereits abgesegnet wurden Änderungswünsche geäußert. Die Verteilung des Faltblattes sollte gezielt und in einem begrenzten Zeitrahmen nur in Apotheken stattfinden.

Zum Schluss wurde das Thema und der nächste Termin des Frauenseminars diskutiert. Mehrheitliche Zustimmung fand der Vorschlag eines Rhetorikseminars durchgeführt von „Mundwerk" am 13./14. Mai 2000. Die Terminplanung, der Ort und die Kosten sind jedoch abhängig von der Zusage von „Mundwerk". Unklar blieb die Organisation.

Soo krank ist das Gesundheitswesen nicht!

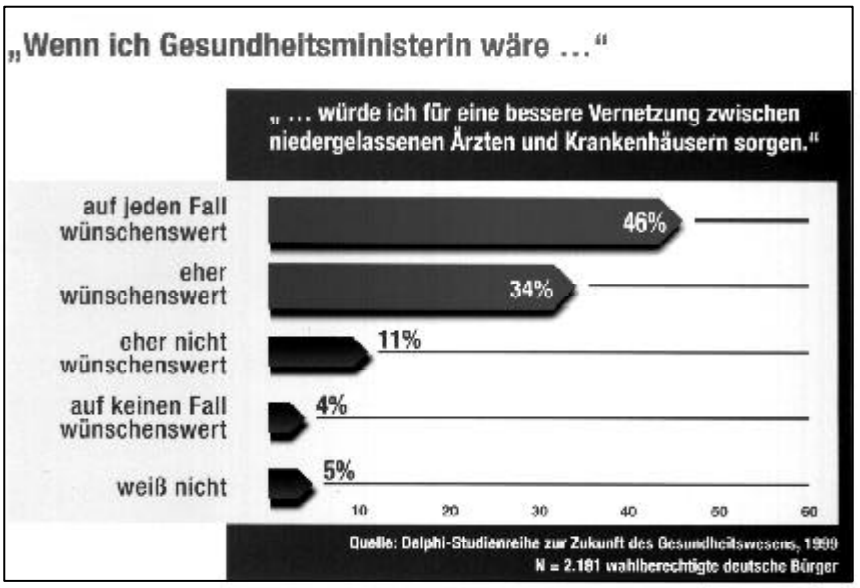
„Zukunftsarbeit" - eine Aktivität von Janssen-Cilag

von Angelika Sotolongo

„Wie sehen die Deutschen das Gesundheitssystem?", so lautet die Grundsatzfrage der Delphi-Studienreihe 1999, die im Auftrag von Janssen-Cilag, die Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung zum deutschen Gesundheitssystem erforscht. 2181 Wahlberechtigte wurden dabei zu Versorgungsqualität und ihrer Kritik am Gesundheitswesen befragt.

Zwar ist die Vielzahl der Details - Ost/West, Frauen/Männer, Top-Verdiener, Beamte... – bei der Zahl der Befragten statistisch gesehen nicht unbedingt ein Qualitätsmerkmal, einige Einzelfragen und ihre Auswertungen sind allerdings einen Blick wert. Leider ist das Internetangebot noch nicht fertig, aber unter www.janssen-cilag.de gibt's die Möglichkeit, eine Zusammenfassung der Studie zu bestellen. Die einzelnen Fragen veröffentlicht die Ärztezeitung (www.aerztezeitung.de) als Serie und meine Lieblingsfrage für euch im Rundbrief:

„Wenn ich Gesundheitsministerin wäre ..."



Der Pressedienst zur Studie schreibt darüber hinaus: Keine Einsparungen beim Arzt – so lautet die mehrheitliche Meinung zu der Frage, wo bei einer Gesundheitsreform Sparmassnahmen ansetzen sollten. (...) Eine wichtige Erkenntnis der Erhebung ist, dass das deutsche Gesundheitssystem aus Sicht der Betroffenen keineswegs so krank ist, wie es von Seiten der Politiker zunehmend diagnostiziert wird. Immerhin sind drei Viertel der Befragten durchaus zufrieden mit dem System. Es habe sich in wirtschaftlich schwierigen Zeiten bewährt und biete jedem Versicherten eine Gesundheitsversorgung auf qualitativ hohem Niveau. (...) Vor die Wahl gestellt, würde die Bevölkerung eher Beitragserhöhungen als Leistungskürzungen in Kauf nehmen.

Auch bei Arzneimitteln soll nicht gespart werden. So unterstützen drei Viertel der Bevölkerung die Meinung, dass die Krankenkassen die Verordnungen uneingeschränkt erstatten.

Über einige Aktivitäten der letzten Zeit

von Katja Lorenz

Seit dem Erscheinen des letzten Rundbriefes ist der Vorstand in einigen Dingen aktiv geworden, über die hier in Kürze berichtet werden soll.

Die im Anschluss veröffentlichte Stellungnahme des VDPP zum Entwurf der Gesundheitsreform entstand z. B. in Vorbereitung auf die Anhörung im Bundestag zu diesem Thema. Diese fand am 22. 9. 99 statt. Thomas Schulz und ich waren als Sachverständige des Vereins, Jürgen Große war als Einzelsachverständiger auf Einladung der PDS dort. Die schriftlichen Stellungnahmen werden zur Vorbereitung der Abgeordneten vorher eingereicht. Bei der Anhörung erhalten dann die Fraktionen eine ihrer Stärke entsprechende Fragezeit.
Die zwei Stunden waren aber wohl nicht – wie von uns irrig angenommen – zur Meinungsbildung gedacht, sondern dienten eher der Bestätigung bereits gefasster Standpunkte. So fragte die SPD insbesondere die Krankenkassen, die Opposition die ABDA, die Industrie, die Ärzte.
Es gab keine Überraschungen. Interessant war jedoch, diejenigen, die ich nur vom Namen her kannte, mal zu erleben. Wir wurden nichts gefragt. Gehen wir nun weiter dahin und finden es interessant und nutzen die beschränkten Möglichkeiten der schriftlichen Äußerung? Oder spielen wir das Spiel der anderen mit, das da heißt „Lobbyarbeit"...

Drei Tage später waren wiederum Thomas und ich zu einer Veranstaltung von Bündnis 90/Die Grünen im Rathaus Schöneberg. Diesmal ging es um die stärkere Beteiligung der Patienten an der Gesundheitsreform. Zu Beginn sprach Frau Fischer und stand dann für unsere Fragen zur Verfügung. Uns gelang es beiden (!) auf die sehr kurze Liste der Frager zu gelangen. Im Namen des VDPP, fragten wir nach zu Problemen der Positivliste, der Reimporte, verwahrten uns gegen die ABDA-Kampagne...
Witzigerweise haben wir mit diesem gänzlich unvorbereiteten Auftritt soviel Aufmerksamkeit erregt, dass uns Tage später das Büro Jordan um Zuarbeit für dessen Rede auf dem Apothekertag bat!! Der Bitte kamen wir natürlich gern nach! Seit dem Spätsommer entwickelt sich in Berlin eine immer konkreter werdende Bewegung zur Veranstaltung eines Gesundheitstages 2000. Dieser soll vom 31. 5. bis 4. 6. 2000 in Berlin stattfinden. Inszeniert wurde der Aufruf u.a. durch Ellis Huber. Leider wurden zur Auftaktveranstaltung die Pharmazeuten mal wieder vergessen. Inzwischen gehört unser Verein zu den UnterstützerInnen dieser Aktion. Es gibt eine Programmstruktur und 9 Themenbereiche. Aus meiner Sicht wird zu sehr versucht, alles zu besprechen. Ich hoffe, dass lässt sich noch einkreisen. Wir werden weiter versuchen, die Seite der Pharmazeuten zu stärken. Aktuelle Informationen gibt es unter http://gesundheitstag2000.de.
Zuletzt noch etwas besonders für die Berliner. Für den Treff der Regionalgruppe am 19. 1. 2000 haben wir Dr. Dreykluft, den Sprecher der Praxisnetzes Berlin eingeladen. Es soll um die Möglichkeiten einer Zusammenarbeit, auch im Rahmen des Gesundheitstages gehen. Ort und Zeit wie immer.

• • •

Stellungnahme des Vereins Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten zum Entwurf der GKV-Gesundheitsreform 2000 (BT-Drucksache 14/1245)

von Katja Lorenz für den Vorstand

Den Grundgedanken des vorliegenden Entwurfs stimmt der VDPP zu. Die Aufdeckung von Wirtschaftlichkeitsreserven, die Erhöhung der Qualität der AM-Versorgung, die Beitragsstabilität, die Stärkung der Patientenrechte und Verbesserung der Patientenbeteiligung, sowie die Förderung der Selbsthilfegruppen findet unsere Unterstützung.
Wir wollen uns in den folgenden Ausführungen insbesondere mit den zu erwartenden Auswirkungen für den AM-Bereich auseinandersetzen und untersuchen, inwieweit die geplanten Regelungen dem Erreichen eingangs genannter Ziele dienen.

Die **Positivliste** ist lange überfällig. Sie gehört zu den ältesten Forderungen des VDPP. Wir betrachten sie in erster Linie als Instrument, den AM-Markt übersichtlicher und damit sicherer zu gestalten. Bei der Auswahlentscheidung muss deshalb die Qualität oberstes Kriterium vor dem Preis sein. Die Festlegung des Entscheidungszeitraumes, um Neuzulassungen aufzunehmen von bis zu 3 Monaten ist aus unserer Sicht unnötig lang. Um Unsicherheiten für Ärzte und Patienten zu vermeiden, empfehlen wir, dass die Entscheidung des Sachverständigenrates zeitgleich mit der Zulassung erfolgt.

Bei der Zusammensetzung des **Sachverständigenrates** für die Erstellung der Vorschlagsliste plädieren wir für einen dritten Pharmakologen, der auch ein Pharmazeut sein könnte. Eine stärkere Einbringung pharmakologischen Sachverstandes halten wir für notwendig, auch um eine evtl. Sperrminorität der „alternativen" Sachverständigen zu vermeiden. Wir sehen ein Problem in der gemeinsamen Beurteilung „schulmedizinischer" und „alternativer" Präparate. Für die „alternativen" Präparate wird es wegen fehlender Studien vielfach schwierig sein, den therapeutischen Nutzen nachweisen zu können. Nur unter diesen Bedingungen sind sie aber zum gegenwärtigen Zeitpunkt durch die solidarische Gesellschaft bezahlbar.

Bei AM, für die es noch keine Generika gibt, stellt die **Abgabe von Reimporten** auch aus unserer Sicht eine Möglich-

keit der Kostenreduktion dar. Eine gesetzlich fixierte Abgabeverpflichtung lehnen wir jedoch aus folgenden Gründen ab. Es ist ökologisch und ordnungspolitisch unsinnig, dass reimportierte AM preiswerter sind. Wir sind sehr verwundert, dass der ökologische Aspekt nicht mal in der Diskussion einer Regierung mit Beteiligung der Grünen eine Rolle spielt. Wir sehen dabei sowohl das Problem der langen, unnötigen Transportwege, als auch die notwendige Neuverpackung mit deutschsprachigen Beipackzetteln und Aufklebern. Die Bedingungen, unter denen die AM hin und her transportiert werden, sind durch uns nicht kontrollierbar.
Außerdem wirkt das Erscheinungsbild dieser Präparate auf die Patientencompliance meist kontraproduktiv. Erschwerend kommt hinzu, dass der Großhandel oft Lieferschwierigkeiten mit Präparaten bestimmter Importfirmen hat. Das verschriebene AM kann dadurch für die Patienten von mal zu mal anders aussehen, weil in der Apotheke das Produkt einer anderen Importfirma abgegeben werden muss, um die Verordnung überhaupt beliefern zu können.

Eine Begrenzung der Gesundheitsausgaben ist unverzichtbar. Die Budgetierung bedeutet nach unserer Ansicht jedoch nicht, dass die Gesundheitsausgaben nur relativ zur Grundlohnsumme steigen dürfen. Die demographische Entwicklung, verbesserte Möglichkeiten der Diagnostik, Therapie und Prophylaxe können eine größere Steigerung sinnvoll machen. Derartige Steigerungen müssen jedoch messbare Auswirkungen auf die Erhöhung der Lebenserwartung und -qualität haben.
Das Bruttosozialprodukt als Maß der Leistungsfähigkeit der gesamten Gesellschaft erscheint uns für die Entwicklung des **Globalbudgets** die sinnvollere Kennzahl zu sein.
Auch wenn die KK aus Sicht der Regierung kein Einnahmenproblem haben, halten wir folgende Überlegungen zur Einnahmensteigerung für angebracht. Unseres Erachtens käme z. B. eine moderate Verbreiterung der Bemessungsgrundlage in Frage. Eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze der GKV auf diejenige der gesetzlichen Rentenversicherung wäre eine Möglichkeit. Die vor einigen Jahren beschlossene Senkung der Ausgleichszahlungen der Arbeitslosenversicherung an die GKV sollte ebenso überdacht werden.

Die Anwendung des **Benchmarkings** für das AM-Budget auf der vorgesehenen Grundlage halten wir für unrealistisch und unrealisierbar. Es genügt nicht, die niedrigen Ausgaben der 3 KV-Bezirke nur nach Alter und Geschlecht den anderen Bezirken anzupassen. Die Ausgabenbesonderheiten der Stadtstaaten (z. B. der höhere Anteil von Aids-Kranken) und der östlichen Bundesländer bleiben dabei unbeachtet. Die spezifischen Morbiditätsraten, die Arbeitslosenquote, der Anteil zuzahlungsfreier Patienten... müssen ebenso eingerechnet werden. Wegen der höheren Versorgungsdichte nutzen Patienten aus den Flächenstaaten das Angebot der Stadtstaaten und verzerren damit die Statistik. Außerdem beziehen sich die Regelungen auf die aktuellen, teilweise sehr kleinen KV-Bezirke im Süden. Diese besonders kleinen Bezirke sollen erst zukünftig zusammengelegt werden. Wie verhält es sich mit den Therapiebereichen, in denen es nachweislich eine Unterversorgung gibt (z. B. bei der Opiatversorgung von Schmerzpatienten). Eine Optimierung der Behandlung würde hier zwangsläufig zu einer Ausgabenerhöhung im AM-Bereich führen. Die Bedingungen des Benchmarkings verleiten jedoch zur fortgesetzten Unterversorgung bzw. Verschiebung der Probleme in den stationären Bereich. Wie soll von Seiten des Gesetzgebers dem Umstand begegnet werden, dass die KK Früherkennungsmaßnahmen vielleicht nicht mehr im ausreichenden Maße unterstützen, weil diese kostspielige AM-Therapien nach sich ziehen können.
Wegen der genannten Probleme halten wir eine zeitliche Begrenzung der Anwendung des Benchmarkingsystems für unbedingt notwendig.

Bei der Erhebung der Daten ist der **Datenschutz** nicht gewährleistet. Mit der vorgesehenen Erweiterung der Aufgaben der KK (integrierte Versorgung, Budgetkontrolle, Qualitätsmanagement...) werden Daten zukünftig weit öfter erhoben und ausgewertet. Wir sehen diese Notwendigkeit, da in der Vergangenheit manches aus Datenmangel nicht realisierbar war. Jedoch gibt es keine überzeugenden Anonymisierungsverfahren. „Daten sind zu löschen, wenn sie nicht mehr gebraucht werden" ist kein Datenschutz!
Aus vielerlei Gründen sind wir gegen die Sammlung personenbezogener Daten allein bei den KK. Diese müssen verpflichtet werden, die anonymisierten Daten der Öffentlichkeit, evtl. einem unabhängigen Institut zur Verfügung zu stellen. Die Streichung der Verpflichtung für die KK den Ärzten zeitnah Daten zu ihrem Verschreibungsverhalten zur Verfügung zu stellen, halten wir für falsch. Die Budgetausschöpfung ist damit für die Ärzte nicht steuerbar. Dagegen sind die Ärzte durch die KK steuerbar. Es kommt zu einer ungesunden Machtballung bei den KK.
Für eine Verbesserung der Patientenbeteiligung und -verantwortung muss auch für die GKV-Patienten zeitnah ein Einblick in die Arztabrechnungen möglich sein. Dies wäre auch eine wirksame Kontrollmaßnahme gegen Falsch- und Doppelabrechnungen.

Zum Schluss wollen wir auf die fehlende Einbeziehung der **Apotheker als Leistungserbringer** in diesem Gesetz aufmerksam machen Unsere Rolle wird hier auf die reine AM-Abgabe beschränkt. Durch unsere Ausbildung sind wir dagegen sehr wohl in der Lage, die Patienten in ihrer Therapie zu begleiten, Therapie- oder Anwendungsfehler dabei aufzudecken und auch auf diesem Wege z. B. Kosten zu sparen. Durch die Apothekenbetriebsordnung steht uns ein wirksames Instrument der Qualitätssicherung unserer Leistungen zur Verfügung. Eine Ausweitung des Substitutionsrechtes ist auf dieser Grundlage gerechtfertigt.

Zum Gesetzentwurf GKV-Gesundheitsreform 2000

"Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000"

BT-Drucksache 14/1245

von Jürgen Große

Positivliste
(Nr. 19 zu SGB V § 34a und Nr. 47 zu § 92a)

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz, das am 1. Januar 1993 in Kraft trat, hatte der Deutsche Bundestag sich schon einmal für eine Positivliste zu Lasten der GKV verordnungsfähiger Arzneimittel ausgesprochen. Im Jahre 1995 war die damalige Bundestagsmehrheit dann der Ansicht, diese Liste nicht mehr für sinnvoll und notwendig halten zu müssen, und strich mit dem 5. SGB V-Änderungsgesetz die entsprechenden Passagen im SGB V.
Hat sich das Verordnungsverhalten nun von 1993 bis 1995 oder bis heute soweit geändert, dass man dieser Ansicht zustimmen könnte? Tatsächlich ist der Anteil umstrittener Arzneimittel an den Arzneimittelausgaben der GKV etwa von 1992 bis 1997 von ca. 28 % auf ca. 16 % zurückgegangen (bei den Verordnungen von 35 % auf 25 %).

Zum Teil sind diese Rückgänge auf Verordnungsausschlüsse in den Arzneimittelrichtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen und auf durch die Nachzulassung nach dem Arzneimittelgesetz erfolgte Veränderungen des Arzneimittelangebots zurückzuführen, zum Teil ist der allgemeine Budgetdruck dafür verantwortlich.
Dennoch entfiel z. B. 1997 noch ein Umsatz von 5,48 Milliarden DM auf umstrittene Arzneimittel, bei Ersetzung dieser durch wirksame Arzneimittel verbliebe immer noch ein Einsparpotential von mehr als 3 Milliarden DM (lt. Arzneiverordnungsreport 1998). Die Positivliste würde hier nicht nur die Therapie für die betroffenen Patienten verbessern, sie würde auch neue kostspielige Therapien für bislang unzulänglich therapierbare Erkrankungen finanzierbar machen.

Wenn auch nicht zu verkennen ist, dass der Anteil fragwürdiger Verordnungen in den letzten Jahren stetig sank, darf dies doch kein Grund sein, darauf zu verzichten, die Ärzteschaft in ihren Bemühungen um eine Qualitätsverbesserung in der Arzneitherapie durch eine Positivliste zu unterstützen.
Nach wie vor ist es eine liebgewonnene Gewohnheit, dass ein Arztbesuch in Deutschland in der Regel nicht ohne ein Rezept endet. Nach wie vor wird das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient dadurch beschädigt, dass der Arzt Wunschverordnungen ablehnt, der Patient vom schlecht informierten Mitarbeiter seiner Krankenkassengeschäftsstelle oder in seiner Apotheke jedoch erfährt, er habe einen Anspruch auf diese oder jene Verordnung, da das betreffende Arzneimittel ja nicht auf der Negativliste stehe.

Tatsächlich ist die Rechtslage ja alles andere als klar, die letzten Arzneimittelrichtlinien wurden vom Gericht kassiert, tatsächlich bindend ist letztlich nur die Negativliste. Eine eindeutige gesetzliche Regelung würde hier allen Beteiligten helfen. Sie könnte auch ein Beitrag zum Umdenken sein. Ein Arztbesuch muss nicht zwingend auf eine Arzneiverordnung hinauslaufen, Ratschläge zur Lebensführung und andere nichtmedikamentöse Behandlungsformen können häufig sinnvoller sein als die Verschreibung von unreinen Placebos.
Neue Therapieansätze etwa bei AIDS oder auch beim Bluthochdruck sind in der Regel außerordentlich kostspielig. Auch eine Verbesserung der Versorgung etwa beim Diabetes kann mit nicht unerheblichen Kostensteigerungen verbunden sein. Der Verzicht auf Arzneimittel, die in anderen Industriestaaten z. T. wegen ihres fraglichen Nutzens noch nicht einmal existieren, könnte hier Mittel freisetzen, die sonst nur durch Budgeterhöhungen vorhanden wären.

Unabhängig davon, welche Parteienkonstellation nun regiert, ob wir als Bezugsgröße nun die Grundlohnsumme oder etwas anderes nehmen, ob wir nun von Budgets oder von Richtgrößen sprechen, die Mittel sind begrenzt. Ausgabensteigerungen, die deutlich über den gesamtwirtschaftlichen Zuwächsen liegen, werden wir für die Arzneimittelausgaben nicht erleben, ob wir sie nun für sinnvoll halten oder nicht.
Dies bedeutet, dass jede Mark, die für umstrittene Arzneimittel vergeudet wird, letztlich für sinnvolle Ausgaben fehlt. Es sollte auch nicht ganz vergessen werden, dass die Beiträge zur GKV ja nicht freiwillig gezahlt werden, neun von zehn Bundesbürgern liefern sie gezwungenermaßen ab. Dies ist aus sozialstaatlicher Sicht nicht nur vertretbar, sondern auch notwendig, wenn es sich um die Finanzierung sinnvoller Therapien handelt, bei fragwürdigen Therapien hingegen ist es nicht vertretbar.

Gefährdet die Positivliste nicht dennoch die Arbeitsplätze in der pharmazeutischen Industrie? Schössen wir hier nicht ein Eigentor, indem wir zwar einen denkbaren Anstieg der Lohnnebenkosten, die auf die GKV entfallen, begrenzen, dafür aber anderswo durch mehr Arbeitslose in einer im Grunde gesunden Branche ein Loch aufreißen?
Das Gegenteil scheint mir der Fall zu sein. Die mehr oder minder vollständige Bezahlung von Arzneimitteln durch die gesetzliche Krankenversicherung stellt eine Subventionierung der Arzneimittelhersteller dar. Existierte überhaupt keine Krankenversicherung, so wären die Hersteller gezwungen, die Preise zu senken und ihr Angebot zu reduzieren. Diese Subventionierung umfasst nun aber alle Arzneimittel, die von der GKV bezahlt werden, lebensnotwendiges Insulin, Blutdruckmittel und Antibiotika ebenso wie Rheumasalben, expektorierende Hustensäfte und wirkungslose Lebertherapeutika. Alle werden sie mit ihrem Preis minus 5 % GKV-Rabatt minus 8, 9 oder 10 DM Patientenzuzahlung subventioniert.

