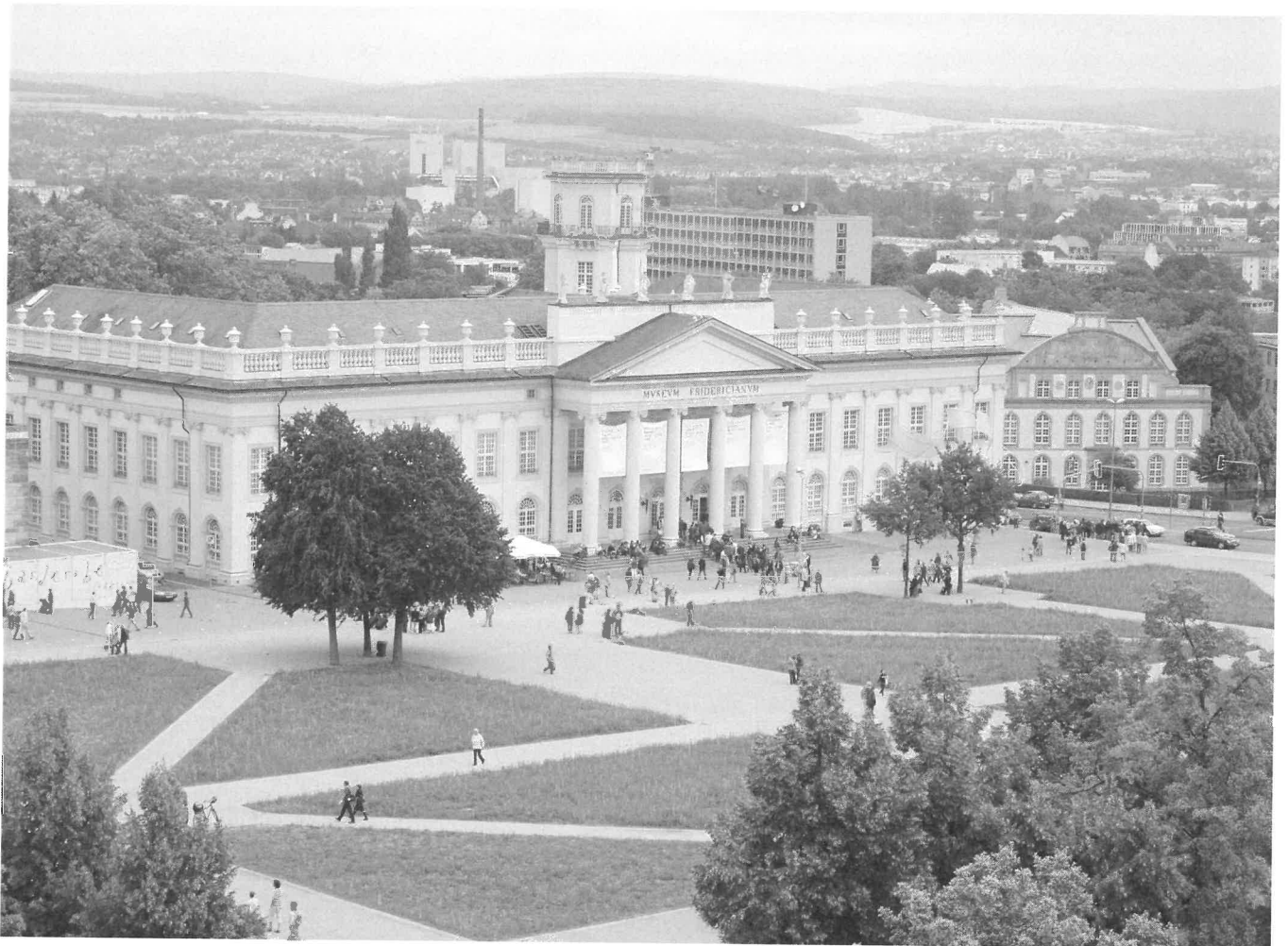


VDPP • RUNDBRIEF

24. Jahrgang

6 / 2012

Mitteilungen des Vereins 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
83 INHALT

MV 16./17. Juni 2012
in Kassel

Korruption im
Gesundheitswesen
wirksam bekämpfen

Streichung aller
Zuzahlungen

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

da ist er endlich, der erste Rundbrief des Jahres 2012. Wir hoffen, dass ihr das Grußwort des Vorstands nicht allzu sehr vermisst, aber es musste entfallen, sonst hätte diese Ausgabe erst nach der MV erscheinen können. Nach der zu erwartenden Erweiterung des Vorstands soll das nicht noch einmal vorkommen.

Das Titelbild (von I, Carrey – Wikimedia Commons) zeigt das Museum Fridericianum in Kassel, Mittelpunkt der DOCUMENTA, der wir im Rahmen der MV auch einen Besuch abstatten werden.

Noch könnt ihr euch (auch kurzfristig) zur MV anmelden, nähere Informationen findet ihr auf S. 13 in diesem Rundbrief oder unter www.vdpp.de.

Bis bald also in Kassel!

Viel Spaß beim Lesen wünscht

das Redaktionsteam

*Redaktionsschluss für den
VDPP-Rundbrief Nr. 84:
30. September 2012*

IMPRESSUM

Herausgeber: Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V., Neptun-Apotheke, Bramfelder Chaussee 291, D-22177 Hamburg, Tel. 040 63917720, Fax 040 63917724, E-Mail: geschaefsstelle@vdpp.de, URL: <http://www.vdpp.de>, Bankverbindung: Postbank Berlin, BLZ 100 100 10, Konto 200 47 - 105

Redaktion: Jürgen Große (verantwortlich), Thomas Hammer; *Bildredaktion:* Dr. Thomas Schulz
Redaktionsanschrift: Jürgen Große, Mesterfeld 17, 22523 Hamburg, Tel. 040 5707700, Fax 040 5704575, E-Mail: redaktion@vdpp.de.

Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt der/die AutorIn die volle Verantwortung. Die Urheberrechte liegen bei den AutorInnen.

6 Ausgaben kosten im Abonnement 30 Euro. Für Mitglieder des VDPP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

INHALT

Korruption im Gesundheitswesen wirksam bekämpfen

Transparency International, MEZIS, vdää, VDPP 3

45 Jahre Pharmazie Ost Teil IV und V

Ingeborg Simon 6

Streichung aller Zuzahlungen ist an der Zeit

vdää, VDPP 11

BUCHBESPRECHUNG

Gesundheitsförderung – Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive

Udo Puteanus 12

Mitgliederversammlung 2012

13

TERMINE

14

DOKUMENTATION

Tarifkonflikt an den kommunalen Kliniken 15

Zu kurz geraten 16

Fluglärm macht krank 18

Keine Abschiebung in lebensbedrohliche Verhältnisse 19

Für eine solidarische Bürgerversicherung

vdää 20

G-BA verheddert sich

vzbv 20

Einbruchserie bei Konzernkritiker

CBG 21

EU verbietet falsche Versprechungen

GPSP 22

„Korruption im Gesundheitswesen wirksam bekämpfen“

Gemeinsame Stellungnahme zum Antrag der Abgeordneten Dr. Edgar Franke, Christine Lambrecht, Bärbel Bas und weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD — BT-Drucksache 17/3685

**Arbeitsgruppe Gesundheit Transparency International Deutschland e.V.
MEZIS e.V. - Mein Essen zahl ich selbst - Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte
Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte
Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten**

Es ist das gemeinsame Ziel von Transparency International Deutschland und der Mitunterzeichner, Transparenzmängeln im Gesundheitswesen entgegenzuwirken, die zu Fehlverhalten bei den Akteuren und zu Fehlsteuerungen im System führen. Nur Transparenz

andere neue Versorgungsformen (z. B. IGeL-Leistungen) sind Ausdruck eines marktwirtschaftlichen Umbaus des bisher sozialrechtlich geregelten Gesundheitswesens. Diese Umwandlung zum „Gesundheitsmarkt“ hat bewirkt, dass neue Strukturen und Verträge der Geheimhaltung als Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse unterliegen. Ein Vertrag, der Zwangsbeiträge der gesetzlichen Krankenversicherung bindet, ist aus unserer Sicht anders zu bewerten als ein Vertrag in anderen Wirtschaftsbereichen. Im Gesund-

heitswesen als Bereich der staatlichen Daseinsvorsorge muss Transparenz als Geschäftsprinzip eingeführt werden. Das bedeutet, dass eine automatische Offenlegungspflicht vertraglicher Vereinbarungen gesetzlich verankert werden muss. Andernfalls werden Interessenkonflikte, Missbrauch und korruptem Verhalten Tür und Tor geöffnet

II. Wir fordern effektive korruptionspräventive Maßnahmen

A. Offenlegung aller Zuwendungen an Ärzte und andere Medizinberufler, Wissenschaftliche Fachgesellschaften und Verbände, Forschungseinrichtungen und Universitäten, Medizinische Hochschulen, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen.