Tut man aus volkswirtschaftlicher Sicht den Herstellern mit dieser Subventionierung nun auf längere Sicht einen Gefallen? Ist es tatsächlich sinnvoll, innovative Arzneimittel genau so zu fördern wie solche, von denen im besten Falle gesagt werden kann, dass sie den Patienten vermutlich nicht schaden dürften, auf die aber z. B. die Patienten in den skandinavischen Staaten sehr gut verzichten können, ohne dass deren Lebenserwartung darunter litte?

Dem ist nicht so. Angesichts begrenzter Gesamtausgaben ist es vielmehr so, dass die Mittel, die für umstrittene Arzneimittel verwendet werden, für die Entwicklung innovativer Arzneimittel fehlen. Blasentees und Hämorrhoidensalben lassen sich überall auf der Welt herstellen, sie sind keine Exportschlager. Neue innovative und damit auch patentgeschützte Arzneimittel könnten dies eher sein.
Hersteller, die die zweifellos vorhandene Qualifikation ihrer Mitarbeiter für Herstellung und Marketing zweifelhafter Arzneimittel einsetzen und damit vergeuden, würden durch den Verzicht auf die Positivliste in ihrem Verhalten belohnt werden, solche, die innovative Produkte entwikkeln, werden letztlich bestraft. Eine Positivliste hingegen würde Anreize in die volkswirtschaftlich und gesundheitspolitisch wünschenswerte Richtung schaffen.

Wie könnte sich nun die in § 92a, Absatz 9, vorgesehene "Drei-Monats-Regelung" auswirken? Es wäre außerordentlich problematisch, würde diese dazu führen, dass GKV-Patienten im Einzelfall lebensrettende Therapien versagt blieben, die Privatpatienten oder zahlungskräftigen Selbstzahlern bereits zur Verfügung stünden. Man mag dagegen einwenden, dass die geplante Regelung im Gegenteil sogar einen gewissen Schutz darstellt, da es schon einmal vorgekommen sein mag, dass Zulassungsentscheidungen nach einiger Zeit revidiert werden mussten, doch sollte dies nicht der Regelfall sein.

§ 92a, Absatz 10, sieht nun ausdrücklich die Möglichkeit von Ausnahmen vor. Ohne Zweifel liegt ein solcher Ausnahmefall bei neu zugelassenen aber noch nicht von der Positivliste erfassten Arzneimitteln in der Regel vor. Eine Ausnahme von der Ausnahme könnten eventuell Lifestyle-Arzneimittel wie Viagra® bilden. Eine automatische Verschreibungsfähigkeit jedes neu zugelassenen Arzneimittels zu Lasten der GKV bis zur endgültigen Entscheidung könnte hier dazu führen, dass mit der Begründung einer bereits begonnenen Therapie deren weitere Finanzierung durch die GKV eingeklagt werden könnte.
In der Praxis dürften solche Konflikte eher selten auftreten. Bei der Diskussion um die Abschaffung der Positivliste im Jahre 1995 gaben die Sachverständigen, die die damalige Liste erstellt hatten, an, im Regelfalle könne innerhalb eines Monats entschieden werden.
Es erscheint mir dennoch im Interesse von Ärzten und Patienten sinnvoll, klarzustellen, dass bei begründeten Ausnahmeverordnungen nach § 92a, Absatz 10, dann grundsätzlich keine Regresse erfolgen können, wenn es sich um neu zugelassene Arzneimittel handelt, es sei denn, der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen habe bereits vorher deren Übernahme durch die GKV abgelehnt.
Ist die in § 92a, Absatz 1, vorgesehene Zusammensetzung der Kommission sachgerecht? Ist es tatsächlich sinnvoll, dass die Vertreter der "besonderen Therapierichtungen" gewissermaßen über eine "Sperrminorität" in der Kommission verfügen?
Hier halte ich die geplanten Regelungen für dringend überarbeitungsbedürftig. Die Privilegierung der "besonderen Therapierichtungen", über die man durchaus geteilter Ansicht sein kann, scheint mehrheitlich erwünscht zu sein, aber es würde völlig ausreichen, wenn die drei "weiteren Mitglieder" der Kommission lediglich an den Entscheidungen beteiligt würden, die Arzneimittel der "besonderen Therapierichtungen", also in der Regel die des Anhangs der Positivliste, betreffen.

Auch im Interesse der Arbeitsfähigkeit der Kommission und des möglichst raschen Fällens von Entscheidungen wäre es sinnvoll, wenn an Entscheidungen über die Aufnahme von Arzneimitteln, die nicht den "besonderen Therapierichtungen" zuzurechnen sind, ausschließlich die sechs Vertreter der Medizin, der Pharmakologie und der medizinischen Statistik beteiligt würden. Spekulationen darüber, dass eine "Sperrminorität" hier die Aufnahme fragwürdiger Arzneimittel erzwingen könnte, wäre damit die Grundlage genommen.

"Benchmarking" (Nr. 42 zu § 84)
Unverkennbar bestehen im Arzneimittelbereich noch Wirtschaftlichkeitsreserven in nicht unbeträchtlichem Umfang. Wenn ihr Anteil an den gesamten Arzneimittelausgaben auch gesunken ist, werden doch immer noch Milliarden für Arzneimittel mit fragwürdigem Nutzen ausgegeben.

Insofern liegt ein Vergleich der Arzneimittelausgaben aus KV-Bereichen mit niedrigem Durchschnitt je Versichertem und hohem Durchschnitt durchaus nahe. Wenn wir dann sehen, dass sie sich um den Faktor 1,5 unterscheiden, drängt sich die Annahme auf, dass hier in dem Bereich mit den höchsten Ausgaben bis zu einem Drittel ohne Schaden für die Patienten eingespart werden könnte.
Dieser Erkenntnis trägt die in § 84 Abs. 1 Satz 4 geplante Gesetzänderung Rechnung. Der Zielsetzung ist grundsätzlich zuzustimmen, einige Probleme mit der Umsetzung in der geplanten Form sind aber nicht zu verkennen.

Die Regelung berücksichtigt zwar die Verteilung von Alter und Geschlecht der Versicherten in der jeweiligen Region, nicht aber Unterschiede in der Morbidität. So lebt beispielsweise in den Stadtstaaten ein deutlich höherer Anteil von AIDS-Kranken als in Flächenstaaten, deren Versorgung mit Arzneimitteln ausgesprochen kostspielig ist, und durch therapeutische Innovationen in Zukunft noch erheblich kostspieliger werden dürfte. Es erscheint unbefriedigend, dass diesem Umstand nicht Rechnung getragen wird.

Die in den verschiedenen Regionen deutlich unterschiedliche Anzahl von Patienten, die vollständig von der Zuzahlung befreit sind, wird ebenfalls nicht berücksichtigt. Hier besteht ein starkes Gefälle zwischen den wirtschaftlich starken Regionen im Süden und Südwesten der Bundesrepublik und wirtschaftlich schwächeren Regionen wie den neuen Bundesländern. Dieser Umstand sollte bei der Festlegung und Anpassung der Budgets unbedingt berücksichtigt werden. Angesichts dessen, dass die Befreiungen von

den Krankenkassen ausgestellt werden, diese folglich einen Überblick darüber haben dürften, sollten sich hier noch nicht einmal die Schwierigkeiten einstellen, welche die Berücksichtigung von Unterschieden in der Morbidität eventuell mit sich bringen könnte.

Die höhere Versorgungsdichte z. B. in den Stadtstaaten bringt mit sich, dass die dortigen Versorgungseinrichtungen häufiger von Versicherten aus den umliegenden Flächenstaaten aufgesucht werden, als dies umgekehrt der Fall sein dürfte. Auch hier ist eine Verzerrung der Statistik zu erwarten. Dieser Umstand könnte eventuell durch einen pauschalen "Stadtstaatenbonus" vergleichbar dem im Länderfinanzausgleich berücksichtigt werden. Ähnliche Effekte sind aber auch bei kleineren Regionen in Flächenstaaten zu erwarten, die sich in unmittelbarer Nähe von Großstädten in anderen Flächenstaaten befinden.
Da die geplante Regelung sich auf die derzeit bestehenden KV-Bezirke bezieht, ist auch eine Verzerrung der Statistik durch die derzeit noch bestehenden besonders kleinen Bezirke in Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg zu erwarten, deren Zusammenlegung der Gesetzentwurf ja vorsieht. Es liegt auf der Hand, dass die Unterschiede um so größer werden, je kleinräumiger die Gliederung des Bundesgebietes ist. Dies ist nicht zwingend ein Zeichen für bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven, es ist einfach ein statistisches Phänomen. Diesem Umstand könnte dadurch Rechnung getragen werden, dass ganze Bundesländer oder aber zumindest die neu zu bildenden größeren KV-Bezirke als Grundlage der Berechnungen verwendet werden.
Im Arzneimittelbereich existieren nicht nur Wirtschaftlichkeitsreserven, es gibt vielmehr auch Bereiche, in denen wir eine Unterversorgung haben. So führt z. B. die verspätete Diagnostik bei Diabetes und die verspätete adäquate Versorgung der Patienten immer noch dazu, dass in unserem Land weit mehr Füße amputiert werden als in anderen Industriestaaten. Dies hätte in vielen Fällen durch eine frühere Versorgung mit Insulin vermieden werden können. Zwar ist diese erheblich kostspieliger als die Versorgung mit oralen Antidiabetika, dennoch würden höhere Arzneimittelausgaben in diesem Falle dazu beitragen, insgesamt Kosten zu senken, ganz zu schweigen vom Gewinn an Lebensqualität.

Die derzeit bestehende Unterversorgung hat noch nichts mit falschem Kostendenken zu tun. Es ist aber zu erwarten, dass ein starker Budgetdruck, der sich vor allem auf den Arzneimittelbereich konzentriert, für eine Änderung dieses beklagenswerten Umstands nicht unbedingt hilfreich ist. Programme für eine Verbesserung der Versorgung, die auch eine Erhöhung der Arzneimittelausgaben zur Folge haben könnten, haben unter "Benchmarking"-Bedingungen, die allein auf Kostenreduzierung im Arzneimittelbereich zielen, kaum eine Chance.

Die Zielsetzung der geplanten Regelung ist richtig, die Umsetzung in der vorliegenden Form könnte aber mehr Probleme schaffen als lösen. Die Tatsache, dass im Arzneimittelbereich (aber nicht nur dort) tatsächlich Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sind, bedeutet nicht, dass dies für alle Zeit gelten muss. Im Arzneiverordnungsreport 1998 schätzte Prof. Schwabe, dass die derzeit noch bestehenden Einsparmöglichkeiten im Arzneimittelbereich in drei bis vier Jahren voll ausgeschöpft seien. Deshalb erschiene mir auch eine zeitliche Begrenzung der Regelung sinnvoll.

"Re-Importe" (Nr. 70 zu § 129, Absatz 1)
Die Verpflichtung zur Abgabe preisgünstiger importierter Arzneimittel soll wieder im SGB V verankert werden. Zweifellos liegt hier für einige patentgeschützte Arzneimittel, die im Ausland unter dem gleichen Namen wie in der Bundesrepublik vermarktet werden, noch ein gewisses Einsparpotential.

Bei einigen Arzneiformen (z. B. Sprays zur Inhalation bei Asthma) erscheint die Substitution allerdings problematisch, da durch die Verwendung unterschiedlicher Hilfsstoffe Unverträglichkeiten auftreten können. Man sollte nicht vergessen, dass eine Verpflichtung zur Abgabe importierter Arzneimittel einem Substitutionsgebot gleicht.

Bei den meisten Arzneiformen dürften die Probleme begrenzt sein, insofern erscheint die Regelung grundsätzlich durchaus vertretbar, zumal die Arzneimittelhersteller sie durch eine entsprechende Preisgestaltung in der Bundesrepublik durchaus zum Nutzen aller Betroffenen überflüssig machen könnten.

Importierte Arzneimittel können trotz des mit dem Import verbundenen nicht unerheblichen Aufwands nur deshalb preiswerter sein, weil in anderen EU-Staaten andere Preisbildungsmechanismen als in der Bundesrepublik existieren. Die Frage erscheint berechtigt, ob es nicht vielleicht sinnvoller sein könnte, diese offensichtlich ja wirksamen Preisbildungsmechanismen zu importieren, anstatt die Arzneimittel quer durch Europa zu transportieren.

Was fehlt im Gesetzentwurf?
Es fehlt eine weitere Reduzierung der unsozial hohen Zuzahlungen im Arzneimittelbereich. Mit dem 1998 beschlossenen Vorschaltgesetz ist man in die richtige Richtung gegangen, aber Zuzahlungen zu sinnvollen und notwendigen Arzneimitteln erscheinen mir nach wie vor verzichtbar. Von ihnen geht erwiesenermaßen keinerlei Steuerungswirkung in Richtung einer rationaleren Therapie aus, sie stellen lediglich einen zusätzlichen Krankenkassenbeitrag für Kranke dar.
Es fehlt auch die Einbeziehung von Pseudoinnovationen in die Festbetragsregelung. Mit der 1996 erfolgten Änderung des § 35 SGB V hat der Gesetzgeber sämtliche neu zugelassenen patentgeschützten Arzneistoffe von der Festbetragsregelung ausgenommen und damit nach meiner Ansicht ein industriepolitisch falsches Signal gesetzt. Eine Rücknahme diese "Me-too"-Präparate unverhältnismäßig begünstigenden Regelung wäre dringend geboten.

Hausärzte zum Hausarztmodell

Kreativer Osten will auf sich aufmerksam machen

von Angelika Sotolongo

Der Osten ist auch hoch kreativ und hat eine besondere Erfahrungswelt – dies eines der Statements, die Dr. med. Diethard Sturm auf der Eröffnungsveranstaltung auf dem 22. Deutschen Hausärztetag in Dresden machte. Der Vorsitzende des BDA-Landesverbandes Sachsen sprach über die besondere Situation der Hausärzte in den neuen Bundesländern und stellte viele heutige Entwicklungen in den inzwischen historischen Kontext der Erfahrungswelt in der DDR.
"Dabei möchte ich von vornherein klarstellen, dass in der ostdeutschen Ärzteschaft keine Tendenz zur Rückkehr in vergangene Zeiten besteht. Darum geht es nicht, aber der Vergleich von Details soll anregen oder auch warnen", stellte er fest.
Dabei ging er auf die Anfänge des Gesundheitswesens in der sowjetischen Besatzungszone und der späteren DDR ein, das nach sowjetischem Vorbild neu organisiert wurde. Zentralismus und Kollektivarbeit seien die Grundsätze gewesen. Den Hausarzt ersetzte ein Team von Spezialisten.

Polikliniken kritisch bewerten

"Nostalgisch verklärt werden oft, vor allem im Westen, die Polikliniken gesehen", beurteilte Sturm die Vergangenheit. Zwar seien die Polikliniken für die Zusammenarbeit der spezialisierten Disziplinen, die gemeinsame Nutzung aufwendiger Technik und die wechselseitige Fortbildung positiv gewesen, aber die Nachteile wurden allzu oft unter den Tisch fallen.
Unpersönliche Patientenaufnahme, schnell wechselndes Personal, die eingeschränkte Verantwortung des Einzelnen, die hohen Ausfallzeiten und vor allem der ineffiziente Verwaltungsaufwand zählte Sturm als bedenkenswert auf.
Zudem wies er auf eine Erfahrung hin: "Die Bevölkerung im Osten Deutschland vollzog diese Entwicklung nicht mit, sondern wollte weiter die Betreuung durch den Hausarzt!"

> *Sein Merksatz: Der Hausarzt befriedigt ein Grundbe dürfnis nach Geborgenheit und komplexer medizini scher und sozialer Betreuung, das die Bevölkerung will und braucht."*

Weiterbildung Allgemeinmedizin

In der DDR wurde 1960 das Berufsbild des praktischen Arztes wiederbelebt und 1967 bildete der Facharzt für Allgemeinmedizin – mit fünfjähriger Weiterbildungszeit – einen wichtigen Bestandteil der medizinischen Ausbildung. Dabei mussten diese Mediziner nahezu alle klinischen Fachrichtungen durchlaufen sowie die hygienischen Fächer.
Darin sieht Sturm den Grund, weshalb die Kompetenz des Facharztes für Allgemeinmedizin in Deutschland nicht angegriffen wird.

Nach der Wende wurde diese Weiterbildung nach Sturms Worten "dem bundesdeutschen Niveau angepasst", d.h. sie wurde erst einmal abgeschafft. Inzwischen gibt es wieder eine solche fünfjährige Weiterbildung. Allerdings bemängelt Sturm: "Wesentliche Strukturelemente wie die Verantwortung eines Weiterbildungsleiters für diese Etappe oder eben der Durchlauf durch alle klinischen Fächer sind noch nicht wieder umgesetzt!"
Neben einem Weiterbildungsleiter zur Koordination und Beratung hält Sturm ein einjähriges Stipendium für notwendig, damit auch die "kleinen" klinischen Fächer ihren Raum finden.
Als sehr fruchtbar wertet Sturm auch die Verknüpfung von wissenschaftlicher Arbeit und politischem Engagement, dass es in der medizinisch wissenschaftlichen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (60% der Fachgruppe) gab. Hier hofft er auf einen Impuls, der eine Verbesserung der hausärztlichen Betreuung innerhalb der Medizin wie der Gesellschaft sein könnte.
Eine Schwächung der politischen Rolle der Allgemeinmediziner gäbe es auch durch die zu seltene Praxisforschung und die geringen Beteiligung der Allgemeinmediziner an wissenschaftlichen Fragestellungen.
"Die traditionell gute Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Spezialisten hat in der Zwischenzeit durch die merkantilen Akzente in der ärztlichen Arbeit bereits gelitten, ist aber noch nicht auf dem Tiefpunkt der alten Bundesländer angelangt." bewertet er die momentane Situation.
Somit könne in den ostdeutschen Ländern mit zusammenarbeitsfördernden Anreizen die Ganzheit der Medizin, wieder erreicht werden und damit Einsparpotentiale mobilisiert.

Daten in Patientenhand

Statt Datenfriedhöfe bei den Kassen zu konzipieren, will Sturm das Arztbuch [eine Dokumentation in der Hand des Patienten] etablieren und fordert politische Unterstützung ein.
"So lange sich Existenzsicherung für den Arzt und seine Praxis mit den Zielstellungen besserer Koordination und Wirtschaftlichkeit diametral gegenüberstehen, nützen keine Gesetze oder Verordnungen, keine Repressalien oder materiellen Beschneidungen", bemängelt er die momentane Politik.

Es fehlen Anreize zu Kooperation, Appelle allein würden keine Erfolge zeigen.

> *"Dieser Beruf braucht Optimismus, braucht Kreativität, braucht auch Spielräume für Innovation."*

Aus seinen Erfahrungen heraus formulierte er die Frage: "Warum werden die marktwirtschaftlichen Instrumente nicht eingesetzt und statt dessen Angst und Repressalien, Kontrollorgien und Bürokratien?"

Eine Maxime der ostdeutschen hausärztlichen Tätigkeit sie die Orientierung auf die Prophylaxe gewesen, die im sogenannten System der Dispensairebetreuung organisiert war. Betreuung chronisch Kranker in eigens dafür bestehenden Beratungsstellen einschließlich Recall-System, hätten die Zu-

sammenarbeit von hausärztlicher Grundbetreuung und fachspezifischer Kompetenz zum Nutzen des Patienten gesichert. Bei Zerschlagung dieser Strukturen sei vieles verloren gegangen.
Weggewischt worden sind auch die epidemiologisch interessanten Einrichtungen wie Krebsregister und das Röntgenkataster.

Netze - der neueste Schrei?
Die neu entstehenden Netze sieht Sturm in der Tradition dieser Strukturen. "Auch bei den Netzen droht eine Überwucherung mit Bürokratie und früher oder später erstarrenden Strukturen", warnt er. Integration beispielsweise von Physiotherapie und Pflege sowie zentrale diagnostische Einheiten würden die Wirtschaftlichkeit allerdings zweifellos verbessern

Im Verlauf seiner Rede ging Sturm dann ausführlich auf die finanziell angespannte Situation der niedergelassenen Allgemeinmediziner in den (noch immer) neuen Ländern ein und forderte ein Umdenken: "Angstgesteuerte, deprimierte Ärzte übertragen dann auch nur Angst und Depression auf ihre Patienten, nicht aus bösem Willen, sondern weil sich das ganz einfach überträgt. Angst ist hoch infektiös. Und der Vertrauensverlust verursacht immer mehr zusätzliche Kosten durch Zweitmeinungen und Arztwechsel."
Ziel müsse ein vernünftiges Hausarztprinzip sein, nicht auf Kosten anderer Gruppen, sondern mit allen gemeinsam. Sturm hierzu: "Wir bringen gern unsere Erfahrungen ein. Bisherige Angebote blieben unbeantwortet. Wir werden also auf uns aufmerksam machen müssen."

Selbstmedikation - oder:

von Udo Puteanus

Der tägliche Markt
„Guten Tag – einmal 20 Thomapyrin®, bitte".
„Brausetabletten oder Kautabletten?" „Ne, wie immer, die normalen." „Ah, ja. – Bitteschön. Macht sieben Mark fünfundvierzig."

Ein normaler Dialog aus der Selbstmedikation. Täglich – in Tausenden von Apotheken im Lande: Arzneimittelwünsche ohne Arzt und doppelten Boden. Folge: 8,9 Mrd. DM gehen so jährlich über den Ladentisch. Und es wird immer mehr. Davon bleiben 80% in den Apotheken, 20 % gehen in die Drogerien und Verbrauchermärkte. Letzteres wurmt die Apotheker, denn der Anteil der Konkurrenz wächst stetig. Nun ist auch noch ALDI seit zwei Jahren dabei. Ist ein neuer Schub Richtung Verbrauchermärkte vorprogrammiert?

Der tägliche Zwang zum Funktionieren
Man kann die Kunden ja verstehen: Seitdem die Kassen – dank Seehofer – viel Geld von den Erkrankten verlangen (Zuzahlung), kann auf die Wartezeit beim Arzt ja gleich verzichtet werden. Denn das Arzneimittel muss in 30 % der Fälle eh cash bezahlt werden. Und außerdem: Warum soll man fragende Blicke der Kollegen im Betrieb oder gar den schiefen Blick vom Chef riskieren. Bei der hohen Arbeitslosigkeit verzichten viele doch lieber auf den Besuch beim Arzt. Womöglich würde der auch gar nichts verordnen, seitdem er wegen der Budgets nur an die Kosten denkt.

Es gab mal eine Zeit, da wirkten nur wenige Ärzte und erwirkten somit wenige Leistungen. Und auch die damals versprengten einzelnen Apotheken lebten sehr gut von dem, was der Arzt verordnete. Arzneimittel spielten für die Menschen eine geringere Rolle als heute. Es gab ja auch nur wenig Mittel und noch weniger *gute* Mittel, die wirklich halfen. Das sieht jetzt anders aus. Viele Ärzte verordnen viel, viele Apotheken geben noch mehr ab, und auch ALDI verspricht sich gute Geschäfte.

Der tägliche Wahnsinn
Arzneimittel werden zum ständigen Begleiter vieler Menschen. Und die, die sie herstellen und damit handeln, leben davon. Und das wollen sie auch in Zeiten knapper öffentlicher Kassen. Also muss die Werbung angekurbelt werden: Sei es die platte Werbung in der neuen, kaum noch abschaltbaren medialen Welt
(„... schaltet den Schmerz ab") oder die Werbung für eine apothekerliche Dienstleistung, die immer zum Verkauf von Waren führen muss. Denn sonst ist die Apotheke irgendwann pleite. Wie schön, dass andere für den nötigen gesellschaftlichen Kick sorgen: „cool" ist nur, wer alles wagt, „in" ist nur, wer schlank sein kann, und auf der Höhe ist nur der, der stets bereit zum Angriff ist. Zum Glück sorgen neue Stoffe für die Erfüllung neuer Träume: Viagra® – gegen spezielle Hänger im Leben (Zitat Glaeske), Xenical® – da kriegt nicht nur der Kunde sein Fett weg, Fluctin® – damit das Glück nicht nur auf der Seite der Anbieter hängen bleibt. Und dazu das Internet: „Darf's noch ein bißchen mehr sein? Hier jedes Mittel – auch ohne Rezept". Wie gut, dass die pharmazeutische Industrie demnächst im Internet über verschreibungspflichtige Arzneimittel *informieren* (?!) will.

Von der Wiege bis zur Stille: Sein letzter Wille - eine Pille?
Hält der Körper dem chemischen Feuerwerk nicht stand, gibt's zum Glück noch das soziale Fangnetz, mit dem sich der Verirrte aus den Rauchschwaden der unmöglichen Möglichkeiten ziehen lässt. Das kostet dem Einzelnen viel Kraft und den Netzbetreibern auch eine ganze Menge Geld.
Und wenn er es mit dieser Hilfe über den Berg schafft, sieht er (wenn's denn gut läuft) vielleicht klarer: „Sollte ich mich beim nächsten Mal besser erkundigen – aber wo? Vielleicht muss ich mein Leben ändern – aber wie gegen den Strom schwimmen? Das soll meinen Kindern nicht passieren – aber wie bring ich's ihnen bei?"

Der tägliche Eiertanz der Apotheken
Apotheker wollen ihre Produkte vertreiben. Sie wollen aber keine Händler sein, sondern als Heilberufler anerkannt werden und sich damit von den Discountern abgrenzen. An diesen Anspruch sind sie zu erinnern und zu messen. Ungemütliche Fragen lauten daher:
Was sollen die Pappkartons der Pharmafirmen in den Schaufenstern der Apotheken? Was verkaufen sie eigentlich das ganze Jahr (welche Präparate? Darüber gibt's nämlich nur Stillschweigen)? Gönnen Sie Ihren Mitarbeitern in den Apotheken auch mal eine Fortbildung, z. B. in Sachen Kommunikation? Wissen eigentlich alle in den Apotheken, was zu tun ist, wenn ein Kunde erkennbar problematische Arzneimittel verlangt? Könnten die Apotheker nicht mehr Verantwortung für einen rationalen Umgang mit Arzneimitteln übernehmen – z. B. durch verstärkte Aufklärungsarbeit? Was machen sie eigentlich, wenn Kinder oder Jugendliche Arzneimittel kaufen wollen? Warum sollte man Ihnen abnehmen, dass sie sich einen finanziellen Gewinn durch verbraucherfreundliches Abraten von Arzneimitteln durch die Lappen gehen lassen?

Der tägliche Kampf - gegen Windmühlen?
Was kann die Politik gegen den Wahnsinn ausrichten?
Das verändern, was veränderbar ist: Rücknahme der überhöhten Zuzahlungen; Verbesserungen bei der Werbung für Arzneimittel; Unterstützung von Projekten zur objektiven Verbraucherinformation.
Das zum Thema machen, was die Menschen bewegt: Gegen den täglichen Zwang zum Funktionieren (Arbeitszwang und Lifestylelust); Projekte zur Stärkung des Selbstbewusstseins – bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen; Problematisieren des Medikamentenkonsums.

Nicht jede Störung verlangt 'ne Dröhnung!
Dort bei den Apothekern anknüpfen, wo sie zugänglich sind: Stärkung des Flügels der Apothekerschaft, der die Funktion des Heilberuflers in den Vordergrund stellen will; Frage nach der Qualität der pharmazeutischen Dienstleistung im Selbstmedikationsbereich: läßt sich nicht mit einer Hitliste der häufigsten *verkauften Präparate* darüber streiten, wo Defizite sind? Aber warum gibt's keine solche Liste? Können die Apotheker da nicht weiterhelfen?

Schweigen über Sinn von Pillen, führt zu keinem Änderungswillen!
Selbstmedikation boomt. Das freut die Apotheker in der sonst für sie nicht sehr glücklichen Zeit. Doch macht dies Sinn – für den Einzelnen wie für das Ganze? Diese Frage bleibt und fordert eine offene Qualitätsdiskussion: damit der unheimliche Sog ins unbekannte schwarze Loch Selbstmedikation gebremst werden kann.

Stellungnahme des Vereins Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) zum Entwurf der Zweiten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Apotheker

Katja Lorenz für den Vorstand des VDPP

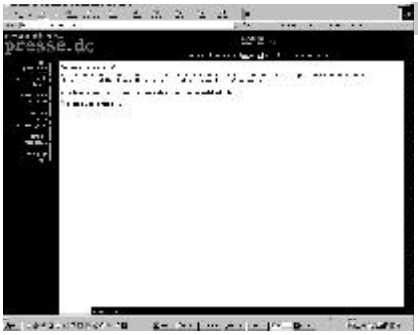
In den vorliegenden Verordnungsentwurf sind viele unserer Forderungen eingeflossen. Besonders gelungen finden wir die Schwerpunktverschiebung von der Chemie zur Medizin / Pharmakologie, von der Praktikahäufung zu mehr Seminaren. Die Einführung der Klinischen Pharmazie als Prüfungsfach und von Wahlpflichtfächern liegt ebenso sehr in unserem Interesse.
All diese Maßnahmen sind längst fällig, um das Studium auch im Blick auf die EU zu modernisieren. (Allerdings bezweifeln wir ebenso wie der Bundesverband der Pharmaziestudierenden, dass dieses Studium vom Zeitaufwand her studierbar ist, da zu wenig Raum für Vor- und Nachbereitung der Lehrveranstaltungen vorgesehen wurde. Außerdem sehen wir keine Erleichterung für einen Studienplatzwechsel.)
Lang notwendig waren auch die bürokratischen Entkrampfungen: die Abkehr von der Abschlussprüfung im 13. Monat oder die Möglichkeit des Ablegens des 3. Prüfungsabschnittes im Bundesland des Praktikums.
Warum wird dagegen noch immer an dem veralteten System der „Tipp-Klausur" festgehalten? Auch hierin stimmen wir mit dem BPhD überein. Das Angebot zur Entwicklung alternativer Prüfverfahren kann nicht ernst gemeint sein. Es sind dermaßen viele Hürden zu dessen Umsetzung eingebaut, dass uns unvorstellbar ist, welche Uni dafür Geld und Kapazitäten haben soll. Letztlich scheint eine Änderung wohl nicht erwünscht!?
Wir halten auch nach wie vor die Einführung einer obligatorischen Abschlussarbeit für sinnvoll.
Der Zielsetzung, die in der Begründung des Entwurfs formuliert ist, kann eine derart geänderte AAppO aus unserer Sicht nur für kurze Zeit gerecht werden. Die Befähigung zur „Kommunikation mit Patienten und allen am Gesundheitswesen Beteiligten" im Sinne einer patientenorientierten Pharmazie kann nicht nur Aufgabe der Wahlpflichtfächer sein und greift deshalb für die zukünftigen Entwicklungen (Gesundheitsreform 2000) schon jetzt zu kurz.
Die Stundenzahl für das Fach „Klinische Pharmazie" ist zu gering festgesetzt. Die StudentInnen müssen bereits während des Studiums im Rahmen von Praktika im Krankenhaus am Patienten ausgebildet und in die Arzneimitteltherapie einbezogen werden. Dieses Heranführen darf nicht nur für einige wenige Teil des Praktischen Jahres sein.
Wir vermissen die Einbeziehung der Sozialpharmazie, der Patientenbeteiligung und -vertretung, des Verbraucherschutzes. Das interdisziplinäre Denken muss stärker gefördert werden, um bereits im Studium den Blick für die Vernetzung aller Berufe in der Gesundheitsversorgung zu schulen.

Unter diesen Aspekten ist der Entwurf in seiner jetzigen Form bereits überholungsbedürftig.

Für Surfer: Zwei interessante Dienste

von Angelika Sotolongo

Welches Internet-Angebot gut ist, ist sicherlich Geschmackssache. Dennoch hier zwei Tipps, die nicht ganz Alltägliches bieten.



www.medscape.com

Medscape® -The Online Resource for Better Patient Care® ist eines der beiden Angebote. Zielgruppe sind Mediziner und andere im Gesundheitswesen Beschäftigte, die hier verschiedenste medizinische Informationen und "Ausbildungsunterstützung" finden sollen. Darüber hinaus gibt es nichtmedizinische Bereiche über Geld und Humor. Der Dienst ist auf englisch und nach einer einmaligen, kostenfreien Registrierung zu nutzen. Per e-mail gibt es regelmäßig Nachricht über neue Meldungen zu den bei der Registrierung eingetragenen Fachgebieten. Das Angebot umfasst Zusammenfassungen von den großen medizinischen Kongressen, ein Diskussionsforum, Zugang zu Medline, Aids-line und Toxline, ein Arzneimittelsuchsystem und einen Haufen von peer-reviewed Artikeln.
Die Quellen von Medscape sind verschiedene (50) medizinische Zeitschriften, Reuters, medscape Wire und andere. Gegliedert ist das Angebot nach Spezialgebieten wie Clinical Management, Treatment Updates, News, Conference Summaries und Journal Room. Natürlich gibt es auch die obligatorische Link-Seite, die recht gut kommentiert und ausgewählt ist. Angenehm ist die komfortable Suchfunktion und die Möglichkeit Graphiken und Tabellen auf eine lesbare Größe zu bringen und problemlos auszudrucken.

gesundheits-presse.de

ist ein virtuelles Pressezentrum, das seit März 1999 online ist. Wer sich akkreditieren will, muss angeben, für was für ein Medium er journalistisch arbeitet. Dann gibt es die neuesten Nachrichten von Krankenkassen, Ministerium, Pharmaindustrie, Verbraucherverbänden und und und. Immer schön kurz als Überblick und Langfassungen sowie direkte Kontakte zu den verantwortlichen Pressestellen. Per Fax gibt es regelmäßig Infos über die aktuellen Neuigkeiten. Die Nachrichten sind nach Themen und nach Organisationen geordnet. Außerdem bietet der Expertenpool eine gute Adressensammlung zu Institutionen und wissenschaftlichen Einrichtungen. Ein noch kleines Angebot, das schnell über die Meldungen informiert, die übermorgen in der Zeitung stehen (oder gestern gestanden haben).

Aktivitäten in Berlin

von Katja Lorenz und Thomas Schulz

Für den VDPP hatten wir – Katja Lorenz und Thomas Schulz - das Vergnügen zu einer Besichtigung des SPD-Fraktionssitzungssaales im Berliner Reichstagsgebäude eingeladen zu sein. Dort fand am 22. 9. 99 die Anhörung des Gesundheitsausschusses statt. Jürgen Große komplettierte die Delegation, allerdings war er Einzelsachverständiger der PDS-Fraktion.

Für den VDPP war nur ein Platz reserviert, wir konnten allerdings einen freigebliebenen Platz für uns vereinnahmen. Jürgen Große saß eine Reihe weiter hinten bei den Einzelsachverständigen.
Die VDPP-Stellungnahme hatten wir vorher dem Ausschuss zugeschickt, sie wurde zwischenzeitlich auch in der Fachpresse veröffentlicht.

Wir wiesen den SPD-Abgeordneten Schmidbauer (vgl. MV ´99) kurz auf unsere Existenz und Präsenz bei dieser Veranstaltung hin. Dann begann die zweistündige Sitzung mit den Fragen der SPD-Fraktion. Im Gegensatz zur Verbändeanhörung mussten wir Lobbyisten nun darauf warten, dass Fragen direkt an uns gestellt wurden. In der ersten Runde befragten Schmidbauer und andere SPD-Abgeordnete vor allem die Vertreter der Krankenkassen. Viel Neues kam dabei nicht rüber, abgesehen von der Äußerung, dass die Krankenhausapotheken in Zukunft auch die ambulanten Patienten mit Medikamenten versorgen sollen.
Dann fragte die CDU, wobei die Zeit für Fragen und Antworten in Proportion zur Fraktionsgröße stand. Hier konnte ABDA, die nur mit der zweiten Mannschaft vertreten war, da die erste Riege lieber im Berliner Zentrum demonstrierte, sich mit wohl bekannten Thesen produzieren. Die Argumentation gegen die Positivliste war von Seiten der Industrie von so erbärmlicher Niveaulosigkeit, dass Wolfgang Becker-Brüser (Herausgeber des Arzneitelegramms) als Einzelsachverständiger für die Grünen diese anschließend genüsslich zerlegen konnte. Wir fühlten uns gut vorbereitet, wobei wir natürlich beide aufgeregt waren und auf Fragen warteten. Jürgen nutzte die Zeit der PDS voll aus und überzog, so dass der Vorsitzende auf Einhaltung der Redezeit drang. Auch in der folgenden Fragerunde von der SPD kamen keine Fragen an den VDPP. Damit stellte sich für uns die Frage: Gehen wir weiter zu solchen Anhörungen und nutzen die beschränkten Möglichkeiten der schriftlichen Äußerung? Oder spielen wir das Spiel der anderen mit, das da heißt "Lobbyarbeit".
Drei Tage später trafen wir uns wieder, diesmal im BVV-Sitzungssaal des Rathauses Schöneberg. Die Fraktion Bündnis 90 / Grüne hatten zu einer Veranstaltung eingeladen, die sich mit der Beteiligung der Patienten im Gesundheitswesen beschäftigte. Zu Beginn sprach die Gesundheitsministerin Andrea Fischer, danach stand sie für Fragen zur Verfügung und wir konnten uns beide auf die kurze Liste der Fragesteller drängen. Im Namen des VDPP verwahrten wir uns gegen die ABDA-Kampagne, stellten unsere Position zur Positivliste klar und fragten nach zu Problemen der Positivliste, der Reimporte und der Arzneimittelpreisgestaltung.

Dieser improvisierte Auftritt von uns hatte am folgenden Montag einen Anruf und einige Fragen aus dem Büro des Staatssekretärs Jordan zur Folge, damit hatte sich dieser Ausflug eindeutig gelohnt.

Seit dem Spätsommer entwickelt sich eine immer konkreter werdende Bewegung zur Veranstaltung eines Gesundheitstages 2000. Dieser soll vom 31.5. bis 4.6.2000 in Berlin stattfinden. Inszeniert wurde Aufruf u.a. durch Ellis Huber. Leider wurden zur Auftaktveranstaltung die Pharmazeuten mal wieder vergessen. Inzwischen gehört unser Verein zu den UnterstützerInnen dieser Aktion. Es gibt eine Programmstruktur und neun Themenbereiche. Aus meiner – Katja Lorenz – Sicht wird zu sehr versucht, alles zu besprechen. Ich hoffe, dass lässt sich noch einkreisen. Wir werden weiter versuchen, die Seite der Pharmazeuten zu stärken. Aktuelle Informationen gibt es unter:
http://gesundheitstag2000.de
Zuletzt noch etwas besonderes für die Berliner. Für den Treff der Regionalgruppe am 19. 1. 2000 haben wir Dr. Dreykluft, den Sprecher des Praxisnetzes Berlin, eingeladen. Es soll um die Möglichkeiten einer Zusammenarbeit, auch im Rahmen des Gesundheitstages gehen. Ort und Zeit wie immer.

Herbstseminar

Unabhängige Arzneimittelinformation in Deutschland Kurzfassung des Vortrags

von Udo Puteanus

Ausgangslage:
Der Verbraucher sieht sich bereits heute einer Vielzahl von Informationsquellen über Arzneimittel gegenüber. Arzneimittelinformation wird bereits umfassend angeboten, z. B.
- ➲ Internet
- ➲ Medien
- ➲ Call-Center der Industrie
- ➲ andere Call-Center (z. B. COMED)
- ➲ Selbsthilfegruppen
- ➲ Krankenkassen
- ➲ Arzt und Apotheker
- ➲ Werbung
- ➲ andere

Diese Informationsquellen wenden sich entweder an bestimmte Patientengruppen oder kommen von Anbietern, denen man ein Interesse an Umsatzsteigerungen oder Sparmaßnahmen nachsagen kann.

Gründe für die Notwendigkeit einer unabhängigen Arzneimittelinformationsstelle für Verbraucher oder Patienten:
- ➲ Arzneimittel sind wichtige therapeutische Hilfsmittel.
- ➲ Der derzeitige Umgang mit Arzneimittel ist nicht immer rational.
- ➲ Arzneimittelinformation darf nicht Arzneimittelwerbung sein.
- ➲ Arzneimittelinformation darf nicht verunsichern und einen sinnvollen Arzneimittel-Einsatz behindern.

Eine unabhängige Arzneimittelinformationsstelle sollte eingerichtet werden
- ➲ um den wachsenden Bedarf nach unabhängigen Informationen zu stillen. Gründe:
  - Folge der Emanzipation (in den letzten Jahrzehnten legen die Menschen immer mehr Wert auf Informationen über ihre Therapien und die eingesetzten Hilfsmittel, die Autorität der Therapeuten reicht allein nicht mehr aus)
  - Folge von finanzieller Belastung (die Versicherten zahlen inzwischen beträchtlich hohe Krankenversicherungsbeiträge und werden im Krankheitsfall zusätzlich finanziell durch Zuzahlungen belastet)
  - Zuwächse bei der Selbstmedikation durch Budgets, Richtgrößen, Arzneimittel-Richtlinien, Zuzahlungen und Negativliste
  - Optimierung der Therapieergebnisse (es ist inzwischen unumstritten, dass informierte Patienten – vor allem im Bereich chronischer Erkrankungen und bei Rehabilitationsmaßnahmen - bessere Therapieerfolge erzielen als uninformierte und nicht überzeugte Patienten, *siehe Herbstseminar 1997*)
  - um den Patienten/Verbrauchern unabhängige und glaubwürdige Arzneimittelinformation anbieten zu können und ihm somit Hilfestellung bei der Auswahl von In formationen über Arzneimittel (welche Informationen brauche ich, um meine Medikation akzeptieren und optimal durch führen zu können) und u. U. auch bei der Wahl eines Arzneimittels anzubieten (Selbstmedikation),
  - um den Patienten/Verbraucher unabhängige Informationen zu liefern, die er als Argumentationshilfe und zur Generierung von Fragen gegenüber Therapeuten und Apotheken benötigt,
  - um den sog. Leistungsanbietern und der Politik rückspiegeln zu können, wo die Probleme im Arzneimittelmarkt liegen (denn an den auflaufenden Fragen bei einer unabhängigen Arzneimittelinformationsstelle lässt sich erkennen, an welcher Stelle Patienten und Verbraucher Probleme mit Arzneimitteln haben).

Die öffentliche Apotheke ***allein*** eignet sich nicht zur unabhängigen Arzneimittelinformation,
- ➲ aufgrund finanzieller Abhängigkeit vom Arzneimittelumsatz,
- ➲ aufgrund ihrer Geschichte als Verkaufsstelle von Arzneimitteln („Apothekenpreise"),
- ➲ aufgrund der wettbewerbsrechtlichen Situation (unab-

hängige Arzneimittelinformation durch Apotheken mit entsprechender Öffentlichkeitsarbeit ist nicht ohne weiteres möglich, Huesmann-Urteil)
- ➲ aufgrund beruflicher Nähe zum Arzneimittel (in Apotheken wird in erster Linie mit Arzneimitteln gehandelt, es fällt schwer, Gesundheitsstörungen oder Gesundheitsförderung unabhängig vom Arzneimittel zu betrachten).

Auch wenn man sich für die Einrichtung einer unabhängigen Arzneimittelinformationsstelle einsetzt, gilt: die öffentliche Apotheke muss trotzdem ***für den Einzelfall*** als Beratungsinstitution weiterentwickelt werden
- ➲ weil der Patient/Verbraucher beim Arzt und in der Apotheke ein Recht auf Arzneimittelinformation hat; er finanziert diese Dienstleistung über die Krankenkassenbeiträge; außerdem besitzen Apotheken rechtliche Privilegien, die sie nur dann behalten, wenn sie über Arzneimittel um fassend aufklären.
- ➲ weil derzeit noch nicht alle Apotheken in der Lage (oder willens?) sind, die umfassende Information und Beratung zu gewährleisten,
- ➲ weil Apotheken niedrigschwellige Angebote sind, die auch für die Distribution anderer gesundheitsrelevanter Informationen genutzt werden können,
- ➲ weil die Apotheken die Schnittstelle zwischen verordneten Arzneimitteln und Arzneimitteln der Selbstmedikation sind,
- ➲ weil gesellschaftlicher Konsens darüber besteht, dass Apotheken eine Verbraucherschutzfunktion haben und deswegen gesetzlich geschützt sind,
- ➲ weil in den Apotheken hochqualifiziertes Personal arbeitet, die vorhandenen Fähigkeiten aber nicht immer optimal eingesetzt werden,
- ➲ weil in Bevölkerungsumfragen immer wieder dokumentiert wird, dass die Apotheke ein außerordentlich hohes Ansehen genießt, die Verbraucher aber nicht unbedingt immer die Informationen erhalten, die sie erwarten können; letzteres haben verschiedene Apothekentests der letzten Jahre bewiesen.

Unabhängige Arzneimittelinformationsstelle: Arzneimittel-Informations-Netzwerk, AIN

Aufgrund der Erkenntnis, dass den Verbraucher und Patienten eine unabhängige Arzneimittelinformation angeboten werden muss,
- ➲ um ihnen beim Umgang mit Arzneimitteln zu helfen,
- ➲ um Entscheidungen treffen zu können,
- ➲ um besser mit den Anbietern kommunizieren zu können,
- ➲ um damit bessere Therapieergebnisse zu erzielen und
- ➲ um den Anbietern vermitteln zu können, wo Arzneimittelanwendungsprobleme liegen

fanden sich Anfang 1998 verschiedene Organisationen zur Vorbereitung eines Arzneimittelinformations-Netzwerkes (AIN) zusammen.