Wir fordern nach dem Vorbild des „Physicians’ Payment Sunshine Act“ (eingebracht durch die Senatoren Chuck Grassley (R-IA) and Herb Kohl (D-WI) 1/2009 in den USA) eine verbindliche Offenlegung aller finanzieller Zuwendungen der Gesundheitsindustrie an Ärzte und Ärzteorganisationen, an Patienten- und Selbsthilfeorganisationen und die übrigen genannten Einrichtungen und Institutionen. Die freiwillige Deklaration und Einhaltung von Codes of Conduct sind ein Anfang, aber kein hinreichendes Mittel. Die Regeln zur Verhinderung von Korruption im öffentlichen Dienst sollten auch bei privaten und frei gemeinnützigen Institutionen gelten.



bei den Entscheidungsträgern, Akteuren und in Entscheidungsprozessen kann Verbesserungen herbeiführen, die das Gesundheitswesen in Deutschland leistungsfähiger, gerechter und weniger korruptionsanfällig machen. Wir unterstützen daher den vorgelegten Antrag, meinen aber, dass er ergänzungsbedürftig ist, weil die in ihm enthaltenen Forderungen nur einen Teilbereich (Abrechnungsbetrug und Fehlverhalten von Ärzten) des gesamten Korruptionsspektrums abdecken.

I. Wir fordern Transparenz und eine automatische Pflicht zur Offenlegung aller Vereinbarungen und Verträge zwischen Kostenträgern und ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern und/oder Herstellern.

Die Intransparenz im deutschen Gesundheitswesen und damit die Gefahren von Korruption haben in den vergangenen zehn Jahren zugenommen. Krankenkassenwettbewerb, Privatisierung von Krankenhäusern, Rabattverträge, integrierte Versorgungsverträge. Medizinische Versorgungszentren als Portalkliniken von Aktiengesellschaften und



Beispiel: Arzneimittelmarkt

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen für Medikamente steigen seit Jahren trotz Rabattverträge im Wesentlichen ungebremst. Im Jahr 2009 gaben die gesetzlichen Krankenkassen für die ambulante Versorgung über 30 Milliarden Euro für Arzneimittel aus, 2001 waren es noch 21,3 Milliarden Euro, ein Zuwachs von fast 9 Milliarden Euro in nur 9 Jahren.

B. Eindämmung des Einflusses des Gesundheitsindustrie-Marketings

Transparency Deutschland und die Mitunterzeichner sehen einen entscheidenden Faktor in den von Jahr zu Jahr wachsenden Ausgaben der Gesundheitsindustrie in ihren Marketingaktivitäten. Diese bestehen aus vielfältigen, meist verborgenen Anstrengungen, mit denen die Hersteller ihre Produkte gegenüber den Leistungserbringern, also Ärzten und anderen Medizinberufen, immer mehr auch direkt bei Betroffenen und Patienten, bewerben und vertreiben. In Europa belief sich allein der Werbeetat der Pharmazeutischen Unternehmen auf sechzig Milliarden USD¹ und in den USA auf



fünfzig Milliarden USD². Dies entspricht im Durchschnitt dem vierfachen der Forschungsausgaben der Hersteller, obwohl genaue Angaben zum Marketing bislang in Deutschland nicht zu erhalten sind. Allein der Geschäftsbericht 2011 der Bayer AG weist Ausgaben in Höhe von 9 Milliarden Euro für Marketing und Vertrieb aller Konzernsparten aus. Was davon in Arzneimittelmarketing geflossen ist, lässt sich nur grob schätzen.³

a) Verbot von sogenannten Anwendungsbeobachtungen (AWB)

Zirka ein Fünftel dieser Pharma-Marketingausgaben machen die sogenannten Anwendungsbeobachtungen (AWB) für die Medikamentenwerbung im ärztlichen Verordnungsbereich aus⁴. Transparency Deutschland hat ein Verbot der Anwendungsbeobachtungen gefordert⁵. Um überhaupt Daten zum Ausmaß der AWB zu erhalten, hat

Transparency bei den drei Meldestellen für AWB (KBV, GKV Spitzenverband und BfArM) einen Antrag auf Auskunft nach IFG des Bundes gestellt und seit Oktober 2011 auch den Klageweg gegenüber der KBV beschritten.

b) Durchsetzung des Heilmittelwerbegesetzes

Warum können in urologischen Praxen die kleinen Broschüren für das **Potenzmittel Levitra** (ähnlich wie Viagra) ausliegen, die sich eindeutig an Patienten wenden („... und wo jetzt, Schatz?!“) und somit Laienwerbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel sind?

Warum kann die Brandenburger Zeitung Blickpunkt (16. Juli 2011) eine Werbung für ein neues Mittel gegen Multiple Sklerose schalten, obwohl aus dem Text eindeutig hervorgeht, dass es sich um das verschreibungspflichtige **Fingolimod** handelt?

Warum kann für **Botox** seit Jahren Schaufenster-Reklame gegenüber Laien gemacht werden, obwohl es sich um ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel handelt?

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Das Verbot der Laienwerbung im Heilmittelwerbegesetz soll Patientinnen und Patienten schützen. Diese Zweckbestimmung wird unterlaufen. Auch hier „drohen den Patientinnen und Patienten jedoch vor allem zum Teil lebensgefährliche Nachteile“, wie im vorliegenden Antragstext festgestellt wird. Um diese Art von Korruption im Gesundheitswesen wirksam zu bekämpfen, bedarf es keiner neuen Gesetze.

Vielmehr sind die zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder zu verpflichten, ihrer Aufsichtspflicht zu

genügen und Gesetzesverstöße gegen das Heilmittelwerbegesetz wirksam zu unterbinden. Zugleich wird deutlich, dass nichts dafür spricht, die Regelungen der Arzneimittelwerbung im Heilmittelwerbegesetz wie geplant, aufzuweichen.

c) Änderungen der Medizinprodukte- und Arzneimittelzulassungs-Regelungen auf EU- und nationaler Ebene

Beispiele aus der jüngsten Vergangenheit haben die Einführung von Medizinprodukten wie Silikon-Implantate bei Brustoperationen oder verschiedene Gelenk- Prothesenmaterialien als nahezu unüberwachten Bereich des Gesundheitswesens ins Blickfeld gerückt. Wir fordern eine Novellierung und Angleichung des Medizinprodukte- und Arzneimittelzulassungsprozesses auf der europäischen und nationalen Ebene. Zukünftig sollten Medizinprodukte höherer Gefahrenklassen wie Arzneimittel nur nach Nachweis des Nutzens und des Nebenwirkungspotential durch randomisierte, kontrollierte Studien, die nicht herstellerabhängig durchgeführt werden, zugelassen werden. Eine unabhängige externe wissenschaftliche Bewertung ist anhand sämtlicher zur Zulassung eingereicherter Unterlagen zu fordern. Erst danach darf eine Zulassung erfolgen.

III. Integrität von medizinischer Forschung

Die Abhängigkeit der medizinischen Forschung von Drittmitteln aus der Gesundheitsindustrie führt zu Interessenkonflikten, die durch Offenlegung oder andere individuelle Maßnahmen nicht zu lösen sind. Eine Finanzierung von wissenschaftlicher Forschung durch staatliche Mittel, z.B. durch eine Forschungsabgabe der Gesundheitsindustrie, die anhand der Höhe der Marketingausgaben festgelegt werden könnte, ist ein Weg zur dringend benötigten Wiederherstellung der Integrität und Validität medizinischer Forschung und der Realisierung der Prinzipien der evidenz-basierten Medizin.⁶

Unabhängigkeit von Expertengremien und Beseitigung von Interessenkonflikten



Jüngstes Beispiel massiver Interessenkonflikte bei nationalen (STIKO) und internationalen Expertengremien (WHO) beim Schweinegrippe-Pandemie-Fehlalarm belegen die gewaltige Ressourcenverschwendung, die durch intransparente Besetzung von Gremien und Einflussnahme mächtiger Interessengruppen auf wissenschaftliche Experten auftritt. Dem Wiederholungsfall muss vorgebeugt werden. Wir fordern eine sorgfältige Auswahl von unabhängigen wissenschaftlichen Experten aus verschiedenen Gebieten, insbesondere von Experten aus dem Bereich der EBM (Evidence Based Medicine) und

Public Health, die erst nach dem sie die Freiheit von Interessenkonflikten im betreffenden Bereich nachgewiesen haben und nach der Möglichkeit des öffentlichen Einspruchsrechtes (z. B. durch Landesparlamente oder den Deutschen Bundestag oder andere demokratisch legitimierten Institutionen) berufen werden können.