Historie:
- ➲ Start Ende 1997 aufgrund der Initiative der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG)
- ➲ Aufbau einer gemeinsamen gedanklichen Grundlage 1998 bis Mitte 1999 mit Unterstützung der Schweizer Medikamenten-Informationsstelle.
- ➲ Erarbeitung eines Grundsatzpapiers in mehreren Sitzungen:

Präambel:
- Patienten haben ein Recht auf Information
- aufgrund der Patientenrechte
- aufgrund der finanziellen Belastung
- aufgrund demokratischen Anspruchs, um Verantwortung übernehmen zu können
- Referenzen:
  - Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (1992)
  - Gesundheitsministerkonferenz der Länder (1996)
  - Gesundheitsministerkonferenz Europas (1998)
  - WHO
- Patienten haben ein Recht auf ***verständliche*** Information

Mitglieder des AIN:
- ➲ Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände e. V. (AgV)
- ➲ Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
- ➲ Arzneimittelkommission der deutschen Apotheker (AMK)
- ➲ Barmer Ersatzkasse (BEK)
- ➲ Bundesverband Betriebskrankenkassen (BKK)
- ➲ Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK BV)
- ➲ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- ➲ Institut für Klinische Pharmakologie Wuppertal
- ➲ Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (LÖGD)
- ➲ Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (MFJFG)
- ➲ Stiftung Verbraucherinstitut Berlin (VI)
- ➲ Verbraucher-Zentralen Hamburg und NRW

Ausgangslage laut Grundsatzpapier:
- ➲ Intransparenz des Marktes
  - viele unterschiedliche Arzneimittel
  - viele verschiedene Anbieter, unterschiedliche Qualität (Bsp. Phytopharmaka)
  - unterschiedliche Preise
  - Reimporte, Parallelimporte
  - Status:
    - Zulassung (fiktiv zugelassen, zugelassen, „traditionell angewendet bei ...“, 2004-Regelung, etc)
    - Vertriebsweg (Apotheke, Einzelhandel, Verschreibungspflicht, BTM, Sonderwege wie z.B. Mifegyne)
  - Werbeaktivitäten und andere Aspekte der 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
– 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
• unterschiedliche Vertriebswege (neu: Internet, Tankstellen, Versand)

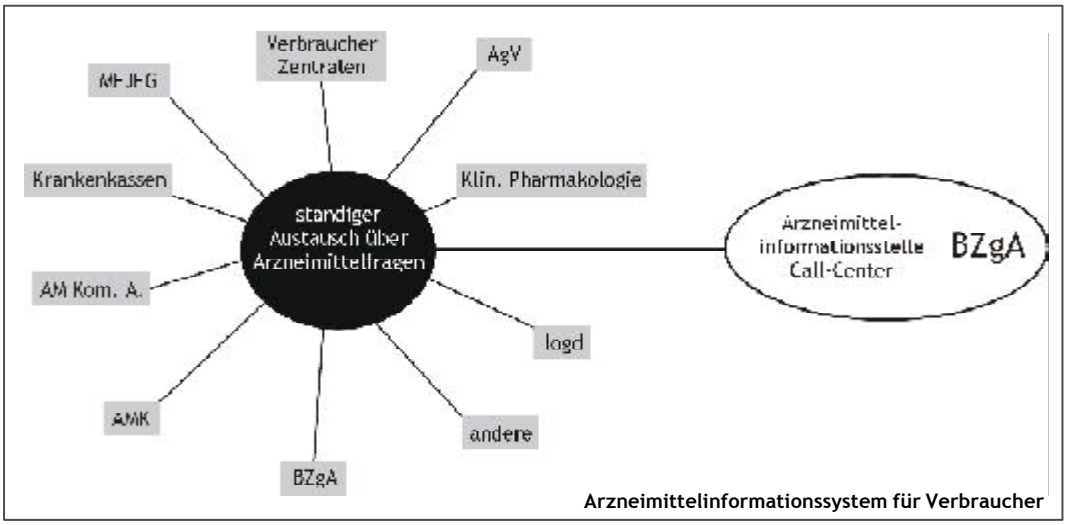
➲ Zuzahlungen, Verordnungsausschlüsse
➲ demographische Entwicklung (Zunahme der Zahl älterer Menschen)
➲ Zunahme der chronischen Erkrankungen

Grundsätze und Ziele des AIN laut Grundsatzpapier:

➲ Förderung des bewussten und verantwortlichen Umgangs mit Arzneimitteln
➲ Unabhängigkeit
➲ Ziele des AIN:
• seriöse, ökonomisch unabhängige sowie fachlich ausgewiesene Information
• verständliche Information
• Hilfe zur Generierung wichtiger Fragen an die Heilberufe
• Dokumentation der Anfragen
• Beitrag zur Steigerung der Qualität der Arzneimittelversorgung

Das Arzneimittel-Informations-Netzwerk soll Kompetenz (ärztliche, pharmazeutische Seite, sozialrechtliche Seite, arzneimittelrechtliche Seite) und Glaubwürdigkeit der Teilnehmer am AIN bündeln und mit wenig Mitteln und unter Nutzung der jeweiligen Kompetenzen der Öffentlichkeit als unabhängiges Angebot zur Verfügung gestellt werden.

Aufbau des AIN:



Arzneimittelinformationssystem für Verbraucher

Derzeitiger Stand:

• Aufgrund der politischen Situation (Gesundheitsreform 2000, Stand Oktober 1999) sieht sich die Arzneimittelkommission der Ärzte derzeit nicht in der Lage, am Konzept eines AIN weiterzuarbeiten. Die Bundeszentrale muss aufgrund interner Probleme derzeit ihre Mitarbeit zurückstellen.
• Es wird eine kleine Arbeitsgruppe gebildet, die das Konzept derzeit weiterentwickelt.
• Folgende Fragen stehen dabei im Vordergrund:
– Welche Kompetenz muss in der Informationsstelle vorhanden sein? Reicht eine Hilfskraft, die nur Anrufe weiterleitet, ist mindestens eine PTA einzustellen, oder sollte ein Apotheker / eine Apothekerin einen Großteil der Fragen bereits beantworten?
– Welche zeitlichen Möglichkeiten haben die einzelnen Netzwerkteilnehmer, um weitergehende Anfragen zu beantworten?
– Wie muss die Informationsstelle materiell und personell ausgestattet sein?
– Welche Kosten entstehen und wie sollen sie gedeckt werden?
– Soll eine regionale Pilotphase auf eine Stadt, eine Region, einen Landesteil oder ein Bundesland beschränkt werden?

Neben dem AIN wird ein zweites Projekt diskutiert:

Verbrauchervertreter im Stufenplanverfahren

Hintergrund:

Der Umgang mit Risikoinformationen bei Arzneimitteln für Verbraucher ist zur Zeit unbefriedigend. Die Darstellung der Risiken wird entweder den Behörden, den Ministerien oder den nicht immer mit Sachverstand agierenden Medien überlassen. In Deutschland gibt es keine von den Bürgern allgemein akzeptierte und entsprechend positionierte Stelle, die für die Öffentlichkeit schnell, unbürokratisch, objektiv und – weil als Interessenvertreter der Verbraucher handelnd – glaubwürdig Informationen über Arzneimittelrisiken geben kann. Folgen dieses Dilemmas sind die immer wieder auftretenden Schlagzeilen in den Printmedien, die einer objektiven Nutzen-Risiko-Bewertung nicht entsprechen. So versieht die Presse eine Warnung vor dem unreflektierten, überdosierten Einsatz des bewährten Wirkstoffes Paracetamol bei Kindern mit der Schlagzeile „Tödliche Zäpfchen". „Krebs durch Abführmittel?" – mit dieser Frage wird ein Artikel über Anthrachinonhaltige pflanzliche Extrakte eingeleitet. „Bittere Pille für die Frauen" – mit dieser Schlagzeile macht eine Zeitung ihren Bericht über die Kontroverse zu möglichen unerwünschten Wirkungen der „Pille" auf. Mit solchen Schlagzeilen wird eine unnötige Verunsicherung der Bevölkerung betrieben, die einen verantwortungsvollen Umgang mit Arzneimitteln behindert.

Wenn objektive Informationen die Verbraucher nicht sachgemäß erreichen, besteht die Gefahr, dass Arzneimittel entweder aus Furcht vor Nebenwirkungen zu früh abgesetzt oder die Informationen erst gar nicht registriert werden. In beiden Fällen kann die Gesundheit der Patienten gefährdet sein. Deshalb ist die rechtzeitige, verständliche und glaubwürdige Information der Öffentlichkeit notwendig.

Bei sich abzeichnenden eventuellen Arzneimittelrisiken sieht das Arzneimittelgesetz ein spezielles Verfahren zu Risikoabwehr vor (§ 63 AMG Stufenplan). Das BfArM lädt jährlich zu zwei oder mehreren Sitzungen ein, in denen durch die zuständigen Bundesoberbehörden ein allgemeiner Sachstandbericht gegeben, die Auswertung der eingegangenen Meldungen über Arzneimittelrisiken besprochen und über Maßnahmen zur Beschaffung weiterer Informationen beraten wird (Routinesitzungen). Zu den Routinesitzungen werden

- die obersten Landesgesundheits- und Veterinärbehörden,
- je ein Vertreter der Arzneimittelkommissionen der Kammern der Heilberufe,
- der Ärzteverbände der besonderen Therapierichtungen und der Heilpraktikerschaft,
- je ein Vertreter der Bundesverbände der pharmazeutischen Industrie oder der von ihnen benannten Stellen,
- das Bundesgesundheitsministerium und
- Bundesministerien, die evtl. betroffen sein könnten eingeladen. Ein Vertreter der Verbraucher oder Patienten ist derzeit nicht vorgesehen. Bei sich unter Umständen abzeichnenden Gefahren tritt das BfArM in einen intensiven Informationsaustausch mit dem betroffenen Hersteller und benachrichtigt die anderen Beteiligten (Gefahrenstufe I). Ergibt sich ein begründeter Verdacht auf ein gesundheitliches Risiko, so lädt die zuständige Bundesoberbehörde zu einer Sondersitzung ein (Gefahrstufe II). Auf einer solchen Sondersitzung können weitere Sachverständige hinzugezogen werden. Aber auch hier ist kein Vertreter der Verbraucher oder Patienten vorgesehen.

Ein Verbrauchervertreter im Stufenplanverfahren hat die Möglichkeit, am Prozess der Erkennung und Bewertung neu auftretender Risiken hautnah beteiligt zu werden und rechtzeitig über Risiken umfassend informiert zu sein. Mit seiner Kenntnis des Verhaltens und der Bedürfnisse von Verbrauchern kann ein entsprechender Vertreter im Risikosystem auch für eine ausreichende Vertretung verbraucherspezifischer Anliegen sorgen. Mit der Einrichtung der Institution eines Verbrauchervertreters würde ein wesentlicher Schritt zu dem auf verschiedenen Ebenen geäußerten Ziel der Stärkung der Kompetenz und der Interessenvertretung der Verbraucher im Bereich Arzneimittel vollzogen (ein ähnlicher Vorschlag wurde bereits vom Rechtswissenschaftler Prof. Dieter Hart 1986 vorgestellt).

Fazit: Ein Verbrauchervertreter im Stufenplanverfahren ist notwendig, weil er Aspekte des Verbraucherverhaltens und der Verbraucherbedürfnisse in das Arzneimittelsicherheitssystem einbringt und aus dem zentralen Sachverständigengremium (Stufenplanverfahren) sicherheitsrelevante Aspekte mit verständlichen Worten und mit einem hohen Vertrauensvorschuss in die Öffentlichkeit transportieren kann. Er steht bei Anfragen von Bürgern und Medien über Arzneimittel zur Verfügung.

Was soll ein Verbrauchervertreter tun?

- Als Beteiligter im Stufenplanverfahren soll ein Vertreter der Arzneimittelkonsumenten über wichtige Informationen zu Nutzen-Risiko von Arzneimitteln verfügen.
- Er soll den Medien und einzelnen Verbrauchern bei Nachfragen über Nutzen und Risiken von Arzneimitteln zur Verfügung stehen. Wenn auch dem BfArM die Erstveröffentlichung von Risikomeldungen zusteht, so sollte der Verbrauchervertreter dennoch den neuesten Informationsstand besitzen, um somit schnell der nachfragenden Öffentlichkeit Auskunft geben zu können.
- Er soll im Stufenplanverfahren die Interessen der Verbraucher-/Selbsthilfe- und Patientenverbände vertreten mit dem Ziel, Entscheidungen und Maßnahmen aus dem Stufenplanverfahren verbraucherpolitisch zu beeinflussen. Damit kann er für Verbesserungen beim späteren Informationstransfer in die Öffentlichkeit sorgen. Falls keine Einigung erzielt werden kann, muss dem Verbrauchervertreter die Möglichkeit bleiben, seine abweichende Meinung öffentlich zu vertreten. Dabei wird er allerdings verpflichtet sein, interne, den Wettbewerb tangierende Informationen, geheim zu halten.
- Er soll aber nicht nur bei neu auftretenden Risiken Ansprechpartner sein, sondern durch geeignete Instrumente den Verbrauchern jederzeit bei arzneimittelbezogenen Fragen zur Verfügung stehen. Dies ist notwendig, um ihn als kompetenten und bekannten Ansprechpartner für Arzneimittelfragen zu positionieren. Durch seine Rolle als Ansprechpartner bei Arzneimittelfragen gelingt es ihm auch, Problembereiche der Verbraucher bei Arzneimitteln zu erkennen.
- Er sollte von sich aus Initiativen für einen verantwortlichen Arzneimittelkonsum voranbringen.
- Er sollte enge Kontakte mit Verbraucher-/Selbsthilfe- und Patientenverbänden pflegen.

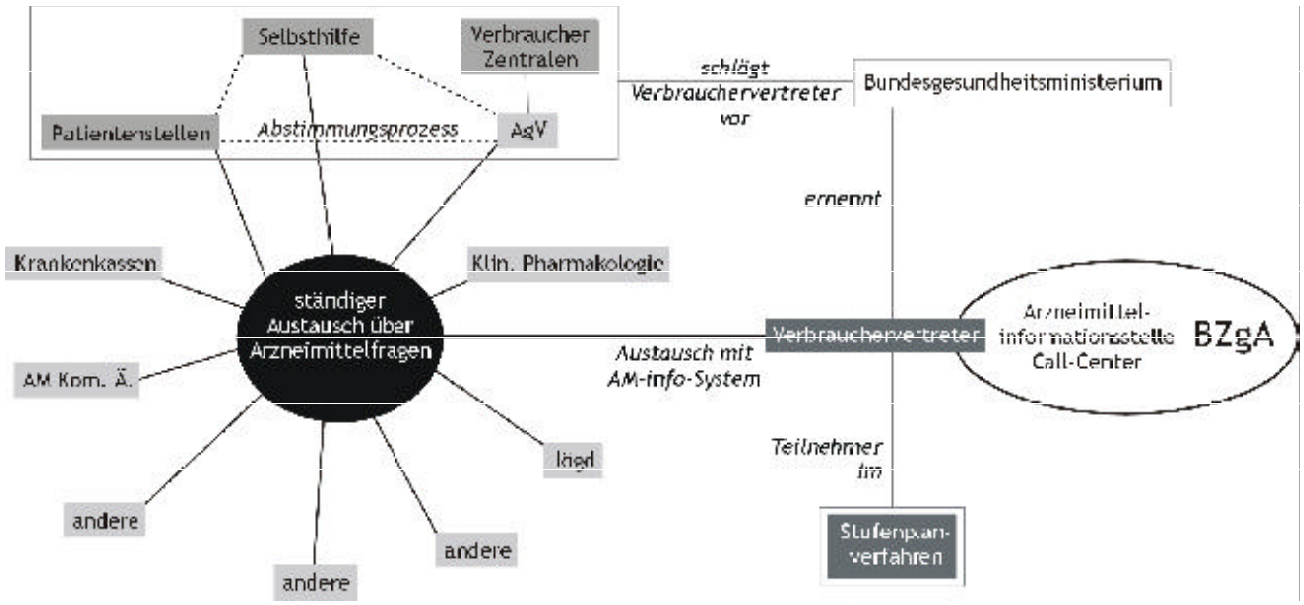
Fazit: Glaubwürdig ist nur, wer zuhören kann, wer die Sorgen der Verbraucher versteht und wer diesen Sorgen überzeugend Ausdruck verleihen kann. Deshalb muss der Verbrauchervertreter deren Nöte und Ängste kennen. Zweck des Verbrauchervertreters im Stufenplanverfahren ist demnach die Bündelung von medizinisch-pharmazeutischem Fachwissen auf der einen Seite mit Sorgen der Verbraucher auf der anderen Seite. Dafür braucht der Verbrauchervertreter die Anbindung an das Stufenplanverfahren sowie an eine Institution, die die Fragen und Probleme der Bevölkerung erkennt und vertritt.

Das vorgestellte Konzept geht davon aus, dass der Verbrauchervertreter gemeinsam von Vertretern der Verbraucherverbände, der Selbsthilfeverbände und der Patientenverbände vorgeschlagen wird. Um bei den anderen Stufenplanbeteiligten eine hohe Akzeptanz zu erreichen, sollte diese Person vom Bundesgesundheitsminister für eine bestimmte Zeit ernannt werden. Eine enge Verbindung mit dem AIN wäre wünschenswert. (*siehe Grafik II auf Seite 22*)

Zusammenarbeit Verbraucherverbände / VDPP

Warum eine Zusammenarbeit zwischen Verbraucherverbänden und VDPP, wo doch das geplante AIN bereits ein umfassendes Programm zur Verbesserung der Arzneimittelinformation vorsieht?
Die derzeit geplanten unabhängigen Arzneimittel-Informations-Angebote verdienen Unterstützung, weil sie noch realisiert werden müssen.
Die Unterstützung kann geschehen,

- indem die Umsetzungsphase politisch unterstützt wird (z. B. Stärkung des Gedankens der Patientenunterstützung in Gesetzesvorhaben)



Arzneimittelinformationssystem für Verbraucher und Verbrauchervertreter im Stufenplanverfahren

➲ indem die Apothekerschaft zu gegebener Zeit aufgefordert wird, ihre Teilnahme am AIN aktiv zu gestalten (z. B. durch Antrag auf dem Apothekertag)

Welche Vorteile bietet eine Zusammenarbeit zwischen Verbraucherverbänden und VDPP?

➲ Die Zusammenarbeit dient dem VDPP zur öffentlichkeitswirksamen Umsetzung seines Programms: Demokratisierung des Gesundheitswesens, Orientierung der Arzneimittelversorgung an den Bedürfnissen der Bevölkerung, Patientenorientierung, Verminderung des Einflusses der pharmazeutischen Industrie. Die Verbraucherverbände haben intensive Kontakte mit den Medien, sie besitzen eine hohe Glaubwürdigkeit in der Bevölkerung; sie sind somit ideale Partner beim Versuch, die Bevölkerung bei einer verantwortungsvollen Arzneimittelanwendung zu unterstützen.

➲ Die Zusammenarbeit dient den Verbraucherverbänden etc. zur Stärkung ihrer Position im Arzneimittelbereich und damit insgesamt der Stärkung ihrer Position im Gesundheitswesen; denn bislang verfügen sie nur über wenig medizinischen oder pharmazeutischen Sachverstand. Derzeit bieten nur die Verbraucher-Zentralen Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Berlin eine Patientenberatung an und sind in der Lage, entsprechende Öffentlichkeitsarbeit zu leisten. Nur die Verbraucher-Zentrale NRW hat eine Apothekerin angestellt. Um im Arzneimittelbereich Probleme zu erkennen, zu dokumentieren, zu analysieren, zu bewerten und darüber aufzuklären, brauchen sie Unterstützung.

Wie könnte man sich eine Zusammenarbeit vorstellen?

Indem eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Verbraucherverbänden/ Patientenverbänden/Selbsthilfeverbänden und dem VDPP vereinbart wird mit den Zielen:

➲ direkte *produktbezogene* Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit der Verbraucherverbände/Patientenverbände/ Selbsthilfeverbände

- z. B. in Richtung Verbraucherschutz: (vgl. „Scheiß des Monats“)
- z. B. in Richtung Alternativen zum Arzneimittel (vgl. „weniger ist manchmal mehr“)
- z. B. in Richtung Verbraucherstärkung (Partizipation im Arzneimittelrecht, Patientenrecht, Verbraucherpolitik)
- z. B. in Richtung Arzneimittelsicherheit („Wussten Sie schon ...“)
- z. B. in Richtung Bewertung des pharmazeutischen Fortschritts (vgl. „Pillen-Hits des Jahres“)

➲ Institutionalisierung der Unterstützung der Verbraucherverbände/Patientenverbände/Selbsthilfeverbände in anderen *nicht produktbezogenen* arzneimittelbezogenen Fragen (z. B. Heilberufs- und Ausbildungsrecht, Sozialversicherungsrecht, Heilmittelwerberecht)

➲ Zusammenarbeit mit den Verbraucherverbänden in der Konzipierung von Tests von Apotheken über ihre Beratungsleistungen.

Die Zusammenarbeit ist keine Konkurrenz zum angedachten Arzneimittel-Informations-Netzwerk, sondern ihre Ergänzung in Hinblick auf eine klageresistente Öffentlichkeitsarbeit für eine kritische Arzneimittelmarktbewertung.

Die im Rahmen des Herbstseminars vorgestellten zwei Konzepte (Arzneimittel-Informations-Netzwerk und Verbrauchervertreter im Stufenplanverfahren) sollen dazu dienen, die Verbraucher und Patienten bei der richtigen Auswahl und Anwendung von Arzneimitteln zu unterstützen und ihnen in wichtigen Gremien eine Stimme zu geben. Entsprechende Pläne sind bereits erstellt worden und warten auf ihre Umsetzung.

Daneben bietet sich eine intensivere Zusammenarbeit zwischen den Verbraucherverbänden und dem VDPP an, da aufgrund der bereits bestehenden Kontakte und ähnlicher Zielsetzungen gute Voraussetzungen gegeben sind. Es ist zu hoffen, dass beide Seite an einer engeren Zusammenarbeit interessiert sind und weitere Schritte unternommen werden.

PERSONALIEN

Seit November 1999 ist VDPP-Vorstandsmitglied **Michael Höckel** Delegierter der Landesapothekerkammer Hessen und Zweigstellenleiter für Nordhessen mit Sitz in Kassel sowie Regionalbeauftragter für die Fortbildung. Als solcher nimmt er an allen Vorstandssitzungen der LAK Hessen teil.

Dr. **Gerd Glaeske** hat eine Honorarprofessur an der Universität Bremen übernommen.

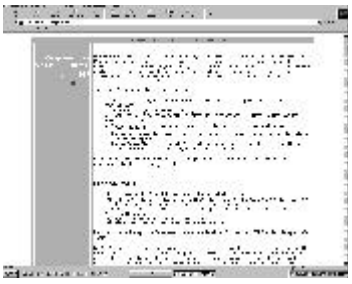
Vorstandsmitglied **Isabella Sulger** umgezogen, die neue Adresse ist auf der letzten Seite zu finden.

"Die Bedeutung von genetischen Polymorphismen Fremdstoff-metabolisierender Enzyme in der Arbeitsmedizin" ist der Titel einer Arbeit von **Thomas Schulz** und Ernst Hallier, die in der Zeitschrift "Arbeitsmedizin Sozialmedizin Gesundheitsmedizin" (August 1999, S. 307 – 314) veröffentlicht wurde. Wer sich für den ganzen Text interessiert, wende sich an den Autoren, hier die Zusammenfassung: Fremdstoff-metabolisierende Enzyme sind in der Lage, die meisten organischen Substanzen (Industriechemikalien) zu wasserlöslichen Metaboliten umzusetzen. Polymorphismen dieser Enzyme können daher erhebliche interindividuelle Unterschiede in der Metabolisierungskapazität zur Folge haben. Es werden relevante Polymorphismen der Phase I (Cytochrome P450) und der Phase II (N-Acetyltransferasen, Glutothion S-Transferasen) dargestellt und die arbeitsmedizinische Bedeutung diskutiert.

Letzte Meldung zum neuen Programm

von Katja Lorenz

Im Rundbrief Nummer 49 wurde das neue Programm mit den von der Mitgliederversammlung angemahnten Änderungen vorgestellt. Für weitere Einsprüche war eine Frist gesetzt worden.
Auch über einen Monat nach diesem Termin sind keine Einwände bei mir angekommen. Nach dem beschlossenen Prozedere, stellt diese Fassung demnach unser aktuelles Programm dar und wird als solches auch auf unserer Homepage abrufbar sein.



WWW http://www.vdpp.de

Protokoll der Vorstandssitzung am 24.Juli 1999 in Kassel

Anwesende: Jürgen Große, Christiane Hefendehl, Michael Höckel, Katja Lorenz, Thomas Schulz, Isabella Sulger.
Entschuldigt: Udo Ament
Ort: Parkstraße 47, 34119 Kassel bei Ildikó Szász und Michael Höckel

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, Koordination mit und Kontakt zum AGV
10. Programmendbearbeitung und Veröffentlichung
11. Gesundheitsreform 2000
12. Ausstellung
13. Apothekertag 1999
14. Rundbrief und Redaktionsarbeit
15. Öffentlichkeitsarbeit
16. Koordination von Aktivitäten
17. Referentin für Öffentlichkeitsarbeit
18. Verschiedenes

Beginn: 10.30 Uhr

TOP 1 Wahl von VL und PF
Katja Lorenz wird einstimmig zur Versammlungsleiterin, Thomas Schulz zum Protokollführer gewählt.

TOP 2 Genehmigung der Tagesordnung
wird einstimmig genehmigt.
Michael Höckel wird die nächste Einladung drei Wochen vor der nächsten Vorstandssitzung per E-Mail / FAX oder Post an die Vorstandsmitglieder und die Regionalbeauftragten schicken.

TOP 3 Protokoll der konstituierenden Vorstandssitzung
Das Protokoll wird genehmigt, es war nicht an Isabella Sulger verschickt worden.

TOP 4 Beschlusskontrolle
Die Beschlüsse des letzten Vorstandstreffens wurden weitgehend umgesetzt.
Katja Lorenz hat den Hintergrund des anderen VDPP aufgeklärt. *Jürgen Große wird die Selbstdarstellung für den Pharmazeutenkalender zur nächsten Vorstandssitzung erledigen. Udo Ament muss sich um den möglichen Bankwechsel kümmern.*
Jürgen Große hat die Steuererklärung des Vereins fertiggestellt und eingereicht. Der Sonder-Rundbrief wurde rechtzeitig verschickt. Ildikó Szász hält im Rahmen des Ausstellungsprojektes erfolgreich den Kontakt zur ABDA. Die Änderungen in Folge des 630-Mark-Gesetzes sind umgesetzt worden. Michael Höckel hat die Mitteilung für das Presse-

handbuch Gesundheit fertiggestellt.
"Wechselwirkungen" wird auch dem Forum Leipzig zum Preis von DM 30 angeboten (Flyer werden von Christiane Hefendehl und der Geschäftsstelle organisiert), der Vorstand erhält ein Ansichtsexemplar. Udo Puteanus hat zwei Besprechungen dazu geschrieben (kurz und ausführlich).

TOP 5 Bericht aus der Geschäftsstelle
Es gab einen Austritt (Isabella Sulger fragt nach). *Christiane Hefendehl wird den Kontakt zum VDÄÄ wegen der dortigen MV halten.* Michael Höckel und Thomas Schulz haben die Änderungsmitteilung an das Amtsgericht in Hamburg geschickt. *Der geschäftsführende Vorstand kümmert sich um die Unterschriften für die Konten.*

E-Mail-Kommunikation im VDPP: Ulf Thomas hat Gudrun Meiburg eingewiesen und eine Reihe von E-Mail-Adressen installiert. *Jürgen Große wird eine Aufstellung der Adressen zusammenstellen, sie sollen im Rundbrief veröffentlicht werden, damit die Mitglieder wissen, wer wie erreicht werden kann.* Eingehende E-Mails, die von Ulf Thomas bearbeitet werden, sollen per *forward* weitergeleitet werden, damit der Absender erhalten bleibt. Die Weiterleitung vorstand@vdpp.de läuft zur Zeit nur an eine Person (Michael Höckel), es soll geprüft werden, wie dies an alle Vorstandsmitglieder verteilt werden kann.

Top 6 Kassenbericht
Udo Ament hat den aktuellen Kassenbericht an alle Vorstandsmitglieder verschickt.

Top 7 Berichte aus den Regionen
Die Regionalgruppe Berlin bereitet für den Herbst einen Fragebogen und den Kontakt zur Fachschaft vor. RG Hamburg tagt regelmäßig in angenehmer Atmosphäre. Die Regionalgruppenkontakte sollen in den kommenden Einladungen zu den Vorstandssitzungen direkt angesprochen werden (Michael Höckel.)

TOP 8 Mitgliederversammlung 1999
Der Vorstand muss bestimmte Tagesordnungspunkte besser vorbereitet in die Versammlung einführen. Die Diskussionskultur sollte überdacht werden. Es wurden die Vor- und Nachteile von Arbeitsgruppen diskutiert, auf der nächsten MV sollte versucht werden, einige Punkte in AGs zu diskutieren und dann kurz und prägnant im Plenum vorzutragen. Der Gastvortrag soll als *"Highlight"* bleiben.
Udo Ament und Gudrun Meiburg klären die erheblichen Kosten für die MV, insbesondere die Übernachtungskosten in Rissen. Die Regionalgruppe Hamburg hatte das Rahmenprogramm sehr schön gestaltet, für das nächste Jubiläumstreffen (15 Jahre bzw. 20 Jahre) sollte aber eine engere Zusammenarbeit zwischen Regionalgruppe und Vorstand hergestellt werden.

TOP 9 Herbstseminar
Das Herbstseminar wird zusammen mit dem AGV in Berlin zum Thema "Patientenbetreuung" durchgeführt werden. *Christiane Hefendehl klärt die Details, inhaltliche Fragen sollen mit Udo Puteanus, Bettina Piep und ggf. Dörte Meyer geklärt werden.* Die Honorarfrage muss mit Thomas Isenburg besprochen werden. Dauer ist noch offen (1 oder $1^1/_2$ Tage), Übernachtungen sollen in allen Preisklassen angeboten werden.

TOP 10 Programm
Die Änderungen der MV sind von Katja Lorenz und Regina Schumann eingearbeitet worden. *Es wird an der Abgrenzung klinische Pharmazie gegen Krankenhauspharmazie gearbeitet* (Michael Höckel). Weitere Punkte sind EU-Arzneimittelmarkt und DDR-Pharmazie. *Christiane Hefendehl schreibt einige Anmerkungen zum Begriff "Dritte Welt" für den Rundbrief.*
Die endgültige Überarbeitung wird noch einmal im Rundbrief veröffentlicht, die Mitglieder erhalten dann letztmalig die Möglichkeit zu Änderungen.

TOP 11 Gesundheitsreform 2000
Jürgen Große und Thomas Schulz waren bei der Verbändeanhörung im BMG zur Gesundheitsreform 2000. Der Gesetzentwurf geht jetzt in die Ausschüsse, es ist mit einer öffentlichen Anhörung zu rechnen. *Zur Positivliste werden Thomas Schulz und Jürgen Große eine Stellungnahme erarbeiten. Die VDPP-Stellungnahme zur ABDA-Anzeige wird von Thomas Schulz an die Fach- und Tagespresse verschickt,* hierbei tauchte die Frage auf, warum die Stellungnahme nicht schon längst erschienen war, da alle Änderungen seit zwei Wochen bei Christiane Hefendehl vorhanden waren. Christiane Hefendehl sah hier ein Missverständnis und hatte von Michael Hökkel eine Veröffentlichung erwartet, der allerdings mit einem Leserbrief zu einem anderen Thema bereits beschäftigt war.

TOP 12 Ausstellung
Die ABDA beteiligt sich an der Finanzierung. Die Eröffnung wird am Samstagabend stattfinden, die Ausführung wird von der AG organisiert. Ein Leporello ist in Vorbereitung.

TOP 13 Apothekertag
Die Anträge des Forum Leipzig wurden von Michael Höckel vorgestellt. Das Forum plant eine Diskussion zum Thema Gesundheitsreform 2000. Es bleibt offen, welches Vorstandsmitglied nach Leipzig zum Apothekertag fahren kann.

TOP 14 Rundbrief
Jürgen Große wird den aktuellen RB Mitte August bearbeiten. Thomas Schulz übergibt alle Fotos von der MV an Jürgen zur Auflockerung des RBs. Isabella Sulger wird das Grußwort für den Vorstand schreiben. Katja Lorenz regt an, jedem Vorstandsmitglied 10 – 15 Rundbriefe zur Verteilung in der interessierten Apothekerschaft zu schicken.

TOP 15 Öffentlichkeitsarbeit
Michael Höckel hat einen Leserbrief eingereicht, der unter verschiedenen Überschriften in der Fachpresse veröffentlicht wurde. Die Stellungnahme zur ABDA-Kampagne wird von Thomas Schulz weggeschickt. Katja Lorenz erarbeitet eine Stellungnahme zur Approbationsordnung, die sie mit Forum Leipzig und dem BVA abstimmen soll. Thomas Schulz wird in Rücksprache mit Jürgen Große Stellungnahmen zur Positivliste und zur 10. AMG-Novelle erarbeiten. Isabella wird einen Kommentar zu den Ergebnissen der Tarifverhandlungen schreiben. Christiane Hefendehl erneuert den Verteiler. Die Frage der Lobbyarbeit wurde diskutiert, wie und wo Einfluss nehmen.

TOP 16 Koordination von Aktivitäten
Wie unter TOP 11 erwähnt, ergaben sich Kommunikationsschwierigkeiten bei der Einschickung der Stellungnahme zur ABDA-Kampagne. Der Austausch im Vorstand fand per E-Mail

statt / bzw. FAX für Udo Ament und Isabella Sulger und war prinzipiell erfolgreich und schnell.
In Zukunft werden Stellungnahmen / Leserbriefe von einer **verantwortlichen Person** mit Namen und deadline verschickt. Zwei Tage vor deadline wird angemahnt.
Christiane Hefendehl schlägt vor, die Web-Site zu aktualisieren: aktuelle Artikel aus dem RB sollen ins Netz gestellt werden. Weiterhin soll der Vorstand in Absprache mit der Öffentlichkeitsbeauftragten nach jeder Vorstandssitzung ein neues Thema auf der Homepage zur Diskussion stellen.

Zur nächsten Vorstandssitzung wird es den TOP Fachschaften gebe, jede(r) bringt zwei Vorschläge zur Intensivierung der Kontakte mit.

TOP 17 Referentin für Öffentlichkeitsarbeit
Es wurden die Bedingungen für Christiane Hefendehls Tätigkeit diskutiert.

TOP 18 Verschiedenes
Christiane Hefendehl stellt Beispiele zum "Sponsoring" und zur AM-Werbung vor, *sie bereitet einen Rundbriefartikel vor.*

Die nächste Vorstandssitzung soll am 12. September 1999 in Hamburg bei Jürgen Große stattfinden.

Schluss: 15.35 Uhr

Protokoll der Vorstandssitzung am 12.September '99 in Kassel

Anwesende: Udo Ament, Michael Höckel, Katja Lorenz, Thomas Schulz, Isabella Sulger, Ildikó Szász (für TOP 10)
Entschuldigt: Christiane Hefendehl
Ort: Parkstr. 47, 34119 Kassel, bei Ildikó Szász und Michael Höckel

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. Herbstseminar 1999, Organisation in Hamburg
9. Gesundheitsreform 2000, Anhörung am 22.09.99
10. Ausstellung zum Apothekertag
11. Apothekertag 1999
12. Öffentlichkeitsarbeit
13. Koordination von Aktivitäten
14. Verschiedenes

Beginn: 10.00 Uhr

TOP 1
Zum Versammlungsleiter wurde Thomas Schulz, zur Protokollantin Katja Lorenz gewählt.

TOP 2
Die Tagesordnung wurde in der vorliegenden Form genehmigt.

TOP 3
Das Protokoll wird mit geringfügigen Änderungen genehmigt.

TOP 4
Die Beschlüsse wurden weitgehend umgesetzt. Ein Bankwechsel für das Festgeld wegen schlechter Konditionen, hat sich inzwischen erledigt. Der Verein braucht das Geld für die Stelle der Referentin für Öffentlichkeitsarbeit.
Die Erarbeitung der Stellungnahme zur 10. AMG-Novelle durch Thomas Schulz steht noch aus. War noch nicht aktuell.
Für die Homepage müssen noch Gestaltung und Verantwortlichkeiten geklärt werden. Erst dann ist die Diskussion von bestimmten Themen durch die Mitglieder oder andere Interessierte möglich und sinnvoll.
Der TOP „Kontakte zu Fachschaften" wird auf die nächste VS-Sitzung verschoben.

TOP 5 Bericht aus der Geschäftsstelle
Der Verein erhielt als Reaktion auf unseren Leserbrief zum Tarifabschluss einen Brief vom BVA. (s. TOP Öffentlichkeitsarbeit)
Zum gleichen Thema bekamen wir noch einen Brief. Darin spricht sich ein Mitglied dagegen aus, dass sich der VDPP zu tarifpolitischen Fragen äußert. Dies würde nicht zu den Aufgaben des Vereins gehören. Udo Ament hat bereits im Vorfeld der heutigen Sitzung Kontakt aufgenommen. Es wurde die Veröffentlichung des Briefes im RB vereinbart. *(Weiterleitung durch Udo Ament.)* Aus der Sicht des VS gehören Äußerungen auch zu derartigen Themen durchaus in seinen Verantwortungsbereich.
Die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen lädt zu einer Veranstaltung zur Patientenbeteiligung bei der Gesundheitsreform am 25.09.99 in Berlin ein. *Katja Lorenz und Thomas Schulz werden teilnehmen.*
Des weiteren erreichten uns Verlautbarungen, Infodienste, Berichte folgender Stellen: VDÄÄ, AgV, Science for Democratic Action, Gen-ethisches Netzwerk, Verbraucherzentrale Hamburg. (Alles im Archiv einsehbar.)

TOP 6 Kassenbericht
Einen neuen Bericht gibt es erst zum Quartalsabschluss. Die hohen Kosten der MV konnten geklärt werden. Sie waren im wesentlichen durch die Verpflegung verursacht worden. Außerdem mussten wieder angemeldete, letztlich aber doch nicht belegte Zimmer bezahlt werden.

TOP 7 Berichte aus den Regionen
Hessen beschäftigte sich schon mit der Organisation der MV 2000!! Ort des Geschehens wird das Gesundheitszentrum Riedstatt, gut mit der S-Bahn von Frankfurt/Main zu erreichen, günstig zu mieten, mit Hotels in der Nähe. Sogar das Abendprogramm ist schon in Arbeit! Berlin und München machten Sommerpause.
Hamburg half bei der Organisation der Frauenausstellung zum Apothekertag, organisierte das Herbstseminar und diskutierte die Gesundheitsreform 2000.
In Nordhessen gibt es ein offenes Treffen mit VDPP-Beteiligung. Da ging es auch um die Reform und regionale Probleme. Zukünftig soll mehr inhaltlich gearbeitet werden.

TOP 8 Herbstseminar 1999
Das Herbstseminar findet nun doch in Hamburg statt. Die AgV hat Organisationsprobleme in Berlin. Deshalb wird Hamburg – laut MV-Beschluss – der Veranstaltungsort. Die Referenten sind durch Udo Puteanus angeschrieben worden. Das Curio-Haus ist inzwischen gebucht.
Im aktuellen RB gibt es eine Ankündigung. Die Einladungen werden extra verschickt.

TOP 9 Gesundheitsreform 2000, Anhörung am 22.9.99
In Vorbereitung der Anhörung zur Gesundheitsreform hat der VDPP die Möglichkeit, eine schriftliche Stellungnahme abzugeben. Für die Diskussion hat Katja Lorenz unter Zuarbeit der VS-Mitglieder ein Papier erarbeitet. Zu folgenden Problemen gibt es nochmalige Abstimmungen: Positivliste, Sachverständigenrat, Reimporte, Benchmarking/Globalbudget, Datenschutz, Einbeziehung der Apotheker als Leistungserbringer,
Besonders heftig wird zum Thema Einbeziehung/Abgrenzung der alternativen Therapien im Rahmen der Positivliste diskutiert. Mit folgendem Ergebnis: unsere Forderung nach einem 3. Pharmakologen im Sachverständigenrat zielt nicht auf Ablehnung der alternativen Therapien. Vielmehr müssen gleiche Forderungen (therapeutischer Nutzen nach dem Stand der Wissenschaften) für alle aufgenommenen Präparate gelten. Nicht alles, was machbar ist, ist auch durch die Solidargemeinschaft bezahlbar.
Bis 14.09. wird der fertige Text an alle geschickt. Deadline für Änderungen ist der 16.09., am 17.09. wird die Stellungnahme an den Bundestag geschickt. PZ, DAZ, VDÄÄ und die Organisatoren des Gesundheitstages 2000 erhalten sie ebenfalls. (verantwortlich: Katja Lorenz). Michael Höckel wird den Kontakt zu Herrn Schmidbauer herstellen.
(Abdruck der Stellungnahme in diesem RB)

TOP 10 Ausstellung zum Apothekertag
Ildikó Szász berichtet vom Stand der Dinge. Die Ausstellungstafeln sind fertig. Es gab größere Probleme mit der Beschaffung von Bildmaterial. Es entstanden 4 Tafeln mehr als budgetiert. Außerdem bietet es sich an, zur Erhöhung der Wirkung noch einen Reader zur Ausstellung zu erarbeiten. Es entsteht deshalb eine Finanzierungslücke von 2600,- DM. Die Arbeitsgruppe fragt an, ob sie für öffentliches Sponsoring werben darf. Sie hat im Vorfeld wegen der knapp werdenden Zeit bereits damit beginnen müssen. Der VS hat aus pragmatischen Gründen keine Einwände, empfindet es jedoch grundsätzlich als Willkür, wenn Finanzpolitik ohne den VS gemacht wird. Bedingung für ein Sponsoring ist aus seiner Sicht, dass die Firmen keinen inhaltlichen Einfluss erhalten und bestimmte Firmen aufgrund ihrer Politik nicht angesprochen werden. Es sollte vorrangig beim Großhandel angefragt werden. Die Ausstellung findet in Halle 2 des Apothekertages statt. Die ABDA und MDGA wollen als Sponsoren genannt werden. Am 2.10. ist eine Abendveranstaltung in einem Hotel geplant. Die dafür entstehenden Kosten (Moderatorin, Buffet, Hotel, Anreisekosten...) sind weitestgehend noch unklar. Die Finanzierungslücke wird insgesamt dadurch auf 4000,- geschätzt.
An den Ausstellungstafeln soll eine Pressekonferenz organisiert werden. Am Eingang zur Hauptversammlung werden Flyer auf die Ausstellung hinweisen. *Für den Stand wird noch VDPP-Material gebraucht (neuer RB, (ca. 100 Stück), Flyer mit der Rezension der „Wechselwirkungen". Die Bücher werden aus Hamburg nach Kassel geschickt. Ildikó Szász nimmt alles mit nach Leipzig.*

TOP 11 Apothekertag 1999
Der VS fragt sich wie immer, welche Mitglieder delegiert sind bzw. „freiwillig" nach Leipzig fahren.

TOP 12 Öffentlichkeitsarbeit
Zum Entwurf zur Änderung der Approbationsordnung erarbeitete Katja Lorenz die Stellungnahme des Vereins. Bei den Punkten Klinische Pharmazie und Patientenorientierung muss das Papier noch überarbeitet werden. *Die Endfassung wird nochmals allen VS-Mitgliedern zugesendet. Darüber hinaus erhalten auch PZ, DAZ und der Bundesverband der Pharmaziestudierenden Deutschlands ein Exemplar (verantwortlich: Katja Lorenz).*
Thomas Schulz wird bei der PZ anfragen, warum unsere Stellungnahme zur ABDA-Kampagne nicht veröffentlicht wurde.
Zum Thema, wie der VS auf den BVA-Brief (s. TOP 5) reagieren soll, gab es eine heftige Diskussion. Da Udo Ament bereits dem BVA geantwortet hat, wird von einer weiteren Stellungnahme letztlich und trotz differierender Meinungen abgesehen.
Die Aufteilung und Bezahlung der Arbeit von Christiane Hefendehl seit der letzten VS-Sitzung hat sich als wenig praktikabel erwiesen. *Von Seiten des VS muss endlich der Funktionsplan erstellt werden.* Aufgrund der aktuellen Erfahrungen entscheidet sich der VS für eine Art Werkvertragsmodell (d.h. es erfolgt keine stundenweise Bezahlung, sondern die Bezahlung konkreter Aufträge). *Katja Lorenz wird mit ihr darüber sprechen.*

TOP 13 Koordination von Aktivitäten
Die Verbesserung der Kontakte zu den Fachschaften wird Thema der nächsten VS-Sitzung. Der neue RB geht mit Extraanschreiben an die Fachschaften. Im Anschreiben soll um ihre Einschätzung der Qualität des RB gebeten und angeboten werden, Artikel von ihnen zu veröffentlichen. *Die aktualisierten Mitgliedslisten werden von Gudrun Meiburg an die VS-Mitglieder geschickt. Michael Höckel kümmert sich darum.*

TOP 14 Verschiedenes
Der Beschlussordner, der z.Zt. noch in Papierform geführt wird, soll in absehbarer Zeit als Datei zur Verfügung stehen.Die nächste VS-Sitzung findet am 7.11.99 in Hamburg, im Anschluss an das Herbstseminar statt.
Ende gegen 16 Uhr

Beiträge

die Redaktion

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 oder 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 irgendeine halbwegs gängige Textverarbeitung sein. Wir benutzen Word 98, aber das Dateiformat von Word 2000 ist das gleiche.

3. Blocksatz, Spalten, Striche, Seitenzahlen, Schriftwechsel und was es da noch so an zusätzlichen Formatierungen gibt, erleichtern die Bearbeitung nicht unbedingt. Auch mehrfach geschachtelte Spiegelstriche, ein halbes Dutzend verschiedene Schriften in einem Artikel etc. können uns das Leben schwer machen. 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 Diskette zusenden. Für das Format gilt das Gleiche wie für per E-Mail übersandte Texte.

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

7. Verschiedenes: Fußnoten sollten als normaler Text am Ende des Beitrags erscheinen. Für einen Absatz drückt man **zweimal** die Return-Taste. Die Leertaste drückt man **hinter** Punkt, Komma und anderen Satzzeichen, **nicht davor**.

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.

TERMINE

Regionalgruppe Berlin
Die Regionalgruppe trifft sich an jedem 3. Mittwoch im Monat um 20 Uhr, Café Blisse, Blissestraße 14, 10713 Berlin.
Nächste Termine: 19. Januar, 16. Februar, 15. März 2000

Regionalgruppe Hamburg
Die Regionalgruppe trifft sich alle 2 Wochen mittwochs um 20 Uhr bei Bernd Rehberg, Brahmsallee 18, 20144 Hamburg
Nächste Termine: 19. Januar, 2. und 16. Februar, 1., 15. und 29. März 2000

Regionalgruppe Hessen
Das nächste Treffen findet am 14. Februar 2000 in Frankfurt/M. in der Arche Nova, gegenüber vom Westbahnhof statt.