IV. Wirksame Sanktionen

Wir fordern sowohl strafrechtliche als auch standes- (z. B. Berufsverbote) und zivilrechtliche (z. B. Erstattung veruntreuter Beträge, Bußgelder) Sanktionen zur Korruptionsprävention.

V. Berichtspflicht

Alle aufgedeckten und verfolgten Korruptions- und Fehlverhaltensfälle im Gesundheitswesen, die durch die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten bearbeitet wurden, sollten in einem gemeinsamen jährlichen Bericht (z. B. an den Deutschen Bundestag) veröffentlicht werden. Auch hier gilt das Transparenzprinzip.

¹ BBC News. Drug Firms Attacked on Marketing. Accessed 19.03.2010 from <http://news.bbc.co.uk/go/pr/fr/hi/europe/5116312.stm>

² The costs of pushing pills. A new estimate of pharmaceutical expenditures in The U.S. PLoS Medicine 2008;5:29-33

³ <http://www.geschaeftsbericht2011.bayer.de/de/bayer-geschaeftsbericht-2011.pdf>,

s. a. Coordination gegen Bayer Gefahren (CBG), <http://www.cbgnetwork.org/>

⁴ Positionspapier Anwendungsbeobachtungen Transparency International Deutschland e.V., www.transparency.de

⁵ www.transparency.de, Pressemitteilung Anwendungsbeobachtungen vom November 2010

⁶ Is disclosure of potential conflicts of interest in medicine and public health sufficient to increase transparency and decrease corruption? Spelsberg A., Martiny A, Schoenhoefer P for the working group on health Transparency International German Chapter. J Epidemiol Community Health 2009;63:603-605



Bildquelle: Dieter Schütz, pixelio.de

45 Jahre Pharmazie Ost

Berichte aus einem untergegangenen Land Folgen IV und V

von Ingeborg Simon

4. Folge: Die Ausbildung mittlerer pharmazeutischer Fachkräfte

(inhaltliche Kurzfassung des 11. Kapitels, verfasst von Oberpharmazierat Gerhardt Taube)

11.2 Der Apothekenassistent

11.2.1 Entstehung des Berufes

Am 26. November 1951 wurde in Leipzig die Fachschule für Apothekenassistenten eröffnet. Mit der Gründung dieser neuen pharmazeutischen Bildungsstätte war die Geburtsstunde eines neuen pharmazeutischen Berufes mittlerer Bildungsstufe verbunden, den es in der vielhundertjährigen Geschichte des Apothekenwesens noch nicht gegeben hatte. Hauptgrund für die vorgesehene Erweiterung der Personalstruktur in der Apotheke um diese Mitarbeiter war der bedenkliche Personalmangel bei Apothekern am Ende des Zweiten Weltkrieges. So wurden notgedrungen pharmazeutische und kaufmännische Hilfskräfte eingesetzt, die teilweise sogar selbständig pharmazeutische Arbeiten erledigen mussten.

Drei Lösungsmöglichkeiten zur Beseitigung dieses unhaltbaren Problems wurden damals diskutiert. Die traditionelle Lösungsvariante, mehr Apotheker auszubilden, entfiel aus wirtschaftlichen und Zeitgründen. Hinzu kam die Erfahrung, dass nicht alle pharmazeutischen Arbeiten notwendigerweise von einem Apotheker ausgeübt werden mussten.

Die zweite Lösungsmöglichkeit lag in der Qualifizierung der „Vorexaminierten“. Viele von ihnen arbeiteten nach dem Vorexamen in den Apotheken in Erwartung eines Studienplatzes der Pharmazie. Da die Studienplätze nicht ausreichten und die Wartezeiten lang waren, übten viele von ihnen ihre Apothekentätigkeit als „Lebensberuf“ aus.

Sie erreichten eine Qualifikationsstufe, die ihnen sogar die vorübergehende Vertretung eines Apothekers erlaubte. Da mit einer veränderten Studienordnung in der DDR das Vorpraktikum wegfiel, kam es hier zum Versiegen des „Nachschubs“ an Vorexaminierten für die Pharmazieausbildung. Sie erhielten später die Anerkennung als Apothekenassistenten.

So entschied man sich für die dritte Lösungsvariante, nämlich die Schaffung eines neuen Beru-

fes, den Apothekenassistenten. (Anm. i. S.: Nicht zu verwechseln mit dem Apothekerassistenten in der BRD) Eine gute berufspraktische Ausbildung nach dem Vorbild der Vorexaminierten sollte zusätzlich mit einem wissenschaftlich-theoretischen Fundament versehen werden mit dem Ziel, ein neues Berufsbild auf der mittleren Ebene zu schaffen für einen Personenkreis, der pharmazeutische Arbeiten selbständig und ohne apothekerliche Aufsicht durchführen konnte.



Unter Federführung des Ministeriums für Gesundheitswesen und der Mitarbeit pharmazeutischer Institute wurde ein Lehrplan erarbeitet in Abstimmung mit den allgemein für die Fachschulausbildung geltenden Bestimmungen der DDR. Die neue Berufsbezeichnung war „Apothekenassistent“. Die Länder einigten sich auf einen Standort der Ausbildung in Leipzig. Der Unterrichtsbetrieb begann im Dezember 1951. Die Schüler der ersten Jahre waren Apothekenhelfer/innen, die über eine mehrjährige Berufserfahrung in der Apotheke verfügten. Sie wurden in einem einjährigen Lehrgang zu Apothekenassistenten qualifiziert. Parallel dazu wurde ab 1952 mit der regulären Ausbildung begonnen, die einen dreijährigen Schulbesuch erforderte.

Vorurteile und Skepsis gegenüber diesem neuen Berufsbild waren anfangs bei den Apothekern stark vorhanden, die allerdings durch die Absolventen in der Praxis überzeugend widerlegt werden konnten. In 20 Jahren wurden auf diese Weise insgesamt 5000 Assistenten ausgebildet. Sie wurden damit zur zweitgrößten Berufsgruppe im Apothekenwesen der DDR.

11.2.2 Berufsbild

Dieses neue Berufsbild wurde zunächst nur durch Verordnungen, Anweisungen und Festlegungen des zuständigen Ministeriums und anderer Dienststellen definiert. Grundsätzlich sollte der Assistent in der Apotheke die routinemäßigen Arbeiten in Rezeptur, Defektur und Handverkauf übernehmen, um den Apotheker zu entlasten zugunsten seiner Aufgaben in der Leitung und bei der Beratung von Ärzten.

Mit der Aktualisierung des Apothekenrechts durch die Verordnung über die Organisation des Apothekenwesens (Apothekenordnung) vom 27.2.1958 und die Apothekenbetriebsordnung vom 2.4.1958 wurden auch die Rechte und Pflichten der Apothekenmitarbeiter neu formuliert. Der Apothekenassistent wurde hier als Mitarbeiter der Apotheke rechtlich verankert. Es wurde

auch festgeschrieben, dass bei Fehlen eines Apothekers als Vertretung im Urlaubs- oder Krankheitsfall der Assistent mit Zustimmung des Rates des Kreises bis zu 4 Wochen als Vertretungskraft eingesetzt werden konnte. Bei ausreichender Berufserfahrung konnte ihm auch die Leitung einer Zweigapotheke oder Arzneimittelausgabestelle übertragen werden sowie die Aufsicht über die Apothekenhelfer. Für den Apotheker bestand die Aufsichtspflicht über den Assistenten im praktischen Jahr (Absolventenjahr) und während seiner berufspraktischen Ausbildung in der Apotheke. Das Vertretungs- und Leitungsrecht des Apothekenassistenten wurde 1984 durch die Verordnung über die Aufgaben, die Leitung und Organisation des Apothekenwesens vom 12.1.84 aufgehoben.