Frauenseminar
Das Herbstseminar wird am 13. und 14. Mai 2000 in Berlin stattfinden. Eine gesonderte Einladung wird euch zugehen.

Erfa-Gruppe
25. und 26. Mai 2000 in Kassel

Gesundheitstag
31. Mai – 4. Juni 2000 in Berlin

VDPP-Vorstand
5. und 6. Februar 2000, voraussichtlich in Kassel bei Michael Höckel

Bundestagsgesundheitsausschuss
Öffentliche Anhörung zur 10. AMG-Novelle, 16. Februar 2000, Berlin

Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft
"Qualitätssicherung in der Pharmazeutischen Praxis", Tagung der Fachgruppe Allgemeinpharmazie innerhalb der DPhG am 19. und 20. Februar in Würzburg
Wissenschaftiche Leitung: Prof. Dr. Marion Schäfer und Dr. Ingrid Schubert
Anmeldung: DPhG, Postfach 90 04 40, 60444 Frankfurt/M., Tel. 069-79 17 555, Fax 069-79 17 553

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

Ausstellung Frauen in der Apotheke

Vor 100 Jahren durfte die erste Frau Pharmazie studieren

von Reinhild Berger

LEIPZIG (rb). Vor genau hundert Jahren, im Jahr 1899, wurden Frauen erstmals zum Pharmaziestudium zugelassen. Heute sind drei Viertel der neu Approbierten in der Pharmazie weiblich. Die Entwicklung des Apothekerberufs von der Männerdomäne zum Frauenberuf war Thema einer Ausstellung, die der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e.V. (VDPP) mit Unterstützung der ABDA und der Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker mbH auf dem Apothekertag in Leipzig gezeigt hat.

Die Frau als Apotheker ein Unding
Auf insgesamt 14 Schautafeln zeigt die Ausstellung die Entwicklung, Probleme und Lebensgeschichten von pharmazeutisch tätigen Frauen von den Anfängen bis heute. Beachtenswert ein Zitat aus der Pharmazeutischen Zeitung vom 18. Juni 1898: Die Frau als Apotheker ist meines Erachtens ein Unding, schreibt H. Weber aus Hallenberg in Westfalen.

Geduldete Einzelfälle oder mithelfende Ehefrauen
Schon vor der formalen Zulassung zum Studium haben sich Frauen als Apothekerinnen betätigt auch das gibt die Ausstellung wider. Sie waren in Klosterapotheken tätig, aber auch als geduldete Einzelfälle oder als mithelfende Ehefrauen. Nach der formalen Zulassung zum Studium im Jahr 1899 war der Beruf zunächst nicht sonderlich attraktiv für junge Frauen, doch dies änderte sich bald. Zu Beginn der dreißiger Jahre war schon knapp ein Drittel der Pharmaziestudierenden Frauen.

Der Krieg machte die Frauen unverzichtbar
Bereits im ersten Weltkrieg waren es viele Frauen, die die Arbeit in den Apotheken aufrecht erhielten. Erst recht im zweiten Weltkrieg. Hatten die Nationalsozialisten anfangs noch versucht, Frauen aus dem Beruf herauszudrängen, machte der kriegsbedingte Männermangel Frauen als Apothekerinnen unverzichtbar. In der Nachkriegszeit verschlechterte sich die Lage der Frauen wieder. Bei der Vergabe der knappen Studienplätze wurden Männer bevorzugt. Erst in den fünfziger Jahren und nach der 1959 gesetzlich fixierten Niederlassungsfreiheit wurden die Berufsaussichten für Apothekerinnen besser.

Heute sind Frauen in der Überzahl
Heute kann man in bestimmten Bereichen des Apothekerberufs von einem Frauenberuf sprechen. Bei den teilzeitarbeitenden Angestellten in den öffentlichen Apotheken sind Frauen ohnehin in der großen Überzahl. 40 Prozent der Apotheken werden inzwischen von Frauen geleitet. Doch in Führungspositionen von Industrie, Wissenschaft und erst recht in der Standespolitik sind Apothekerinnen noch rar. Die Ausstellung dokumentiert dies auf außerordentlich eindrucksvolle Weise.

Übrigens, der Deutsche Apotheker Verlag plant eine Veröffentlichung der sorgfältig zusammengetragenen Dokumente, Lebensgeschichten und Analysen als Buch.

Abdruck des Artikels mit freundlicher Genehmigung der AutorIn und dem Herausgeber Deutsche Apothekerzeitung
139. Jahrgang - Nr 40 - 7. 10. 1999.

• • •

Arzneien mit zweifelhafter Wirkung

21 Jahre nach der Einführung des Arzneimittelgesetzes sind immer noch tausende von alten Medikamenten im Einsatz, die ein Risiko für die Patienten darstellen. Eine Positivliste muss her!

von Thomas Schulz

In Deutschland sind zur Zeit etwa 45.000 Arzneimittel im Handel, von denen ein nicht unerheblicher Teil 21 Jahre nach Inkrafttreten des Arzneimittelgesetzes immer noch nicht nach den Kriterien dieses Gesetzes geprüft worden ist. Dieser Mangel wurde nicht nur vom Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) wiederholt kritisiert, sondern macht Deutschland auch auf europäischer Ebene zu einem Schlusslicht in der Arzneimittelsicherheit. Untersuchungen von Pharmakologen und Krankenkassen wiesen in den vergangenen Jahre immer wieder auf Milliardenbeträge hin, die von der gesetzlichen Krankenversicherung für Medikamente mit zweifelhafter Wirkung ausgegeben werden. Diese Beträge und die dahinter stehenden Arzneimittelverordnungen sind aus zwei Gründen bedenklich: Zum einen können solche Präparate, auch wenn sie keine oder nur eine zweifelhafte Wirkung haben, immer noch Nebenwirkungen entfalten und dem Patienten schaden. Man kann eben nicht sagen, wenn es schon nicht hilft, dann schadet es wenigstens nicht.

Zum anderen steht das Geld, das für diese Medikamente ausgegeben wurde, für sinnvolle Therapieansätze nicht mehr zur Verfügung. Es wird mehr Geld von den Versicherten gefordert oder – noch schlimmer – behauptet, es können keine Medikamente mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden.

Ein niedergelassener Arzt verschreibt etwa 1.000 Arzneimittel und ist hier schon gefordert, wenn er sich über jedes Präparat ausreichende Kenntnisse aneignen will. Eine Positiv-

liste, die therapeutisch sinnvolle Medikamente beinhaltet und nicht eine Liste billiger Medikamente darstellt, wird eine Hilfe für die niedergelassenen Ärzte darstellen. Sie wird von Teilen der Ärzteschaft und den im VDPP organisierten Apothekern schon lange gefordert.

Darüber hinaus sorgt die Positivliste für eine gewisse Qualitätssicherung in der medizinischen Behandlung, sie stellt keinen Eingriff in die Therapiefreiheit der Ärzte dar. Interessanterweise funktioniert das Konzept der Positivliste in vielen Krankenhäusern teilweise schon seit vielen Jahren zum Nutzen aller Beteiligten. Allerdings hat die Liste dann unverfänglichere Namen wie zum Beispiel Arzneimittelliste.

Eine Positivliste wird auch für die Apotheken die Lagerhaltung deutlich vereinfachen, da nicht mehr 15.000 bis 20.000 Präparate vorrätig gehalten werden müssen, sondern eine Konzentration auf die Medikamente der Positivliste stattfinden wird.

Unter dem Aspekt der Qualitätssicherung für die Patienten begrüßt der VDPP ausdrücklich die Einführung der Positivliste. Die strengen Kriterien der Positivliste müssen aber auch für die Therapeutika der besonderen Therapierichtungen gelten wie etwa Homöopathika und pflanzliche Arzneimittel.
Nach Ansicht des VDPP dürfen nicht unterschiedliche Kriterien für Arzneimittel der Schulmedizin und der alternativen Therapierichtungen angelegt werden. Der Patient hat Anspruch auf eine Positivliste, auf der ausschließlich Medikamente mit erwiesener Wirksamkeit und therapeutischem Nutzen zusammengestellt sind.

Der Autor ist Mitglied des „Vereins Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten“

Abdruck des Artikels mit freundlicher Genehmigigung des Autoren und dem Herausgeber - taz Nr. 5948 vom 25.9.1999

• • •

Umweltapotheker

Den Artikel der Süddeutschen Zeitung, auf den sich Thomas‘ Brief bezieht, können wir leider nicht abdrucken, da bis zum Redaktionsschluss keine Abdruckgenehmigung der SZ vorlag.

Dr. Thomas Schulz
37083 Göttingen

Süddeutsche Zeitung Göttingen, den 25.8.99

Sendlinger Straße 8
80331 München

“Staubsauger im Dienste der Gesundheit”
SZ vom 17.8.99, Seite V2/10

Sehr geehrte Damen und Herren,
mit Befremden habe ich den o.g. Artikel gelesen und möchte mich als Fachapotheker für Toxikologie und Ökologie zu einigen Punkten äußern.

Im Gegensatz zu den in Ihrem Artikel genannten “Umweltapothekern”, die einen viertägigen Lehrgang besucht haben, habe ich mich über fünf Jahre an einem toxikologischen Institut weitergebildet und wurde abschließend examiniert. Ich bin von der Apothekerkammer Niedersachsen zur Weiterbildung von Apothekern ermächtigt und als Dozent in der Weiterbildung tätig.

In dem Artikel tauchen eine Reihe von Ungereimtheiten auf, wobei unklar ist, ob diese auf unsorgfältige Formulierungen der Autorin oder auf die Inkompetenz der Gesprächspartner zurückzuführen sind.

Punkt 1 **PCB-Problematik:** Hier wird nach Analyse von zu hohen PCB-Werten in der Wohnung (wahrscheinlich in der Raumluft bestimmt) empfohlen, die Gifte aus dem Körper auszuschwemmen. Woher weiß Herr Stiegler eigentlich, daß im Körper auch zu hohe PCB-Werte vorliegen? Diese Substanzen werden im wesentlichen über die Nahrung aufgenommen und nur zu einem geringen Teil über die Luft. Was hat es mit der Ausleitungstherapie auf sich, die in diesem Zusammenhang erwähnt wird? Es liegen nur wenige – anekdotische – Berichte im wissenschaftlichen Schriftum zur Ausleitung von PCBs vor, ansonsten treiben in diesem Feld eher Scharlatane ihr Unwesen.

Punkt 2 **Weiterbildung:** Die Weiterbildung ist bei Ärzten und Apothekern klar definiert, nur an von den Kammern anerkannte Weiterbildungsstätten können Ärzte/Apotheker über einen Zeitraum von 3 bis 6 Jahren weitergebildet werden. Abschließend erfolgen Prüfungen, die diesen Namen auch verdienen, da auch Kandidaten durchfallen. Die von einer Vereinigung durchgeführten Veranstaltungen können Fortbildungscharakter haben, wobei der Preis einen eher an Abzockveranstaltungen denken läßt. Üblicherweise liegen die Preise für Veranstaltungen dieser Art im Bereich zwischen DM 650 und DM 1800.

Punkt 3 **Qualitätssicherung.** Spätestens hier zeigt sich die Problematik in voller Schärfe: Es werden „gelegentlich Stichproben bei den beteiligten Apotheken“ gemacht und die Ergebnisse „sollen mit den Fachleuten der AAU besprochen werden“.
In der seriösen Arbeitsstoff- und Umweltanalytik existieren Richtlinien zur Qualitätssicherung bei vielen Analyseverfahren, hier werden Ringversuche durchgeführt und nur bei Laboratorien, die erfolgreich an Ringversuchen für die in Frage kommende Substanz teilgenommen haben, kann der Patient den Analyseergebnissen trauen. Ansonsten könnte er / sie auch einen Wünschelrutengänger oder ähnliche Experten beauftragen.

Auf welchem Standard die Beratungen erfolgen können zeigen Sie mit dem Beispiel der Haar-Mineral-Analyse mit folgenden Ernährungstipps. Sie zitieren Herrn Schramel mit der Bemerkung "Mumpitz". Diese Einschätzung ist viel zu höflich, ich halte die zitierten "Tipps" für unverantwortlich und unethisch.

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie kurz dazu Stellung nehmen könnten.

Im Übrigen reiche ich Ihnen folgenden Leserbrief mit der Bitte um Abdruck ein.

Umweltapotheker - ein neuer Marketing-Gag ?!?

Wenn der Umsatz in der Offizin nicht mehr stimmt, dann werden Umweltgifte bestimmt und hilfreiche Empfehlungen gegeben, diesen Eindruck vermittelt zumindest der Artikel.

Als Fachapotheker für Toxikologie und Ökologie kann ich den gutgläubigen Kunden / Patienten nur vor unnötigen Geldausgaben warnen: Ein viertägiger Kurzkurs kann einfach nicht die Kenntnisse und Erfahrungen vermitteln, die zur Probengewinnung, Analyse und Interpretation benötigt werden. Es wird auch kein Mensch auf die Idee kommen, eine Operation von einem Arzt durchführen zu lassen, der einen viertägigen Kurzkurs in Chirurgie besucht hat.

Am Beispiel der PCB-Bestimmung läßt sich die fehlende Seriosität zeigen: "Bei zu hohen PCB-Werten in der Wohnung (...) empfehle sich eine Ausleitungstherapie ..." Hier wird von Luftwerten auf die Belastung im Organismus geschlossen, ein kühner Schritt, da PCBs zum großen Teil über die Nahrung aufgenommen werden, um dann eine Therapie zu empfehlen. Diese Therapieempfehlungen können nur als Scharlatanerie bezeichnet werden, da sie auf keiner wissenschaftlich gesicherten Basis stehen.

Abschließende Empfehlung für die Patienten und Kunden: Wenden Sie sich mit Fragen zu Umweltbelastungen und Schadstoffen an seriöse Experten wie z.B. Fachapotheker für Toxikologie und Ökologie, Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin, Fachärzte für Pharmakologie und Toxikologie oder Fachtoxikologen (DGPT). Sonst können sie ihr Geld auch gleich zum Wünschelrutengänger tragen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Thomas Schulz
Fachapotheker für Toxikologie und Ökologie, Fachtoxikologe DGPT

KEIN PATENT AUF LEBEN!

Frohschammerstr. 14,
80807 München

Tel.: 089-35 65 18 42, Fax: 089-3 59 66 22
e-mail: KeinPatent@aol.com
Web-site: http://members.aol.com/KeinPatent/

Liebe UnterstützerInnen, München, 22.11.1999
sehr geehrte Damen und Herren,

in Bezug auf die Patentierung hat sich Wichtiges getan, und wir sollten mit möglichst vielen Stimmen schnell und deutlich darauf reagieren. Im Moment sieht es so aus:
Der Verwaltungsrat des Europäischen Patentamtes (EPA) hat mit Wirkung vom 1. 9. 1999 einen Beschluß zur Änderung der Ausführungsordnung zum Europäischen Patentübereinkommen (EPÜ[1]) erlassen.

Damit soll die Auslegung des EPÜ der EU-Biotechnologie-Richtlinie angepaßt werden. Hauptpunkt: Es können nun Pflanzen und Tiere patentiert werden, solange nicht nur eine einzelne Pflanzensorte oder einzelne Tierart beansprucht wird. Ob dieser Beschluß überhaupt Bestand haben kann, ist jedoch fraglich. Die sog. Änderung der Ausführungsordnung kommt nämlich einer Änderung des EPÜ gleich und die steht dem Verwaltungsrat nicht zu. Laut einem anwaltlichen Gutachten ist dies eine Kompetenzüberschreitung, eine Anmaßung des Verwaltungsrates.
Zudem greift der Beschluß in zwei schwebende Verfahren ein, die sich parallel, auf unterschiedlichen Ebenen, mit der Regelung der Biopatentierung auseinandersetzen:
• Gegen die Richtlinie **98/44/ EC vom 6. 7. 1998 über den rechtlichen Schutz biotechnologischer Erfindungen**, kurz EU-Biotechnologie-Richtlinie, ist eine Klage der Regierungen der Niederlande und Italiens vor dem Europäischen Gerichtshof anhängig. Der Spruch wird für Ende 1999, Anfang 2000 erwartet.
• **Die Grundsatzentscheidung der Großen Beschwerdekammer[2] des EPA über das Novartis-Patent** steht auch noch aus. Sie wird ebenfalls im Jahr 2000 erwartet und betrifft genau die vom Beschluß des Verwaltungsrates erfaßten Punkte.
Fazit: über Biopatente, Patente auf Leben, ist also immer noch nicht endgültig entschieden.

Diese Situation läßt uns einen kleinen zeitlichen Spielraum, den wir intensiv nutzen sollten. Die Biopatentierung ist von allgemeinem Interesse, geht jedermann an, und das muß allgemein bewußt werden. **Deshalb unsere Bitte an Sie: Werden Sie noch in diesem Jahr aktiv!** Machen Sie in Ihrer Umgebung/Organisation Ihre Position zur Patentierung von Leben noch einmal klar, verschaffen Sie der Problematik selbst und auch den Vorgängen um die Regelung der

[1] EPÜ: die vertragliche Entscheidungsgrundlage für die Erteilung europäischer Patente
[2] die Große Beschwerdekammer ist die höchste Entscheidungsinstanz des Europäischen Patentamtes.

Patentierung noch einmal Öffentlichkeit durch Presseerklärungen, Anzeigen in Zeitungen, Artikeln in Ihren Publikationen/ Mitgliederinformationen, Stellungnahmen auch von Einzelpersonen, Schreiben an Mandatsträger.
Wir können so von der Basis her die **Empfehlung des Europarates vom 23. 9. 1999** bekräftigen. Diese Empfehlung wendet sich, ausführlich begründet, gegen die Patentierung von Genen, Zellen, Geweben oder Organen, die Pflanzen, Tieren oder Menschen entnommen wurden, wendet sich gegen Pflanzen und Tierpatente, warnt vor der Monopolisierung genetischer Ressourcen. Zugleich werden Anregungen gegeben zur Erörterung und Entwicklung eines speziellen Systems zum Schutz geistigen Eigentums auf dem Gebiet der Biotechnologie.

KEIN PATENT AUF LEBEN! hat eine Presseerklärung zum Beschluß des Verwaltungsrates und eine Presseerklärung zur Empfehlung des Europarates herausgegeben. Außerdem haben wir ein anwaltliches Gutachten über das Vorgehen des Verwaltungsrates veranlaßt und an das Justizministerium geschickt. In der Anlage finden Sie Hintergrundinformationen zum aktuellen Stand. Ausführlicheres Material über die Konsequenzen der Patentierung von Pflanzen und Tieren kann bei uns angefordert werden. Auch über unsere web-site http://members.aol.com/KeinPatent/ können Sie Infomaterial, Pressemitteilungen und den beigelegten Hintergrundbericht abrufen.

Mit freundlichen Grüßen - Ruth Tippe und Linde Peters

KEIN PATENT AUF LEBEN!

Unsere umfangreiche Arbeit wird ehrenamtlich geleistet Die unvermeidlichen Kosten müssen über Spenden finanziert werden.

Jeder Beitrag hilft weiter. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Spendenkonto Nr. 83 13 1- 8 07
Postbank München BLZ 700 100 80
Kontoinhaber: Gen-ethisches Netzwerk

Spendenbescheinigungen werden jeweils nach Abschluß des Kalenderjahres zugesandt.

HINTERGRUNDBERICHT

Patente, insbesondere Biopatente

Spätestens seit sich eine "Life Science Industry" formiert hat, die sich mit weitreichenden "Biopatenten" die Verwertungsrechte von Erbinformation aneignet, sind Patente von hohem allgemeinen Interesse, gehen sie uns alle an.

Patente sind der Motor technisch-industrieller Entwicklung. Das wird auch in der Richtlinie 98/44/ EC vom 6. 7. 1998 über den rechtlichen Schutz biotechnologischer Erfindungen ausdrücklich formuliert und detailliert.
Durch den Patentschutz, das (zeitlich begrenzte) Herstellungs- und Nutzungsmonopol auf biotechnologische Erfindungen, soll der Einsatz von Risikokapital in Forschung und Entwicklung dieser Technologien und ihrer Anwendungen ermutigt und wirtschaftlich abgesichert werden.

Die "Life Science Industry" operiert in den Bereichen "Pharma", "Agro" und "Food". Sie entwickelt auf Basis biotechnologischer (gentechnologischer/mikrobiologischer) Methoden Verfahren und Produkte wie z.B. genmanipulierte Tiere und Pflanzen. Sie beansprucht Patentschutz von geradezu abenteuerlichem Umfang: die Biopatente erstrecken sich nicht nur auf Verfahren und ihre Produkte, sondern auch auf die natürlich vorliegenden Ausgangsstoffe, wie Gene, Zellen etc., und alle möglichen denkbaren Anwendungsfelder der Produkte. Das heißt: es sollen Großprojekte geschützt werden, eine kleine Manipulation soll ganze Forschungsund Anwendungsfelder absichern.

Die DNA wird zum Universalrohstoff materialisiert, der beliebig geknackt und neu kombiniert werden kann.

Bakterien, Pflanzen, Tiere, schlußendlich die Menschen selbst, stehen in ihren innersten biologischen Strukturen zur Disposition, geraten unter wachsenden, kommerziell motivierten und gesteuerten Veränderungsdruck.

Nutzen wird versprochen, die Lösung von fast allen Problemen. Auf wessen Kosten und mit welchen Nebenwirkungen" Welche Werte, welche Rechte berührt die Manipulation von Erbinformation, die Monopolisierung"genetischer Ressourcen"? Wer trägt die gesellschaftlichen Auswirkungen, die Umweltrisiken, die unkalkullerbaren Folgen einer beschleunigten Evolution? Doch wohl kaum die Kapitalinvestoren!

Es ergeben sich also grundsätzliche Konflikte zwischen öffentlichem und privatem Interesse, die sichtbar gemacht und zum Ausgleich gebracht werden müssen. Die Industrie sucht die Fronten zu verwischen, inderri sie sich zum Vertreter öffentlicher Interessen stilisiert durch immer subtiler ansetzende Werbung für ihre Visiolleil und Produkte.

Stationen und aktueller Stand der Patentierung von Leben

Die Schritte erfolgten zweigleisig, quasi parallel, durch die Instanzen des Europäischen Patentamts (EPA) in München und durch die gesetzgebenden Instanzen der EU in Brüssel.

Das Europäische Patentamt
Das EPA erteilt seit Ende der 80er Jahre Patente auf Pflanzen. 1992 wurde das erste Patent auf ein Tier, das "Krebsmaus-Patent" erteilt. Auch Patente auf menschliche Gene sind erteilt worden. Rechtsgrundlage der Entscheidungen des EPA ist das Europäische Patentübereinkommen (EPÜ), auf das sich die Vertragsstaaten der Europäische Patentorganisation (EPO) 1973 geeinigt haben. Seit 1977 ist das EPO in Kraft. Die Anwendung des bestehenden, auf technische Erfindungen zugeschnittenen Patentrechtes auf die neuen

biotechnologischen Entwicklungen hat das EPA in die öffentliche Kritik gebracht. KEIN PATENT und andere Organisationen und Gruppen haben durch exemplarische Einsprüche gegen solche Patente auf Leben die Problematik thematisiert und sichtbar gemacht, daß die Erteilungspraxis des EPA eine höchst eigenartige Interpretation des EPÜ ermöglicht.

Drei Beispiele:

• Der für die Patentierung zentrale Begriff der **Erfindung** paßt nicht auf Leben. Kann ein natürlich vorkommendes Gen eine Erfindung sein?! Die strenge Abgrenzung der Erfindung von der Entdeckung, die eben nicht patentierbar ist, läßt sich im Bereich Biotechnologie nur mit verschiedenen Definitionsfinessen aufrechterhalten.

• Nach EPÜ, Art.53a kann nicht patentiert werden, was "**gegen die öffentliche Ordnung und die guten Sitten verstößt**". Gegen das erste Tierpatent, das"Krebsmaus-Patent", gab es 17(!) nicht wettbewerblich motivierte Einsprüche, darunter der von KEIN PATENT. Die Einsprüche bezogen sich wegen der ethischen Fragwürdigkeit der vorgesehenen Manipulation auf diesen Artikel, der aber offenbar der Patentierung von Leben keine Hürde setzt: Das EPA erklärte sich in Fragen der Ethik für nicht zuständig, weil sie in verschiedenen europäischen Ländern unterschiedlich beurteilt wird. Außerdem wurde darauf verwiesen, daß eine Patentierung nicht zur Anwendung der Erfindung zwingt. Sollte die Anwendung der Erfindung bestehendes Recht verletzen, müßten die entsprechenden Gesetze greifen, z.B. das Tierschutzgesetz.

• Nach EPÜ, Art.53b sind "**Pflanzensorten und Tierarten und im wesentlichen biologische Verfahren zur Züchtung von Pflanzen und Tieren**" nicht patentierbar. Erteilt wurden solche Patente aber dennoch durch Ausweichen in höhere taxonomische Kategorien: Wer ein Patent nicht für Weizen, sondern für Getreide oder Pflanzen beanspruchte; nicht für eine Maus, sondern Nager oder Säugetiere beanspruchte, bekam das Schutzrecht. (Wobei dann auch schon mal vergessen wurde, von dem Patentanspruch auf Säugetiere den Menschen auszunehmen!) Auch die "im wesentlichen biologischen Verfahren", z.B. die natürliche Vermehrung, war kein Hindernis, weil es ohne die "erfundene" Pflanze (das Tier) auch deren Nachkommen nicht gäbe, sich also diese der vorhergehenden Erfindung direkt verdankten. Mit dem Einspruch von Greenpeace gegen ein Pflanzenpatent von Plant Genetic Systems (PGS) ist u.a. diese Auslegungsweise von Art. 53b vor der Technischen Beschwerdekammer zur Verhandlung gekommen. Das führte zu der Entscheidung T 356/93. Seit diesem Präzedenzfall sind gentechnische/mikrobiologische Verfahren zwar nach wie vor patentierbar, Pflanzen und Tiere selbst aber nicht mehr. D.h. es werden keine sogenannten Stoff-Patente mehr vergeben auf Tiere und Pflanzen, bei denen die Nachkommen mit unter den Patentschutz fallen. Wird nur ein Verfahren patentiert, endet der Patentschutz beim Produkt des Verfahrens, hier bei der Pflanze oder dem Tier. Die Nachkommen dieser Organismen jedoch und ihre Verwendungen sind nicht; mehr patentrechtlich geschützt.

Gegen diese restriktivere Erteilungspraxis legte "Novartis" Beschwerde ein. Die Technische Beschwerdekammer hielt sich in ihrer Begründung TI 054/96 wieder an die PGS-Entscheidung, wies den Fall aber weiter an die **Große Beschwerdekammer (höchste Instanz), um eine Grundsatzentscheidung** herbeizuführen. Die Entscheidung wird für das Jahr 2000 erwartet.

Die somit ungeklärte Situation hat inzwischen zu einem Bearbeitungsstau entsprechender Patente geführt.

Die EU-Patentrichtlinie

Die Europäische Union hat 1988 Verhandlungen über eine **Patentrichtlinie** (Biotechnologie-Richtlinie) aufgenommen, praktisch zeitgleich mit der einsetzenden Biopatentierung – um "Rechtssicherheit" zu schaffen. Der erste Entwurf, den Interessen der Industrie folgend, wurde 1995 vom Europäischen Parlament abgelehnt, wenig später, kaum verändert, neu aufgelegt und 1998 vom gleichen Parlament angenommen und verabschiedet. Die in den Gesetzgebungsprozeß eingebrachten Kritikpunkte wie Monopolisierung des gemeinsamen Erbes der Menschheit, Gefährdung der Artenvielfalt, weitere Industrialisierung der Landwirtschaft / Aushebelung des Sortenschutzgesetzes, Lebensmittelsicherheit, Übervorteilung der Länder des Südens, ethische Einwände etc. wurden nicht berücksichtigt.

Was alles im Zusammenhang mit Biotechnologie eine Erfindung sein kann und warum, wird explizit definiert. Auch die Schwierigkeiten mit EPÜ, Artikel 53b (und eigentlich auch a) fallen weg. Nach entsprechendem Modus beanspruchte Pflanzen und Tiere können patentiert werden, der Mensch noch nicht, verwertbare Teile des Menschen durchaus. Die Ethik geht außer Haus: Nach Kapitel 1, Art. 7 ist "Die Commission's European Group on Ethics in Sclence and New Technologies" zuständig. Von der Patentierung ausdrücklich ausgenommen sind nur: Verfahren zum Klonen von Menschen, Verfahren zur Modifikation der menschlichen Keimbahn, der Gebrauch menschlicher Embryonen für industrielle oder kommerzielle Zwecke und Verfahren. Verboten ist auch die Veränderung der genetischen Identität von Tieren, wenn sie mit Leiden verbunden ist ohne wesentlichen medizinischen Nutzen für Mensch oder Tier: Mit diesem zweifach eingebauten Ermessensspielraum wird "Leiden" eine reine Leerformel. Die Tiere kennen das schon aus der Anwendung des Tierschutzgesetzes.

Zusammenfassend kann man sagen: Die Richtlinie hebt die Sperrigkeiten des EPÜ in Bezug auf die Patentierung von Leben auf, sie segnet die anfängliche, großzügige Erteilungspraxis des EPA ab.

Die EU-Biotechnologie-Richtlinie, amtlich genau: **Richtlinie 98/44/EC vom 6. 7. 1998 über den rechtlichen Schutz biotechnologischer Erfindungen,** ist seit 30. 7. 1998 in Kraft, d.h. sie muß innerhalb von zwei Jahren in das nationale Patentrecht derjeweiligen EU-Staaten umgesetzt werden. Das ist noch in keinem Land geschehen. Gegen die Richtlinie ist nämlich eine Klage beim Europäischen Gerichtshof anhängig. Sie wurde irn Herbst 1998 von den Regierungen der Niederlande und Italiens eingereicht. Mit einer Entscheidung wird für Ende 1999 bzw. Anfang 2000 gerechnet.

Zwei schwebende Verfahren also – die Grundsatzentscheidung durch die Große Beschwerdekammer und der Spruch des EuGH zur Richtlinie – und in diese Warteschleife platzt der **Beschluß des Verwaltungsrats (EPA) vom 16. 6. 1999 zur Änderung der Ausführungsordnung zum Europäischen Patentübereinkommen.** Die Ausführungsordnung ist seit 1. 9.1999 in Kraft. Pflanzen und Tiere sind nun patentierbar, solange es sich nicht um einzelne Pflanzensorten oder einzelne Tierarten handelt, d.h. die Patentierbarkeit ist mehr oder minder eine Frage der Formulierung des Patentanspruchs. Gene, Zellen und isolierte Teile von Organismen, insbesondere auch des Menschen, sind patentierbar, wenn eine technische Erfindung damit verbunden ist. Patente auf Gene und Zellen wurden ohnehin schon in den letzten Jahren vergeben, so daß sich in diesem Punkt die Ertellungspraxis nicht ändert. Der Schnellschuß des Verwaltungsrates ist nach anwaltlicher Beurteilung eine Anmaßung, denn die Ausführungsänderung kommt einer Änderung des EPÜ gleich. Das juristische Gutachten, von KEIN PATENT in Auftrag gegeben, liegt vor, kann bei uns eingesehen werden und ist auch all das Justizministerium weitergegeben worden. Änderungen des EPÜ stehen nach den Statuten ausschließlich der Konferenz der Vertragsstaaten der Europäischen Patentorganisation (EPO) zu. Das ist ein umständliches, zeitraubendes Prozedere, wobei die Änderungsabsicht die notwendige dreiviertel Mehrheit finden muß.

Die Empfehlung des Europarates

Wie im Gegenzug zur offensichtlichen Forcierung der Durchsetzung von Bio-Patentierung hat **am 23. September der Europarat eine Empfehlung** verabschiedet, die vor der Monopolisierung genetischer Ressourcen warnt. Gene, Zellen, Gewebe oder Organe, die Pflanzen, Tieren oder Menschen entnommen wurden, können nicht als Erfindungen betrachtet werden und können in Konsequenz auch nicht patentiert werden. Es wird auf die Fragwürdigkeit von Pflanzen- und Tierpatenten hingewiesen; die ethischen Konflikte und die Interessenkonflikte durch Patentierung werden angesprochen. Die Empfehlung richtet sich an die EU, die World Intellectual Property Organization (WIPO), die Food and Agricultural Organization (FAO), die World Trade Organization (WTO) und an die UN Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). Sie sollen gemeinsam die Entwicklung eines alternativen, ausgewogenen Schutzsystems für biotechnologische Erfindungen vorantreiben, unter Beachtung der Konvention über die biologische Vielfalt, der weiterhin freien Verfügbarkeit der genetischen Ressourcen und der gerechten Verteilung ihres Nutzens durch Benefit-Sharing mit den Herkunftsländern.
Die Empfehlung des Europarates geht auf einen Antrag des deutschen SPD-Abgeordneten Wodarg zurück und zeigt, wie wichtig der Einsatz jedes Einzelnen ist, zeigt, wie wichtig es ist, gut vorzuarbeiten und in jeder Weise präsent zu sein. Demokratie ist mühsam; trotzdem und gerade deswegen: Mitmachen!

Zum Abschluß

Verbraucherprotest gegen Gen-Food artikuliert sich inzwischen in vielen Ländern so deutlich, daß es schwierig wird, die genmanipulierten Ernten abzusetzen. Nestle hat seinen Butterfinger zurückgezogen, Tengelmann, Lidl, Rewe, Edeka, Aldi u.a. wollen genmanipulierte Lebensmittel aus ihren Regalen verbannen. Die Nachweisbarkeit wird immer besser, die Kennzeichnung muß es noch werden. Agro macht den Konzernen im Moment keine Freude. Novartis reduziert Mitarbeiter in diesem Bereich und denkt darüber nach, sich überhaupt von der Sparte zu trennen. AgrEvo ist auch kein Trumpf. Die Deutsche Bank rät davon ab, im Moment Agro-Aktien zu kaufen. Der Widerstand gegen die Monopolisierung von Saatgut wird die Giganten Monsanto, Novartis und Co. mit einer Wettbewerbsklage in den USA konfrontieren. Empörung und Druck von außen haben dazu geführt, daß Monsanto – zunächst zumindest – auf seine Terminator-Technologie verzichten wird.
Allerdings ist bereits eine neue Methode zur Disziplinierung der Landwirte entwickelt: die T-Gurt-Technik – hierbei bleibt die Nachzucht keimfähig, die Pflanze prägt aber ihre neue, durch Gentransfer bewirkte Eigenschaft nur aus, wenn das Saatgut durch entsprechende Substanzen dazu aktiviert wird. Sogar der Blumenmarkt ist sensibilisiert, die genmanipulierte blaue Nelke von Florigene wird in Europa zunächst nicht angeboten werden, die Floristen können kein Imageproblem brauchen, heißt es.

Aber das Karussell dreht sich weiter. Was auf einem Markt nicht umgesetzt werden kann, wird in andere Märkte drükken. Das Kapital, die Biotechnologie und die Werbung sind ungemein flexibel. Wenn wir keine herbizid-, schädlings- und nebenbei antibiotikaresistenten Pflanzen haben wollen, dann sind wir doch vielleicht für Wellness-Produkte aus dem Genlabor zu begeistern? Der Pharmamarkt kann in den Lebensmittelmarkt expandieren mit Nutraceuticals, Tasty Health, Functional Food etc. Wenn wir uns nicht ausreichend krankreden lassen, so lassen wir uns doch vielleicht gesundreden. Weil Vorbeugen schon immer besser war als Heilen. Auch Convenience-Produkte sind ein Teil des Lebensmittelmarktes, in den sich die neuen Techniken auch gut einklinken können. Nach dem enormen Schub des Bio-Regio-Wettbewerbs – Deutschland liegt nun bei Firmengründungen an Platz eins in Europa – hat die Bundesregierung ein zweites Förderprogramm aufgelegt, um die Anwendung der Biotechnologie weiterhin zu verstärken. Das Programm heißt Biochance, berücksichtigt nun auch Landwirtschaft und Ernährung. Es wird also weiterhin um Patente auf Pflanzen und Tiere und sonstige Biopatente gehen. Man könne den Verbraucher nicht zwingen, so sinngemäß Ministerin Bulmahn, es sei Sache der Unternehmen, die Kunden von den Vorteilen bio- und gentechnisch hergestellter Produkte zu überzeugen.
Darauf können wir uns gefasst machen. Den Markt bestimmt die Macht der Werbung.

Es hängt also sehr viel von unserer Verführbarkeit ab, davon, ob wir unsere Verführbarkeit selbst bedenken und kontrollieren oder ob wir das anderen überlassen.

Abdruck des Artikels mit freundlicher Genehmigigung der AutorInnen KEIN PATENT AUF LEBEN

Was Patienten den Arzt oder Apotheker nicht zu fragen wagten

Erfahrungen aus fünf Jahren Beratungstelefon

von Markus Fritz[1]

Die Schweizerische Medikamenten-Informationsstelle SMI möchte den Patientinnen und Patienten mit ihrer Beratung eine Hilfeleistung bei der Entscheidungsfindung im Medikamentenbereich anbieten. Sie versteht ihr Angebot als Ergänzung zu jenem von Ärzten und von Apotheken. Die Auswertung der Beratungsprotokolle aus fünf Jahren Beratungstelefon zeigt, dass insbesondere betreffend Risiken einer Therapie ein Beratungsbedarf besteht.

Unter dem Titel «die tägliche Verschwendung» hat die Zeitschrift «PULStip» im Dezember 1997 die unnötigen Leistungen im Gesundheitswesen aufgelistet.[2]

Bezüglich Medikarmenten war hier unter anderem zu lesen:

- Vier von fünf Psychopharmaka sind überflüssig oder gar gefährlich. (Prof. K. Grave, Universität Bern)
- Die Patientinnen und Patienten nehmen 25 bis 50 Prozent aller verschriebenen Medikamente falsch, mangelhaft oder überhaupt nicht ein. (Schweiz. Ärztezeitung)
- jede sechste Spitaleinweisung erfolgt, weil ein verschriebenes Medikament falsch oder nicht eingenommen wurde. (R. Fuchs, Caisse Vaudoise)
- Die Behandlungskosten, die falsch verwendete oder falsch verschriebene Medikamente verursachen, werden auf 3 bis 5 Milliarden Franken pro Jahr geschätzt. (Schweiz. Apothekerverein)

Aufgrund ähnlicher Beobachtungen beschlossen die Initianten[3] der Schweizerischen Medikamenten-Informationsstelle SMI im Herbst 92, den Patientinnen und Patienten eine Hilfeleistung für ihre Entscheidungsfindung im Medikimentenbereich anzubieten. Im November desselben Jahres eröffneten sie ein Auskunftstelefon (*siehe Kasten «SMI in Kürze»*).

Ablauf der Beratungsgespräche

Das Beratungstelefon der SMI wird immer von einem Apotheker oder einer Apothekerin bedient. Diese sind auf ihre Arbeit gut vorbereitet und können die Fragen in der Regel sofort beantworten. Nur in Ausnahmefällen (weniger als 5% der Anfragen) drängt sich eine ausführliche Abklärung bei anderen Stellen (z. B. spezielle Literatur, Behörden, Hersteller) und ein Rückruf auf. Für die Beratung sind informatisierte Nachschlagewerke ebenso unerlässlich wie die Standardliteratur der Pharmakologie. Auch der Online-Zugriff auf medizinische Datenbanken (Medline) kann sehr nützlich sein.

Die Beraterinnen und Berater sind angehalten, nicht persönliche Meinungen weiterzugehen, sondern aufgrund der geprüften Wirksamkeit der Arzneistoffe und unabhängig von den Interessen der pharmazeutischen Industrie und anderer Parteien wie Sozialversicherungen, Konsumentenorganisationen und Politiker zu informieren. Im Mittelpunkt der Beratung steht das Wohl der Patientinnen und Patienten.

> Wenn es gelingt,
> einem Patienten
> das Therapiekonzept näherzubringen,
> ist dieser danach eher bereit,
> die Therapievorschriften
> korrekt zu befolgen.

Die SMI möchte weder Arzt noch Apotheker überflüssig machen. Diese sollen von der Pflicht der Beratung in Arzneimittelfragen nicht entden werden. Der Service der SMI ist vielmehr als Ergänzung gedacht. Weil die SMI weder vom Verkauf von Medikamenten lebt noch auf den regelmässigen Besuch der Patienten angewiesen ist, kann sie das Problem der Anrufenden aus Distanz analysieren und allfällige Fragen beantworten, Unbehagen abbauen, Missverständnisse klären. Aufgrund ihrer vermittelnden Tätigkeit sind die Beraterinnen und Berater der SMI zugleich Verbündete der Patienten und des Arztes beziehungsweise der Apothekerin. Wenn die Beraterin oder der Berater einem Patienten das Therapiekonzept näherzubringen vermag, ist dieser danach eher bereit und in der Lage, die Therapievorschriften korrekt zu befolgen. Dies verbessert die Qualität und die Wirksamkeit der Therapie und hilft, unnötige Kosten zu verhindern.

Inhalt der Anfragen

Die Protokolle unserer Beratungsgespräche geben Aufschluss über die konkreten Probleme und Informationsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten im Medikamentenbereich. Die Auswertung dieser Protokolle zeigt nicht nur, dass ein Beratungsbedarf vorhanden ist, sondern auch, dass dieser Bedarf nicht für alle Medikamentengruppen und Situationen gleich gross ist:

- Klassische Fragen zum Medikament wie Zusammensetzung, Dosierung, Zeitpunkt der Einnahme, Indikationen und Wirkungsweise sind verhältnismässig selten (ca. 7%). Mit solchen Fragen wendet sich der Patient offenbar meist an den Arzt oder an die Apotheke oder er liest die Pakkungsbeilage.
- Ein Drittel (33%) der Anfragen können als Risikoabschätzung bezeichnet werden: Die Anrufenden versuchen abzu-

klären, welches Risiko sie mit der Einnahme eines bestimmten Medikamentes eingehen.

• Gegen 20 Prozent der Anruferinnen und Anrufer vermuten, dass ein eingenommenes Medikament die Gesundheit negativ beeinflusst hat. Die Objektivierung dieses subjektiven Eindrukkes zeigt dann jedoch oft, dass die aufgetretenen Beschwerden eher nicht durch das Medikament verursacht wurden.

• Ein Viertel der Anrufenden wünschen eine Beratung, die über die eigentliche Arzneimittelinformation hinausgeht (Zweitmeinung oder Mittel der Wahl).

• Die Dienstleistung der SMI wird hauptsächlich bei Langzeittherapien in Anspruch genommen. So sind Fragen zu Medikamenten der ATC-Codes Zentralnervensystem (31%), Herz-Kreislauf (16%) und Gynäkologika/ Urologika (10%) im Vergleich zur Anzahl der Verordnungen überproportional häufig, während zum Beispiel Präparate aus der Gruppe der Antibiotika, die meist nur kurzfristig eingesetzt werden, nur in 4,3 Prozent Gegenstand der Anfrage sind.

• Während in den Schweizer Medien Generika und Medikamentenpreise regelmässig thematisiert werden, werden Fragen zu diesem Thema bei der SMI erstaunlicherweise sehr selten gestellt (nur 1 % der Fragestellungen).

• Gegen 10 Prozent der Fragen betreffen entweder nicht das Medikament selber, oder das genannte Produkt ist in der Schweiz nicht oder nicht mehr im Handel erhältlich. Die Beraterinnen und Berater der SMI lehnen es ab, solche Fragen zu beantworten, weil sie nicht über die nötigen Informationen oder nicht über die entsprechende Ausbildung verfügen.

Was sind die Beratungziele?

- Förderung des Verständnisses für die Arzneimitteltherapie / Second opinion
- Anweisung zu korrektem Verhalten in konkreten Situationen (z.B. bei Nebenwirkungen)
- Vorbereitung / Vorbesprechung des nächsten Arztbesuches
- Vermitteln der nötigen Informationen für ein fruchtbares Arzt-Patientengesprächs

SMI in Kürze

- Verein mit Einzel- und Kollektivmitgliedern
- Beginn der Beratung: 3. 11. 1992 (4 Std./Woche)
- seit Herbst 1996 20 Std. / Woche (Mo - Fr 8 bis 12 Uhr)
- Beratungsgespräch dauert im Durchschnitt 10 Minuten (max. 80 Min.)
- kostet den Anrufer 1.49 sFr. / Minute
- bisher gegen 6000 Fragen beantwortet

Information bei Arzneimittelzwischenfällen

Ein Beratungstelefon kann für die Patientinnen und Patienten auch bei Arzneimittelzwischenfällen sehr nützlich sein. So riefen viele Patienten und deren Angehörige den Beratungsdienst der SMI an, als bekannt wurde, dass die Einnahine von Teldane, einem Mittel gegen Allergien, zu ernsthaften Herzbeschwerden führen kann. In einer solchen Ausnahmesituation ist die via Medien vermittelte Information für direkt Betroffene unzureichend. Dagegen gehen die Beraterinnen und Berater der SMI auf ihre individuelle Situation ein.

Einen solchen Service kann der Arzt aufgrund seines engen Terminkalenders meist nicht bieten. Zudem ist es für Behörden und Firmen eigentlich viel einfacher, eine zentralisierte Institution wie die SMI sehr rasch zu informieren.

Schlussfolgerungen

– Die Packungsbellage hilft den Patienten, geht aber zu wenig ausführlich auf die Frage nach möglichen unerwünschten Wirkungen ein.

– Die Patientinnen und Patienten möchten über die Risiken einer Therapie aufgeklärt werden. Arzt oder Apotheker sollten bei der Beratung insbesondere vermehrt über allfällige Nebenwirkungen sprechen.