Nach dem III. (1963) und dem IV. (1966) Deutschen Apothekertag, auf denen die Perspektive des Apothekenwesens unter den veränderten politischen und wirtschaftlichen Bedingungen beraten worden war, erfolgte auch eine Neufestlegung der Aufgaben und Verantwortung der Mitarbeitergruppen in den Apotheken und anderen Bereichen des Arzneimittel- und Apothekenwesens. Unter der Leitung des Deutschen Institutes für Apothekenwesen wurden unter Einbeziehung aller Mitarbeiter des Arzneimittel- und Apothekenwesens die Berufsbilder der Apotheker, Apothekenassistenten und Apothekenfacharbeiter neu formuliert.

Zum Berufsbild des Assistenten hieß es: „Der Apothekenassistent übernimmt im Apothekenbetrieb zur Sicherung der Arzneimittelversorgung die immer wiederkehrenden Arbeiten in der Herstellung und bei der Abgabe der Arzneimittel an den Patienten und die Gesundheitseinrichtungen.“

Neben der Apotheke konnte der Apothekenassistent auch im pharmazeutischen Großhandel, in der Pharmazeutischen Industrie, im Blutspendewesen und in der medizinischen Versorgung der Volkssarmee tätig werden.

11.2.3 Ausbildung

Im Verlauf der 20-jährigen Entwicklungsgeschichte dieses neuen Berufsbildes änderten sich für die Bewerber die Voraussetzungen zum Einstieg in diese Ausbildung. Beim ersten Ausbildungsgang 1951 wurde eine mindestens siebenjährige Tätigkeit als Apothekenhelfer erwartet, in den folgenden Ausbildungsgruppen wurde diese auf vier Jahre reduziert. Ab 1952 wurden neben den Helfern auch Drogisten anerkannt. In den ersten Jahren absolvierten zeitweilig Grundschüler, Mittelschüler und Abiturienten nebeneinander entsprechend modifizierte Ausbildungen. So konnten eine schnell wachsende Bewerberzahl und die geforderten hohen Zulassungsquoten erreicht werden.

Ab 1956 galten eine gut bestandene Helferprüfung sowie eine mindestens einjährige praktische Tätigkeit in diesem Beruf als Voraussetzung. Für die Aufnahme der Lehre war ab diesem Jahr der Abschluss der 10. Klasse der allgemeinbildenden Schule erforderlich. Somit entfielen ab dann andere Berufe und darunter liegende Bildungsstufen als Voraussetzung.

11.2.4 Weiterbildung und Qualifizierung

Seit 1955 gab es die Fortbildungspflicht als Bedingung für die Berufsausübung. Im Berufsbild Apothekenassistent wurden entsprechende organisatorische Festlegungen der Weiterbildung in bezirklichen und zentralen Fortbildungsveranstaltungen getroffen. Organisation und Durchführung der Fortbildung der Assistenten erfolgte durch das Deutsche Institut für Apothekenwesen gemeinsam mit der Fachschule für Pharmazie.

Die im Berufsbild vorgesehene Möglichkeit zur Ausbildung als Lehrassistent erfolgte in Form eines Zusatzstudiums im Rahmen der Ausbildung von Medizinpädagogen. Außerdem gab es hier einen Weg zur Qualifizierung, der weit über den Rahmen einer Fort- und Weiterbildung hinausging. Auf

Grund des Mangels an Apothekern und der begrenzten Kapazität an den Universitäten konnten erstmals 1955 Apothekenassistenten und noch vorhandene Vorexaminierte nach einem vierjährigen „Organisierten Fernstudium“ am pharmazeutischen Institut der Universität Leipzig das Staatsexamen ablegen. Diese Ausbildung wurde ab 1960 in ein reguläres Fernstudium umgewandelt, blieb aber immer eine Ausnahmeregelung.

11.3 Der Pharmazieingenieur

11.3.1 Entstehung des Berufes

Bereits in den 60er Jahren machte die im Apothekenwesen eingetretene und konzipierte Weiterentwicklung eine Überprüfung der Aufgaben und Verantwortung der einzelnen Mitarbeitergruppen erforderlich. Im Juni 1970 wurde auf dem Kongress der Pharmazeutischen Gesellschaft in einem Vortrag über „Die Entwicklung des Arzneimittel- und Apothekenwesens im Perspektivzeitraum“ die bestehende Berufs- und Qualifikationsstruktur der Mitarbeiter des Apothekenwesens analysiert. In Anlehnung an neue Anforderungen an das Fachschulwesen und die Fachschulberufe wurde für die mittleren pharmazeutischen Fachkräfte in den Apotheken die Einführung eines dreijährigen Fachschulstudiums vorgeschlagen. Sie sollten zukünftig die pharmazeutischen Fachschulkader bilden und in Leitungsfunktionen mit höherer Verantwortung als bisher Aufgaben übernehmen. Hier sollte so auch die Voraussetzung für Apotheker verbessert werden, ihrer höheren Qualifikation gemäß gezielter als bisher spezifische Aufgaben wahrnehmen zu können. Inhalt der Ausbildung des bisherigen Assistenten sollte zukünftig dem Charakter und dem Niveau der Ingenieurausbildung in der DDR angeglichen werden. Diese Überlegung wurde zum Ausgangspunkt eines neuen Berufsbildes, des Pharmazieingenieurs. Die Pharmazieschule Leipzig wurde zur Ingenieurschule für Pharmazie. Mit der Erhöhung an Qualifikation und Verantwortung verbunden war auch eine bessere tarifliche Vergütung.

11.3.2 Berufsbild.

Das neue Berufsbild entwickelte sich aus dem des leitenden Apothekenassistenten, der ja ein Sonderfall in der Weiterbildung war (s. o.). Jetzt wurde er Standard für alle zukünftigen Ingenieurabsolventen mit der Befähigung zu Leitungstätigkeiten. Schwerpunkte seiner Tätigkeiten waren neben dem selbständigen und eigenverantwortlichen Wirken bei der Herstellung und Abgabe von Arzneimitteln die ordnungsgemäße Bevorratung, die Konfektionierung zentral hergestellter Arzneimittel, ihre Qualitätskontrolle und Preisberechnung sowie der rationelle Materialeinsatz. Gegenüber unterstellten Mitarbeitern hatte er anleitende Funktionen, war zuständig für die Einhaltung des Gesundheits-, Arbeits- und Brandschutzes sowie arbeitshygienischer Vorschriften. Außerhalb der Apotheke eröffneten sich ihm Arbeitsfelder in Querschnittsabteilungen der Pharmazeutischen Zentren, im staatlichen Versorgungskontor für Pharmazie und Medizintechnik, in der Industrie. Spezielle Weiterbildungsmöglichkeiten gab es für die Bereiche der Fort- und Weiterbildung oder in wissenschaftlichen Instituten.

Die Voraussetzungen zum Ingenieurstudium unterschieden sich prinzipiell nicht von denen der bisherigen Assistentenausbildung. Zulassungskommissionen entschieden über die Bewerbungen zum Studium. Im Rahmen einer Sonderregelung konnten sich zwischen 1972 und 1979 Abiturienten auch ohne Facharbeiterabschluss über ihre erweiterte Oberschule direkt zum Ingenieurstudium bewerben.

Für die Bewerbung zum Fernstudium waren eine mehrjährige Berufspraxis und eine Delegation durch den Kreisapotheker erforderlich. Zwischen 1969 und 1978 entwickelten sich verschiedene Studienformen nebeneinander: Direktstudium, Fernstudium, Zusatzstudium und Externenstudium.

Mit der Verordnung über die Aufgaben, die Organisation und Leitung des Apothekenwesens vom Januar

1984 wurde das Recht des Pharmazieingenieurs zur Leitung einer Apotheke eingeschränkt. Ausnahmen galten dann, wenn kein Fachapotheker für Arzneimittelversorgung oder andere Apotheker zur Verfügung standen und zwar nur für langjährig tätige leitungserfahrene Pharmazieingenieure mit Zustimmung des Kreisarztes und des Bezirksapothekers.

Nach dem Beitritt der DDR zur BRD konnte entsprechend einer Regelung im Einigungsvertrag Pharmazieingenieuren, die mit Ausnahmegenehmigung eine Apotheke seit mindestens 10 Jahren leiteten, auf Antrag die Weiterführung als Verwalter genehmigt werden für höchstens fünf Jahre bzw. bis zum Eintritt des Rentenalters. Diese Apotheken erhielten den Status einer Zweigapotheke.