– Das Einholen einer Zweitmeinung ist vielen Patienten ein Bedürfnis. Im Gespräch zeigt sich oft, dass Patienten Angst haben, dem Arzt zu sagen, dass sie sich an einer zweiten Stelle informiert haben. Wahrscheinlich gibt es immer noch zu viele Ärzte, die dies als Eingriff betrachten.

– Der Informationsbedarf im Bereich Medikamentenpreise und Sozialversicherung wird entweder von anderen Stellen genügend abgedeckt, oder er wird von den Politikern und Medien überbewertet.

– Wenn Hersteller und Behörden bei, Problemen mit Medikamenten nicht situationsgerecht informieren, steigt die Beratungsnachfrage bei der SMI, gleichzeitig sinkt jedoch auch das Vertrauen in die Medikamente.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Markus B. Fritz, Geschäftsführer
Schweizerische Medikamenten Informationsstelle SMI
Postfach 12-4, CH-4007 Basel

Abdruck des Artikels mit freundlicher Genehmigigung des Autors und der Herausgeber - MANAGED CARE 3 / 98

[1] Referat anlässlich des Fünf-Jahr-Jubiläums der Schweiz. Medikamenten Informationsstelle
[2] PULStip Nr. 12, 12. Dez 1997, S.14
[3] Gründungsmitglieder waren: Erklärung von Bern, Konsumentinnenforum, Dachverband der Patientenstellen, Stiftung Schweiz. Patientenorganisationen SPO, Ed. Aeberhardtstiftung zur Förderung der Gesundheit, Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP.

Deutsche Sektion
der Internationalen
Ärzte für die
Verhütung des
Atomkrieges /
Ärzte in sozialer
Verantwortung e.V.

IPPNW

International Physicians
for the Prevention
of Nuclear War (IPPNW)

Prof. Dr. Dr. Horst-Eberhard Richter
35392 Gießen, November 99
Friedrichstr. 28
Telefon 0641-99-4 56 26
oder 99-4 56 25
Fax 0641-7 43 50

An die Mitglieder der deutschen IPPNW-Sektion

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit dem Schweigen der Waffen im Jugoslawien-Krieg ist genügend Zeit vergangen, um Bilanz zu ziehen und unsere Reaktion in der IPPNW zu überprüfen. Es gab und es gibt auch in unseren Reihen Zweifel, ob wir recht damit hatten, gegen diesen Krieg zu protestieren, der erstmalig unter deutscher Mitbeteiligung geführt wurde. Aber der Vorstand bekam auch heftige Kritik von Mitgliedern zu hören, die sich energischere Widerstandsaktionen gewünscht hätten. Vielleicht verhilft uns der Abstand zu den Ereignissen, uns besser als in der aktuellen Aufregung zu verständigen. Jedenfalls ist die Kernfrage unseres Engagements berührt, das ist nun mal der Krieg im Atomzeitalter. Und wenn wir in dieser Frage nicht mit einer klaren Identität in der Öffentlichkeit hervortreten, wird man uns bald nicht mehr ernst nehmen. Wir haben uns als eine ärztliche Friedensbewegung gegründet. Dafür haben wir den Friedensnobelpreis bekommen. Wenn wir zu diesem Thema unsere Entschlusskraft und Eindeutigkeit verlieren, können wir einpacken.

Mit der folgenden Analyse möchte ich die Proteste rechtfertigen, die von uns gegen den Krieg öffentlich vorgebracht worden sind.

1. In 79 Kriegstagen haben 32.000 Luftangriffe nach vorläufigen Feststellung 200 Fabriken, 190 Schulen, 50 Spitäler, 50 Brücken, 5 Zivilflughäfen sowie ungezählte Agrarbetriebe und Wohnhäuser in Serbien im Wert von mindesten 30 Milliarden Dollar vernichtet. Hunderte von Zivilisten wurden getötet. Das Versorgungssystem Serbiens wurde ruiniert.

2. Die serbische Militärmacht wurde nicht nur nicht besiegt, sondern blieb fast intakt. Vor den internationalen Beobachtern zogen sich nach Kriegsende 47.000 serbische Soldaten, 250 Kampfpanzer, 450 Panzerwagen und 800 Artillerie-Systeme aus dem Kosovo zurück – Zahlen, die es nach den Nato-Erfolgsmeldungen garnicht hätte geben dürfen. Dass die Serben mehr als 26 Panzer, deren Wracks man gefunden hat, verloren haben, bezweifeln unabhängige Beobachter. Also ist der Krieg nicht etwa durch die Ausschaltung des serbischen Militärpotentials, sondern durch den Angriff auf die materiellen Lebensgrundlagen der serbischen Zivilbevölkerung beendet worden.

3. *Eine* ethnische Säuberung ist nur durch eine *andere* ersetzt worden. Die Kosovo-Albaner konnten zurückkehren. Dafür haben sie schon etwa 180.000 Serben und zehntausende anderer Volksgruppen aus dem Kosovo vertrieben. Serbien ist heute das größte Flüchtlingslager Europas, nachdem die Kroaten etwa 200.000 von ihnen (unter Natoschutz und zum Teil mit deutschen Waffen) aus der Krajina vertrieben haben und etwa 30.000 aus Ostslawonien und der Gegend Sarajewos geflohen sind.

4.. Der Krieg der Nato wurde zum Teil mit unverantwortbaren Waffen geführt – mit Streubomben und mit uranhaltiger Munition, deren nachhaltige gesundheitsschädigende Wirkung bereits nach dem Golfkrieg festgestellt wurde.

5. Der Krieg hat an den Rand einer großen internationalen Katastrophe geführt, wie die amerikanische Zeitschrift "Newsweek" aufgedeckt hat. Mit Panzern und Luftangriffen wollte Nato-Oberbefehlshaber General Clark die 200 Russen attackieren, die handstreichartig den Flughafen von Pristina besetzt hatten. Hubschrauber und Bodentruppen waren in Mazedonien bereits startbereit, und der britische Chef der Kfor-Verbände General Jackson hatte den Einsatzbefehl in der Hand. Aber dieser weigerte sich. Er sah die Gefahr, dass die Atommacht Russland nach den vorausgegangenen Demütigungen diese Provokation nicht hinnehmen würde. Clark wurde wütend. Laut Newsweek sprach General Jackson den denkwürdigen Satz: „Ich werde für Sie nicht den Dritten Weltkrieg anfangen!“ Nachträglich wurde Clark von Washington zurückgepfiffen. Niemand weiß, was ohne die mutige Befehlsverweigerung Generals Jacksons geschehen wäre. Aber Sachkenner meinen, es sei vielleicht die brisanteste Risiko-Situation seit dem Kalten Krieg gewesen.

6. Nach übereinstimmender Einschätzung maßgeblicher Friedensforschungsinstitute ist der Frieden in der Region heute weiter entfernt als vor Rambouillet.

7. Die Konsequenzen des Völkerrechtsbruchs und der Verletzung der UNO-Charta sind schon jetzt klar erkennbar. Der Krieg, der an der UNO vorbeigeführt wurde, bedeutete eine klare Ermutigung für andere zu ähnlichen Eigenmächtigkeiten. So findet Russland mit seinem Überfall auf Tschetschenien in der internationalen Gemeinschaft nur symbolischen Widerstand. Es rächt sich bitter, dass der einst im Dienste der Ziele der Friedensbewegung etablierten UNO die gebührende Autorität entzogen worden ist.

8. Bedingung für die Führbarkeit des Natokrieges war eine psychologische Kampagne, deren Suggestion viele erlegen sind. Seit 1992 hatte die amerikanische PR-Agentur Ruder Finn einen kostenintensiven Werbefeldzug gegen die Serben geführt. U.a. mit weltweit ausgestrahlten TV-Spots hatte sie die Serben mit den Nazis gleichgesetzt. Dabei habe sie, wie der Agenturchef James Harff wörtlich im französischen Fernsehen prahlte, auch einflussreiche jüdische Organisationen in den USA „überlistet"! Es sei gelungen, Begriffe wie „ethnische Säuberung" und „Auschwitz" im öffentlichen Bewusstsein zu verankern. „Die emotionale Aufladung war so mächtig" brüstete sich der Agenturleiter, „dass niemand zu widersprechen wagte, um nicht eines Revisionismus bezichtigt zu werden. Wir hatten ins Schwarze getroffen."

Unbestreitbar ist Milosevic ein skrupelloser militanter Nationalist, der für schwere Verbrechen verantwortlich ist. Aber die Propaganda hatte ihn zu einem neuen Hitler gemacht, die Serben zu den neuen Nazis und das Kosovo zum möglichen neuen Auschwitz. Genau nach dem Rezept von Ruder Finn. Das konnte von den Deutschen so verstanden werden, dass sie im Krieg gegen Milosevic vielleicht nachholen könnten, was sie gegen Hitler versäumt hatten. Mitschießen im Kosovo gewissenmaßen als moralische Rehabilitation? Diese Berufung auf Auschwitz haben jüdische Überlebende des Holocaust in einer ganzseitigen Anzeige in der Frankfurter Rundschau als neue „Auschwitzlüge" angeprangert. Außenminister Fischer hatte 1994 noch höchstpersönlich gemeint: *„Wo deutsche Soldaten im Zweiten Weltkrieg gewütet haben, darf es keine Einsätze geben. Ich wäre froh, wenn die, die das wollen, sich nicht wenigstens andauernd hinter der Humanität verstecken würden, um eben diese Position durchzusetzen"*. Jetzt ist er es also, der mit den Hitlerverbrechen genau andersherum argumentiert. Jedenfalls ist es nur peinlich, wenn Deutsche als Tätervolk sich auf die Opfer Hitlers berufen, gar noch zu dem Zweck, mit den Tornados dort zu bombardieren, wo schon Hitler gewütet hat.

Aber die psychologische Kampagne von Fischer und Scharping wurde von den Medien erfolgreich unterstützt. Im Hess. Rundfunk war z.B. den Redakteuren einen Monat lang verboten, in Bezug auf Jugoslawien und das Kosovo das Wort Krieg überhaupt zu benutzen. Es wurde verschwiegen, dass schon nach drei Kriegswochen im deutschen Westen die Kriegsgegnerschaft überwog, was in Ostdeutschland von anfang an der Fall gewesen war. Kritische Stimmen von Helmut Schmidt, Henry Kissinger und prominenten amerikanischen Intellektuellen wurden nur randständig erwähnt. Ich selber wurde z.B. für eine Talk-Runde bei Frau Christiansen wieder ausgeladen, als ich im Vorgespräch meine Position bekannt hatte. Die psychologische Einschüchterung wurde natürlich besonders durch das Einschwenken prominenter Vertreter der Friedensbewegung aus dem Rot-Grünen Regierungslager verstärkt.

Wer immer sich von den humanitären Kriegsparolen hat beeindrucken lassen, dem sollte die Vorbereitung des Panzer-Deals mit der Türkei jetzt die Augen öffnen. An der Spitze der Befürworter steht der gleiche Verteidigungsminister Scharping, der den Kosovo-Krieg soeben in seinem Buch unter dem Titel rühmt: „Wir dürfen nicht wegsehen". Jetzt reicht ihm die Tatsache, dass die Türkei Natopartner ist, um darüber hinwegzusehen, dass dort die kurdische Autonomie-Bewegung seit vielen Jahren mit Vertreibungen, Folter und kriegerisehen Aktionen niedergekämpft worden ist – unter Mitbenutzung deutscher Exportwaffen.

9. Die Zeit ist reif dafür, die präventive Arbeit der IPPNW mit allen Kräften wieder aufzunehmen. Kosovo und Tschetschenien lehren nicht, sich wieder mit Krieg als Normalität abzufinden, wie es gewendete Alt-68er proklamieren, sondern das Gegenteil. Der Kosovo-Krieg wäre vermieden worden, wenn der Westen eine Kosovo-Regelung in die Dayton-Vereinbarungen einbezogen hätte und wenn er Rugowa nicht immer wieder hätte abblitzen lassen, der die westlichen Regierungen jahrelang vergeblich für eine gewaltfreie Lösung des Autonomieproblems hatte gewinnen wollen.

Die Gefahr der Atomrüstung steigt in dem Maße, wie diese verdrängt wird. Nach dem erschütternden Bekenntnis des Ex-Oberkommandierenden der amerikanischen Nuklear-Streitkräfte General Butler hat die Nuklear-Rüstung der USA bereits wieder den Stand aus der Zeit Reagans erreicht. 75 amerikanische Bischöfe warnen die Welt vor einer neuen Nuklear-Strategie der USA, die den Atomwaffeneinsatz nicht nur zur Verteidigung, sondern zu einer bloßen Bedrohung US-amerikanischer Interessen erlaubt. Die Ablehnung des Test-Stopp-Vertrages im US-Kongress ist ein bedrohliches Signal. Niemand in unserer Regierung tut etwas zur längst versprochenen Eliminierung amerikanischer Atombomben von deutschem Boden.

Ich meine, das wir als IPPNW unseren Friedens-Nobelpreis immer wieder auf'ys Neue dadurch zu rechtfertigen haben, dass wir uns dafür einsetzen, wofür wir ihn bekommen haben. Wenn wir entsprechende Aktivitäten wieder mobilisieren, werden wir auch neue Mitglieder gewinnen. Unser Hauptproblem sind nicht interne Management-Probleme, sondern das Erwachen zu frischen Initiativen für die Ziele, auf die wir uns bei unserer Gründung verpflichtet haben. Ich warne davor, dieses unser Hauptanliegen zugunsten anderer, noch so berechtigter Interessen zu vernachlässigen.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich den Mitgliedern und den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle meinen persönlichen Dank aussprechen, die sich im Kosovo-Krieg an der Vorbereitung und Durchführung von IPPNW-Protestaktionen mit großem Engagement beteiligt haben.

Mit herzlichen Grüßen Ihr / Euer Horst-Eberhard Richter

IPPNW

Körtestr. 10, 10967 Berlin
Telefon 030-6 93 02 44, Telefax 030-6 93 81 66
E-Mail: IPPNW@vlberlin.comlinik.de, IPPNW@oln.comlink.apc.org
Internet: http://www.ippnw.de

• • •

von Jörg Schaber

Bessere Arzneimitteltherapie durch Reform?

Gesundheitsreform 2000 in Deutschland

Um die Arzneimitteltherapie in Deutschland ist es nicht gut bestellt. Verschiedene Untersuchungen belegen eine häufig irrationate Arzneimittelauswahl, Über- aber auch Untertherapie. Die "Gesundheitsreform 200Ö" der Bundesregierung bringt einige Qualitätsverbesserungen und mehr Transparenz. Im Gegensatz zu anderen Interessengruppen bringen die BürgerInnen ihre Vorstellungen und Wünsche an die Reform jedoch wenig ein.

Meistens wird bei den anstehenden Veränderungen im gesetzlichen Krankenversicherungssystem nur übers Geld geredet. Natürlich kann sparen sinnvoll sein, vor allem wenn man davon ausgeht, dass es in Teilbereichen Überkapazitäten und Verschwendung gibt. Aber leider bleibt dabei ein viel wichtigerer Aspekt oft auf der Strecke: Die Qualität der Gesundheitsversorgung.

Die Qualität sollte aber die in Deutschland lebenden Menschen interessieren, denn 90% sind gesetzlich krankenversichert, und schließlich geht es um ihre Gesundheit. Ein Grund für das mangelnde öffentliche Interesse an den Versicherten und PatientInnen ist ihre weitgehende Unorganisiertheit. Deshalb wird ihre Stimme in der öffentlichen Auseinandersetzung um die Reform kaum gehört. Dagegen haben die ÄrztInnen als Anbieter und die Pharmaindustrie als Zulieferer im Gesundheitssystem eine mächtige Lobby und beherrschen die Auseinandersetzung in den Medien weitgehend.
In diesem Medien-Kampfgetümmel geht unter, dass die gesetzliche Krankenversicherung für die BürgerInnen da ist, dass sie das System durch ihre Beiträge finanzieren und ihre Interessen im Vordergrund stehen sollten. Im Gegensatz zu anderen Dienstleistungen, wo die KonsumentInnen selbst auswählen und so das Angebot gestalten, haben sie bei Reformen im Gesundheitswesen nichts zu sagen. Sie verfügen über zu wenig Wissen, um begründet zwischen verschiedenen Therapiemöglichkeiten und ÄrztInnen zu wählen.

Schritte zu mehr Qualität

Wenn BürgerInnen mehr zu sagen hätten, gäbe es durchaus einige Gründe, sich für die Gesundheitsreform 2000 stark zu machen (und nebenbei noch einige konstruktive Kritik zu äußern). Viele Faktoren sind für einen rationalen Einsatz von Arzneimitteln wichtig. Der Gesetzentwurf für die Reform bietet mehrere Ansatzpunkte für Verbesserungen.
Als erstes ist die Positivlistete für Arzneimittel zu nennen, die einen Auschluss von fragwürdigen Mitteln ermöglicht. Davon haben wir ja in Deutschland leider noch reichlich fast die Hälfte der hierzulande verkehrsfähigen Arzneimittel wurde von der zuständigen Behörde noch nicht auf Wirksamkeit geprüft und Sicherheit sie sind sogenannte Altarzneimittel.
Ergänzend wird gerade eine Änderung des Arzneimittelgesetzes diskutiert, die mehr Transparenz verspricht. So soll zukünftig im Beipackzettel darauf hingewiesen werden, dass es sich um ein noch nicht überprüftes Altarzneimittel handelt.

Ob es eine Liste aller Altarzneimittel geben wird, ist noch nicht völlig klar – Seehofer hatte ihre Veröffentlichung auf Wunsch der Industrie untersagt. Im Sinne eines aktiven Gesundheitsschutzes ist aber eine solche einfach zugängliche Liste unbedingt notwendig, damit VerschreiberInnen und PatientInnen wissen, bei welchen Präparaten es sinnvoll sein kann, sich zusätzliche Informationen zu beschaffen, weil sie noch nicht geprüft sind.

Bessere Beratung

Das Gesetz soll unabhängige Beratung für PatientInnen ermöglichen. Das ist ein echter Schritt vorwärts. Offen ist, wer diese Einrichtungen betreiben wird und ob sie die Masse der BürgerInnen erreichen. Es sind Zweifel angebracht, ob Beratungsstellen, die Krankenkassen oder kassenärztliche Vereinigungen betreiben wollen, von PatientInnen wirklich als unabhängig und neutral angesehen werden. PatientInnenstellen und Gesundheitsläden, denen viel Vertrauen entgegengebracht wird, existieren leider nur an wenigen Orten.

Bedauerlicherweise beschränkt sich der Gesetzentwurf auf individuelle Beratung. So notwendig diese ist, fehlen doch ebenso gute für Laien verständliche Materialien zum rationalen Arzneimittelgebrauch. Auch wären unbedingt größere unabhängige Informationszentren notwendig, die auf fortlaufender Basis vorhandenes Wissen zur rationalen Arzneimitteltherapie bündeln, bewerten und systematisch zugänglich machen. Dieser Bedarf existiert nicht nur für PatientInnen, sondern auch für die "Profis" im Gesundheitswesen. ÄrztInnen haben meist auch keinen Zugriff auf solch umfassendes unabhängiges Wissen.

Ein Beispiel dafür liefert die Behandlung der koronaren Herzkrankheit (KHK). Eine Untersuchung in Augsburg hat gezeigt, dass bei der Behandlung des hohen Blutdrucks (ein Risikofaktor für Herzerkrankungen) nur 6 von 100 Männern und 11 von 100 Frauen gemäss den Richtlinien der Hochdruckliga behandelt werden. Dahinter verbirgt sich folgendes Problem: Das KHK-Risiko wird durch eine Kombination mehrerer Risikofaktoren (Blutdruck, Rauchen, Zuckerkrankheit, Ernährung, Blutfettwerte u.a.) bestimmt. Es gibt aber in Deutschland keine einheitlichen Vorschläge für die Verhinderung der KHK, obwohl es international mehrere Modelle gibt, die eine kombinierte Risikoabschätzung und damit gezieltere Vorbeugung möglich machen.

Leitlinien als Weg

Ein wichtiges Instrument zur Qualitätsverbesserung sind die verpflichtende Einführung von Leitlinien, die für wichtige Krankheitsbilder die Therapiestandards beschreiben. Dabei werden die jeweiligen ärztlichen Fachverbände mit ins Boot geholt, denn sie werden verpflichtet, die Leitlinien gemeinsam mit Sachverständigen und den Kassen zu entwickeln. Der Sinn von Leitlinien ist, die Umsetzung des aktuellen Wissensstandes in die ärztliche Praxis zu gewährleisten – was gegenwärtig keineswegs immer der Fall ist (siehe oben). Dabei sind Leitlinien nicht als starre Vorschriften zu verstehen, sondern als Standards, die den Rahmen für die Therapieentscheidung darstellen. Abweichungen sind möglich, müssen aber begründet werden.

Ein ganz entscheidender Baustein zum Erfolg könnte sein, dass eine inhaltsgleiche, aber für Laien verständliche Fassung der Leitlinien erstellt werden muss.

Weniger Unverträglichkeiten

Die Informationen über PatientInnen sollen zukünftig bei der HausärztIn zusammenlaufen. Wenn ein/e PatientIn direkt zu einem/r FachärztIn geht, wird diese/r verpflichtet, die Informationen über die Behandlung an die HausärztIn zu übermitteln. Damit soll unverträgliche oder unsinnige Mehrfachmedikation vermieden werden.

Schade ist, dass der bessere Informationsaustausch zwischen ÄrztIn und ApothekerIn nicht festgeschrieben wird. Das könnte einen guten Rückkopplungsmechanismus für die Qualität der Arzneimittelverordnung darstellen. Ein Blick in die benachbarten Niederlande zeigt, dass da einiges möglich ist. Eine Gruppe von niedergelassenen ÄrztInnen trifft sich regelmäßig mit einem oder mehreren ortsansässigen ApothekerInnen und bespricht geeignete Therapien für wichtige in der Praxis vorkommende Krankheiten, den Wert von neu auf den Markt gekommenen Arzneimitteln oder Problemfälle. 1995 nahmen 90% aller ÄrztInnen in den Niederlanden regelmäßig an solchen Gruppen teil.

Wer bestimmt die Regeln?

Auch mit dem neuen Gesetz bleiben die Entscheidungen über Arzneimittelgebrauch im wesentlichen in der Hand der Industrie (Verbrauchssteuerung durch Angebot und Werbung) und der ÄrztInnen (durch den Rezeptblock). Leistungsausschlüsse werden vom Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen beschlossen, unter Ausschluss der Öffentlichkeit und ohne VerbraucherInnenvertretung.

Mehr Transparenz würde sowohl PatientInnen als auch ÄrztInnen dienen. Trotz aller Einschränkungen bietet der Gesetzentwurf die Rahmenbedingungen für wesentliche Verbesserungen. Es wäre schade, wenn er im publizistischen Sperrfeuer derjenigen unterginge, die an der Gesundheit meist noch immer ziemlich gut verdienen.

Internet-Hinweis zum Artikel
des Ministeriums abrufbar
(u.a. der Gesetzentwurf):
www.dialog-gesundheit.de/Start2.htm

Abdruck des Artikels mit freundlicher Genehmigigung des Autors und der Herausgeber - Pharma-Brief 7/1999

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
20144 Hamburg • Grindelallee 182
Telefon 040-45 87 68 • Telefax 040-45 87 68
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.