Durch die Gleichstellung der Ingenieure mit den Apothekerassistenten in der geltenden Apothekenbetriebsordnung der BRD ist das Vertretungsrecht erhalten geblieben und bundesweit gültig. Auch die Möglichkeit, mit dem Ingenieurabschluss in der DDR die Hochschulreife zu erreichen, die von einer kleinen Zahl von Ingenieuren genutzt worden war, um Apotheker zu werden wurde seitens des Bundesverwaltungsgerichtes für das Beitrittsgebiet als fortbestehendes Recht bestätigt.

11.4 Der Pharmazeutische Assistent

11.4.1 Entstehung des Berufes

Die im Fachschulwesen Mitte der 80er Jahre eingeleitete Veränderung der Ausbildung mit dem Ziel, eine neue Fachschulstufe zu schaffen und die bisherige Ingenieurausbildung einzustellen, machte Überlegungen zur künftigen Stellung und Ausbildung der mittleren pharmazeutischen Fachkräfte erforderlich.

Der angedachte neue Fachschulabsolvent sollte eine Qualifikation erreichen, die zwischen der des Ingenieurs und der eines Apothe-

kenfacharbeiters lag und damit diese beiden Berufsbilder durch ein neues ersetzen. Seine Berufsbezeichnung lautete „Pharmazeutischer Assistent“. Ab September 1989 begann diese neue Ausbildung.

11.4.2 Berufsbild

Ein großer Teil der zuvor von Pharmazieingenieuren übernommenen Aufgaben bei Herstellung und Abgabe von Arzneimitteln, in der Lagerhaltung und bei der Konfektionierung blieben erhalten. Deutliche Änderungen gab es hinsichtlich der Aufsichtspraxis. Die Pharmazeutischen Assistenten durften – ihrer Zwischenstellung zwischen Facharbeiter und Ingenieur entsprechend – Rezepturen nur unter Aufsicht herstellen und Arzneimittel nur unter Aufsicht abgeben.

11.4.3 Ausbildung

Grundvoraussetzung für die Ausbildung war der Abschluss der zehnklassigen allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule mit guten Leistungen in mathematisch-naturwissenschaftlichen Fächern. Die Zulassung zum Studium erfolgte über entsprechende Gremien, der ein Abschluss des Ausbildungsvertrages mit einer Apotheke oder einem Pharmazeutischen Zentrum folgte. Das dreijährige Direktstudium fand an einer medizinischen Fachschule statt mit praxis- und/oder schulbezogenen Semestern. Begonnen wurde im September 1989.

Diese an je einer medizinischen Fachschule der damaligen Bezirke und an der Ingenieurschule für Pharmazie stattfindende Ausbildung währte nur ein Jahr und wurde im September 1990 in die Ausbildung zum Pharmazeutisch-technischen Assistenten übergeleitet und damit praktisch eingestellt. Die vorgesehenen Weiter- und Qualifizierungsmöglichkeiten z. B. nach zweijähriger Berufstätigkeit zum Pharmazeutischen Fachassistenten konnten nicht mehr realisiert werden.

5. Folge: Die Apothekenfacharbeiteraus- bildung

(inhaltliche Kurzfassung des 12. Kapitels verfasst von Oberpharmazierätin Christa Becker)

12.1 Die Entwicklung des Apothekenhelfers vom Anlernberuf zum Facharbeiter

Apothekenhelfer leisteten in der Apotheke Hilfsdienste in der Buchhaltung und bei pharmazeutischen Tätigkeiten, ohne dafür verantwortlich zu sein. Es gab keine einheitliche Ausbildung. Voraussetzungen waren Volks- oder Mittelschulbildung sowie eine zweijährige Anlernzeit, die mit einer Prüfung abschloss. Apothekenhelfer waren unentbehrliche Mitarbeiter im Apothekenalltag. Nach 1945 sollte mit dem Neuaufbau des Arzneimittel- und Apothekenwesens auch eine Verbesserung der Ausbildung und beruflichen Tätigkeit erfolgen. Aus dem Anlernberuf wurde 1952 ein anerkannter Lehrberuf. Den dringenden Forderungen der Apothekenpraxis nach einer einheitlichen und zeitgemäßen Ausbildungsordnung wurde mit der Schaffung der „Ausbildungsunterlage“ im Jahr 1956 entsprochen. Ein neues Berufsbild wurde geschaffen mit verbindlichen Festlegungen zu Berufsbezeichnung, Ausbildungsinhalten, Arbeitsgebieten und Ausbildungsdauer. Die Lehrzeit betrug zwei Jahre mit der Qualifikation Facharbeiter und Fachschulreife. Der Unterricht umfasste wöchentlich 30 Stunden in der Apotheke und 14 Stunden an Berufsschulen. Seit 1962 zählte der Apothekenhelfer zu den mittleren medizinischen Berufen. Mit dem Abschluss der Ausbildung erhielt er die staatliche Anerkennung zur Berufsausübung.

12.2 Aufgaben des Apothekenfacharbeiters und die Bildungsinhalte seit 1968

12.2.1 Das Berufsbild des Apothekenfacharbeiters

Auf der Grundlage von Ergebnissen der Apothekertage 1963 und 1966 und des Gesetzes über das einheitliche sozialistische Bildungssystem

von 1965 wurden Aufgaben, sowie Inhalt und Form der Ausbildung aller pharmazeutischen Fachkräfte in Berufsbildern fixiert. Für Apothekenhelfer änderte sich die Berufsbezeichnung zum Apothekenfacharbeiter. Es erfolgte auch die Abgrenzung zum Apothekenassistenten durch klare Aufgabenbeschreibungen. Durch die Zentralisierung der Buchhaltungsarbeiten im Kreisgebiet entfiel dieses bisher von der Apothekenhelfern erledigte Arbeitsfeld. Wareneinkauf und Warenannahme, Führung und Wartung des Warenlagers, Konfektionierung der defektmäßig hergestellten Arzneien und Arbeiten bei der Endfertigung von Arzneien in Defektur und Rezeptur waren die wesentlichen Tätigkeitsfelder.

Die Erstellung des Lehrplanes verzichtete auf Einzelheiten und wählte die Form des Rahmenplanes ab dem Ausbildungsjahr 1968/69. Dieser wurde dann entsprechend der jeweils konkreten Anforderungen vor Ort präzisiert. Dabei kam es auch zu einer Straffung in der Ausbildung. Die Ausbildungszeit verkürzte sich auf anderthalb Jahre ohne inhaltliche Einschränkungen in der berufstheoretischen und praktischen Ausbildung. Das hier vermittelte Grundlagenwissen galt als eine gute Voraussetzung für die weitere Spezialisierung und lebenslange Weiterbildung.

12.2.3 Veränderungen in der Ausbildung 1976

Seit Einführung der Rahmenausbildungsunterlage im Jahr 1968 hatte sich im Apothekenwesen eine rasche Entwicklung vollzogen. Auf der Grundlage von analytischen Untersuchungen (Bewährungsanalyse der Rahmenausbildungsunterlage, Analyse der Bewährung der jüngeren Facharbeiter) wurden Differenzen zwischen der Ausbildung zum Facharbeiter und dem Entwicklungsstand im Apothekenwesen festgestellt. Notwendig wurden die Profilierung des Facharbeiters für die Lagerwirtschaft, die Ausgliederung überholter Tätigkeiten (Apothekenbuchführung), die Konkretisierung in bestimmten Arbeitsgebieten

(Arzneimittelendfertigung) und die Erhöhung der Verantwortung und Selbständigkeit bei allen Aufgaben. Mit einem 1976 weiterentwickelten Berufsbild für den Ausbildungsberuf Apothekenfacharbeiter erweiterte sich das Aufgabenspektrum quantitativ und qualitativ. Außerdem machte der neu formulierte exakte Aufgabenkatalog auch die Grenzziehung zum Berufsbild des Pharmazieingenieurs deutlich. Jetzt wurde die Dauer der Ausbildung wieder auf zwei Jahre ausgedehnt, da durch die Neuaufnahme von Grundlagenfächern (Elektronik und EDV für alle Facharbeiterberufe) und neu hinzukommendes Wissen die zuvor auf anderthalb Jahre reduzierte Ausbildungszeit nicht mehr ausreichte. Gegenüber dem Rahmenlehrplan von 1968 kamen die neuen Fächer Technologie der Lagerwirtschaft und Wirtschaftsmathematik hinzu. Die berufspraktische Ausbildung erfolgte nunmehr überwiegend in zentralen Ausbildungsstätten des Apothekenwesens, die sich gegenüber der individuellen Ausbildung durchgesetzt und bewährt hatte. Mit dem Abschluss als Apothekenfacharbeiter war das Haupteinsatzgebiet die Lagerhaltung, wo er sich noch für spezielle Sortimente (Homöopathie, Dentalpharmaka) spezialisieren konnte. Er erlangte die Voraussetzungen für ein Fachschulstudium zum Pharmazieingenieur oder zum Ökonom des Gesundheits- und Sozialwesens.

12.2.4 Vereinheitlichung der Berufsausbildung 1986 und Auswirkungen für den Apothekenfacharbeiter

1982 wurde in einer Richtlinie festgelegt, dass für alle Facharbeiterberufe in der DDR schrittweise bis 1990 neue Ausbildungsdokumente zu erarbeiten sind. Zu den im September 1986 vorliegenden und eingeführten Ausbildungsunterlagen zählten auch die des Apothekenfacharbeiters. Unterstützung dabei kam u.a. von der zentralen Fachkommission für Apothekenfacharbeiter/Pharmazieingenieure (ZFK), vom Institut für Weiterbildung der mittleren medizinischen Berufe so-

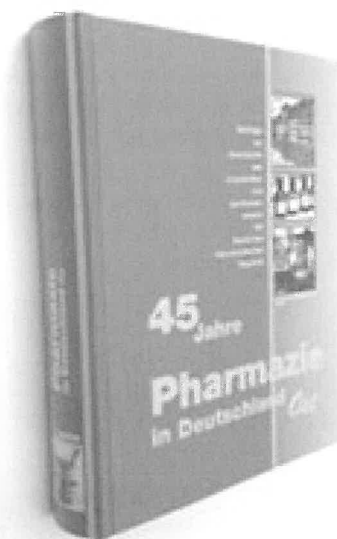
wie vieler Mitarbeiter aus Apotheken und anderen Einrichtungen des Apothekenwesens. Im Ergebnis konnte das Berufsbild des Apothekenfacharbeiters bestätigt werden. Die neue Qualität der Ausbildungsunterlage spiegelte sich besonders in der Gestaltung der Lehrpläne wider. Die Lerninhalte wurden flexibilisiert und zu Komplexen zusammengefasst, um damit jederzeit neue Erkenntnisse aus Theorie und Praxis einbeziehen zu können. Damit sollte die Gewähr für eine langfristige Gültigkeit abgesichert werden.

12.2.5 Veränderungen der Qualifikationsstruktur der mittleren pharmazeutischen Fachkräfte

Ende der 80er Jahre wurden wesentliche Veränderungen in der Struktur der mittleren pharmazeutischen Fachkräfte wirksam, die auch nachhaltige Auswirkungen auf das Berufsbild des Apothekenfacharbeiters hatten. Das betraf zum einen den zentral vorgegebenen Wegfall der ingenieursausbildung und die Orientierung der Fachschulausbildung auf Techniker und Wirtschaftler. Zum anderen stellte die Neuorganisation des Apothekenwesens deutlich höhere Anforderungen an die Lagerwirtschaft. Das Arbeitsgebiet des Apothekenfacharbeiters war aufgewertet und erforderte nun einen anderen Ausbildungsstandard. Aufbauend auf den zentralen Vorgaben zur Fachschulausbildung und den Ergebnissen und Erfahrungen in der Berufsausbildung der Apothekenfacharbeiter entstand der neue Beruf des Pharmazeutischen Assistenten (s. Kapitel 11).

Daher wurde die Ausbildung des Apothekenfacharbeiters mit dem Ausbildungsjahr 1989/1990 eingestellt. Zum Lehrjahr 1990/91 trat gemäß Anlage 6 zum Staatsvertrag zwischen BRD und DDR das Bildungssystem der BRD in Kraft, in dem es das Berufsbild des Pharmazeutischen Assistenten nicht gab mit der Folge, dass auf dem ehemaligen Territorium der DDR wieder das alte Berufsbild des Apothekenhelfers zum Zuge kam als reiner Hilfsberuf mit einer 24-monatigen Ausbildungszeit.

Der Beitritt bedeutete auch das Ende der verpflichtenden Regelung für Facharbeiter zu ständiger berufsbegleitender Fortbildung wie sie in der „Anweisung über den obligatorischen Dienstunterricht der mittleren medizinischen Fachkräfte und der medizinischen Hilfskräfte“ der DDR vom Dezember 1965 festgeschrieben worden war.



45 Jahre Pharmazie in Deutschland Ost – Beiträge zur Geschichte des Arzneimittel- und Apothekenwesens der DDR; Hrsg. 7b DIREKT Apothekenservice AG; 649 S.; Fürstenfeldbruck 2007; ISBN 3-00-018713-8, 58,90 Euro.

*Zu bestellen im Buchhandel oder unter:
<http://www.7bdirekt.ag/>
Pharmabuch-45-Jahre-Bestellung*

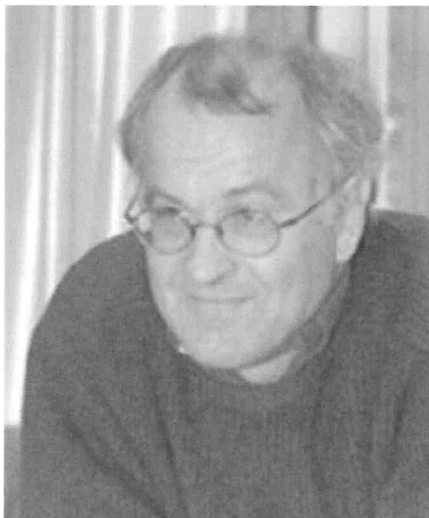


Streichung aller Zuzahlungen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ist an der Zeit!

Anlässlich des Überschusses in den Kassen der gesetzlichen Krankenversicherungen bzw. im Gesundheitsfonds preschen Politiker mit öffentlichkeitswirksamen Forderungen nach Abschaffung der Praxisgebühr, Senkung des Beitrages oder Reduzierung des Staatszuschusses vor.



„Zuzahlungen von Patienten zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind aber prinzipiell ein Problem – unabhängig von der momentanen Finanzsituation der Kassen“, so der Vorsitzende des vdää, Prof. Wulf Dietrich. In dem solidarischen System der Krankenversicherung, in dem jeder Versicherte unabhängig von seiner finanziellen Leistungsfähigkeit die Leistungen erhalten sollte, die er benötigt, haben Versicherte „Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“ (SGB V § 27), wenn diese Leistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ (SGB V § 12) sind.



„Dieses Prinzip wird durch Zuzahlungen wie Praxisgebühr, Medikamentenzahlung oder Beteiligung an den Krankenhauskosten massiv untergraben“, so Florian Schulze vom VDPP und rechnet vor, dass die gesetzlich Versicherten im Jahr 2010 mehr als 5 Mrd. Euro zu Leistungen zugezahlt haben, die ihnen eigentlich als Sachleistung zustünden. Dabei sind Eigenanteile an Leistungen und wirtschaftliche Aufzahlungen nicht berücksichtigt. „Außerdem“ so Schulze weiter, „untergraben Zuzahlungen die paritätische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie belasten einseitig die Versicherten, die Arbeitgeber werden geschont.“

Zuzahlungen wurden begründet und eingeführt, um die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu steuern. Diesen Zweck erfüllen sie auch – aber in negativem Sinn: Viele Studien haben gezeigt, dass Eigenbeteiligung die Patienten vom Arztbesuch oder der Einnahme wichtiger Medikamente abhält. Zuzahlungen treffen hauptsächlich schwächere Gruppen wie chronisch Kranke und Personen mit niedrigem Einkommen. Das Deutsche Ärzteblatt berichtete im April 2011 über eine Studie des Soziologen Claus Wendt, die zeigte, dass in Deutschland jeder achte potentielle Patient durch die Zuzahlungen vom Arztbesuch abgehalten wird. Außerdem, so konstatierte Wendt, würden „private Zuzahlungen darüber hinaus das Vertrauen der Bürger in das Gesundheitssystem nachhaltig schwächen“.

Zuzahlungen zu stationärer Behandlung im Krankenhaus oder zu Arzneimitteln hatten selbst theoretisch nie eine Steuerfunktion, da sie notwendige Behandlungen betrafen, auf die die Patienten keinerlei Einfluss hatten. Sie dienten von Anbeginn an der Untergrabung des Solidarsystems. Zuzahlungen haben also keinerlei positive Steuerungsfunktionen

und stehen in scharfem Konflikt mit den sozialen Zielen der Solidargemeinschaft. Aus diesem Grunde wurde die Kostenbeteiligung in den Niederlanden bereits im Jahr 2000 wieder gestrichen.



Der vdää und der VDPP fordern die Streichung aller Zuzahlungen von Versicherten zu medizinisch notwendigen Leistungen. Dies betrifft nicht nur, wie von Ärzteverbänden und der FDP gefordert, die Praxisgebühr, sondern alle Zuzahlungen. Wulf Dietrich: „Diese Streichung ist keine Frage von der momentanen finanziellen Situation der Krankenkassen, sondern eine Frage der solidarischen Finanzierung unseres Versicherungssystems.“

15. März 2012

Florian Schulze
(Vorstand VDPP)

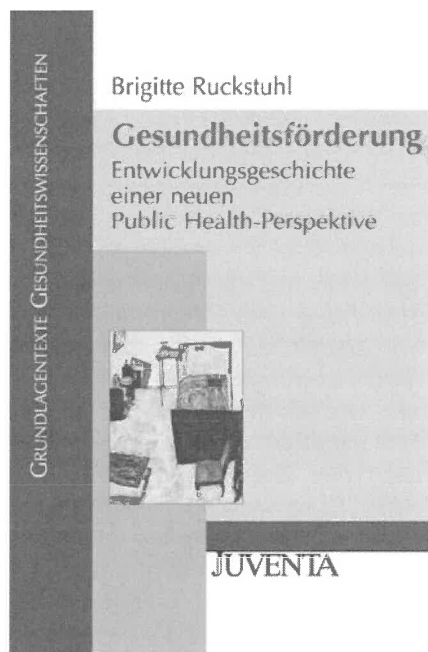
Prof. Dr. Wulf Dietrich
(Vorsitzender des vdää)



Brigitte Ruckstuhl: Gesundheitsförderung – Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive

von Udo Puteanus

Brigitte Ruckstuhl: Gesundheitsförderung – Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive. Juventa-Verlag, Weinheim 2011, 27 Euro, ISBN-10: 3779915707



Demokratisierung des Gesundheitswesens ist eines der zentralen Ziele des VDPP. Viele Mitstreiterinnen und Mitstreiter des VDPP setzten sich lange Zeit für eine Demokratisierung der Standesorganisationen der Apothekerinnen und Apotheker ein. Die strukturelle Benachteiligung von Angestellten, von Berufsangehörigen außerhalb von Apotheken und von Frauen waren und sind zentrale Kritikpunkte des VDPP.

Mit Demokratisierung des Gesundheitswesens war und ist aber auch die Mitbestimmung des Einzelnen bzw. der Bevölkerung an der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf der Grundlage von Gerechtigkeit und Solidarität gemeint. Diesem Ziel stehen derzeit mehr denn je Individualisierung, Medikalisierung und Ökonomisierung entgegen und damit finanzkräftige Interessen im Gesundheitswesen. Das Thema ist weiterhin hoch aktuell. Die gesundheitli-

chen Ungleichheiten aufgrund sozialer Ungleichheiten sind gewachsen, die Mehr-Klassen-Medizin nimmt zu, Schuldzuweisungen an Kranke und sozial Benachteiligte sind an der Tagesordnung.

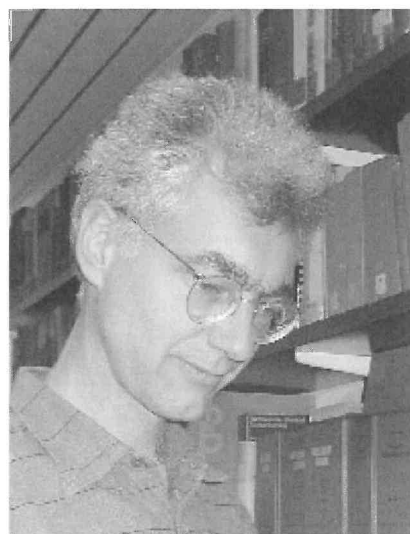
Vor diesem Hintergrund kann man dankbar sein, dass sich ein renommierter gesundheitswissenschaftlicher Verleger traut, das Thema Gesundheitsförderung nochmals aufzugreifen. Denn hier geht es darum, die politischen und sozialen Umstände von gesundheitlichen Ungleichheiten zu analysieren, hier geht es um die Frage, wie es gelingen kann, Betroffene zu Beteiligten zu machen oder wie die Ressourcen der Menschen aktiviert werden können – alles auch Themen für mehr Demokratie im Gesundheitswesen.

„Gesundheitsförderung – Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive“ so heißt die Publikation vor Brigitte Ruckstuhl, die sich mit den Hintergründen der Entstehung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung auseinandersetzt. Hier werden die unterschiedlichen Entwicklungslinien zur Gesundheitsförderung von der Sozialhygiene der zwanziger Jahre des letzten Jahrhunderts, der Gesundheitserziehung der siebziger Jahre, den neuen sozialen Bewegungen wie der Gesundheitsbewegung der siebziger und achtziger Jahre, dem medizinlastigen Risikofaktorenmodell und den wegweisenden Vorläuferresolutionen der WHO und ihrer Unterorganisationen aufgezeigt.

Das Buch gibt einen kurzen Überblick über die wesentlichen Diskussionen der jeweiligen Zeit und arbeitet den speziellen innovativen Charakter der einzelnen Entwicklungslinie heraus. Durch die Interviews mit einigen Vertretern von Prävention und Gesundheitsförderung oder Zeitzeugen, die in den Prozess der

Entwicklung der Ottawa-Charta eingebunden waren, wie Ilona Kickbusch, Rolf Rosenbrock, Rosemarie Erben, Alf Trojan, Eberhard Göpel und anderen, werden weitere Einblicke in die Entwicklungsgeschichte der Gesundheitsförderung aus der jeweiligen persönlichen und beruflichen Perspektive gegeben.

Das Buch eignet sich sehr gut für die schon etwas älteren Semester unter uns, um nochmals – und schön sortiert – die Auseinandersetzungen und die Erfolge und Misserfolge des Kampfes um eine Demokratisierung des Gesundheitswesens Revue passieren zu lassen. Es eignet sich vor allem für alle, die das auch nach 25 Jahren noch brandaktuelle Thema Gesundheitsförderung näher kennen lernen möchten. Und es sorgt vielleicht auch dafür, noch einmal Kraft zu schöpfen, um darüber zu diskutieren, wie der VDPP einen weiteren Beitrag leisten kann, dem Ziel der Demokratisierung des Gesundheitswesens einen Schritt näher zu kommen. Mir jedenfalls hat die Aufbruchstimmung, die sich vor allem in den Interviews zeigt, die Zuversicht gegeben, dass unser VDPP in seinem Programm die richtigen Ziele verfolgt, für die sich der Einsatz lohnt.



VDPP-Mitgliederversammlung 2012

16./17. Juni 2012

Tagungsort:
„Zur Marbachshöhe“
Amalie-Wündisch-Str. 3
(Ecke Eugen-Richter-Str. 11)
34131 Kassel

PROGRAMM:

Freitag, 15. Juni 2012

ab 19.00 **gemeinsames Abendessen im Hotel Genius**

Samstag, 16. Juni 2012

9.30 **Beginn der MV**

14.00 **Gastvortrag Helmut Hildebrandt
über das „Gesunde Kinzigtal“
mit anschließender Diskussion**

17.00 **Führung dOCUMENTA**

20.00 **Gemeinsames Abendessen**

Sonntag, 17. Juni 2012

9.00 **Fortsetzung der MV**

14.00 **Voraussichtliches Ende der MV**

Die *Gesundes Kinzigtal GmbH* ist ein seit 2005 bestehendes Modellprojekt für Integrierte Versorgung im südbadischen Kinzigtal, das versucht, die Kooperation verschiedener Leistungserbringer im Gesundheitswesen über Berufs- und Sektorengrenzen hinweg zu optimieren. Dabei soll die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern und Vertretern anderer Berufsgruppen verbessert wer-

den. Dies soll zu einer qualitativ besseren Versorgung sowie der Überwindung von Schnittstellenproblemen und Ineffizienzen des traditionellen Versorgungssystems führen.

Helmut Hildebrandt, Geschäftsführer der *Gesundes Kinzigtal GmbH*, wird in einem Gastvortrag über das Modellprojekt sprechen. Auch die vorläufige qualitative Auswer-

tung eines zurzeit im Kinzigtal durchgeführten Wochenblister-Versuchs wird Teil des Vortrags sein. Durch die Studie soll festgestellt werden, inwieweit eine patientenindividuelle Verblisterung geeignet ist, Therapiequalität zu erhöhen und in welchem Verhältnis Nutzen und Kosten dabei zueinander stehen. Anschließend gibt es eine gemeinsame Diskussion über die Vortragsinhalte.

TAGESORDNUNG DER MV

1. Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollantIn
2. Bestätigung der Tagesordnung
3. Genehmigung des letzten MV-Protokolls
4. Bestätigung von neuen Mitgliedern
5. Rechenschaftsbericht des Vorstandes
6. Bericht der Referentin
7. Diskussion zu Top 5 und 6
8. Kassenbericht
9. Bericht der Rechnungsprüfer
10. Nachwahl des Vorstandes
11. Öffentlichkeitsarbeit / Homepage / Rundbrief
12. Diskussion zukünftiger Arbeitsschwerpunkte
13. Anträge
14. Finanzplan
15. Verschiedenes



(Erläuterung zum Stadtplanausschnitt: G = Hotel Genius, Ludwig-Erhard-Straße 14, 34131 Kassel; M = „Zur Marbachshöhe“)

Tagungspauschale ohne Übernachtung aber mit Frühstück am Tagungsort: 45 Euro, ermäßigt 22,50 Euro

Anmeldung (auch kurzfristig möglich) über:
VDPP Geschäftsstelle, Bramfelder Chaussee 291,
22177 Hamburg

Tel: 040 639 177 20, Fax: 040 639 177 24

E-Mail: geschaeftsstelle@vdpp.de

TERMINE

Regionalgruppe Berlin

Die Termine sind zu erfragen bei Florian Schulze, Tel. 0178 81222989, E-Mail: Florian.schulze@web.de.

Regionalgruppe Hamburg

Die Regionalgruppe trifft sich alle zwei Wochen mittwochs um 19.30 Uhr abwechselnd bei Bernd Rehberg, Isestraße 39, 20144 Hamburg und bei Dorothea Hofferberth, Maria-Louisen-Straße 31, 22301 Hamburg. Nächste Termine: 20. Juni (BR) und 4. Juli (DH) 2012.



Regionalgruppe Hessen

Die Termine sind jeweils bei Christl Trischler, Tel. 06150 85234, E-Mail chri-tri@web.de oder bei Bernd

Baehr, Tel. 069 454046, zu erfragen, E-Mail: rotlint-apotheke@t-online.de.

VDPP-MV 2012

Die Mitgliederversammlung 2012 wird am 16. und 17. Juni 2012 in Kassel stattfinden. Siehe S. 13 in diesem Rundbrief.

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

DOKUMENTATION

Presseerklärung des vdäa zum Tarifkonflikt an den kommunalen Kliniken

Der Marburger Bund führt in diesem Jahr die ersten Tarifverhandlungen für die bei ihm organisierten Ärztinnen und Ärzte in den kommunalen Krankenhäusern. ver.di wird im März 2012 mit Tarifverhandlungen für alle Beschäftigten in den Einrichtungen bei Bund und Kommunen folgen. Der vdäa sieht ein erstrebenswertes Ziel in gleichen Gehaltssteigerungen für alle Berufsgruppen im Krankenhaus; sie sollen mindestens so hoch sein wie die Inflationsrate, darüber hinaus müssen unbedingt auch Verbesserungen der Arbeitsbedingungen Teil der Forderungen sein.

Wir wissen nicht, ob die Höhe der Gehaltsforderungen des Marburger Bundes von sechs Prozent plus verhandlungstaktisch motiviert ist oder ob der mb rücksichtslos Klientelpolitik betreibt. Der mb setzt uns Ärztinnen und Ärzte damit dem Vorwurf aus, für Privilegien zu streiken, die sich nur auf Kosten der anderen Krankenhausbeschäftigten finanzieren lassen.

Doch auch die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeber (VKA) hat es sich mit ihrem Angebot deutlich zu einfach gemacht. Das Angebot der VKA von 1,48 Prozent entspricht der Veränderungsrate des stationären Budgets in 2012 abzüglich eines sog. Sanierungsbeitrages der Krankenhäuser an die GKV in Höhe von 0,5 Prozent. Einerseits ist das Angebot verständlich: Es entspricht dem finanziellen Spielraum der Krankenhausleitungen; andererseits muss der VKA nach dem gewerkschaftlichen Mobilisierungserfolg der Streiks 2006 und 2010 klar sein, dass der mb und die bei ihm organisierten Ärztinnen und Ärzte ein Angebot von 1,48 Prozent auf 16 Monate Laufzeit bei einer Inflati-

onsrate von 2,4 Prozent p. a. als das zurückweisen werden, was es im Kern darstellt: eine Reallohnkürzung!

Bekanntlich ist die sog. Veränderungsrate des stationären Budgets an die Entwicklung der Grundlohnrate gekoppelt. Diese errechnet sich aus der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen aller Kassensmitglieder und wird 2012, trotz

verein demokratischer ärztinnen und ärzte



günstiger Wirtschaftsentwicklung in 2011 und Milliardenüberschüssen des Gesundheitsfonds, nur um 1,98 Prozent ansteigen.

Wie in den vergangenen Jahren bedeutet das eine reale Budgetkürzung für die Krankenhäuser, da die tatsächliche Kostensteigerung mindestens doppelt so hoch ausfällt. Aus diesen unzureichenden Budgets für die laufenden Kosten müssen die Krankenhäuser zudem beständig erhebliche Mittel für Investitionen abzwacken, da die Bundesländer ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen allenfalls noch zur Hälfte nachkommen.

Hinzu kommt, dass schon seit etwa 1980 Grundlohnrate und Lohnquote hinter die Entwicklung des gesamten Volkseinkommens zurück fallen; Ursache dafür sind zunehmend aufklaffende Einkommensunterschiede zwischen Arm und Reich. Der sog. Sanierungsbeitrag ist eine

Provokation der CDU/CSU-FDP-geführten Bundesregierung: Nach der Demonstration von über 120.000 Krankenhausbeschäftigten mit dem Slogan „Der Deckel muss weg“ 2008 in Berlin war uns noch von der großen Regierungskoalition versprochen worden, das stationäre Budget künftig auskömmlich zu steigern. Dazu sollte das statistische Bundesamt einen „Orientierungswert“ ermitteln, der die tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser (etwa vier Prozent pro Jahr) widerspiegeln sollte. Das Versprechen wurde von der schwarz-gelben Bundesregierung nicht eingelöst, sondern im Gegenteil der Sanierungsbeitrag eingeführt.

Wir Krankenhausbeschäftigten stehen erneut vor dem Dilemma, entweder die Folgekosten einer unsozialen Verteilungs- und Gesundheitspolitik mit einer Reallohnkürzung zu bezahlen oder zumindest die gegenwärtige Kaufkraft unserer Gehälter zu verteidigen; dies bedeutet Lohnerhöhungen zu erstreiten, die bei unveränderten politischen Rahmenbedingungen an die Krankenhäuser zurückgegeben werden und unweigerlich über Personalabbau zu weiter verschlechterten Arbeitsbedingungen führen werden. Dieser Teufelskreis ist politisch gewollt: Die Politik versucht seit Jahren, durch Preisdruck und ruinösen Wettbewerb Kliniken in die Insolvenz zu treiben und auf diese Weise stationäre Betten abzubauen.

Im politisch regulierten Krankenhausbereich sind nicht die kommunalen Arbeitgeber die wirklichen Gegner im Tarifkampf. Wir Krankenhausbeschäftigten können uns nur gemeinsam und solidarisch aus

dieser Zwangslage befreien, indem wir tarifpolitische Pseudo-Konfliktlinien vermeiden und unsere Energie auf das Entscheidende konzentrieren: eine Veränderung der politischen Rahmenbedingungen.

Der vdää fordert:

- In den Tarifrunden 2012 darf es keinen Verteilungskampf zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen geben
- Die Vernunft gebietet eine Lösung des Tarifkonflikts auf dem Verhandlungsweg. Grundforderung ist die Sicherung der Reallöhne aller Krankenhausbeschäftigten. Die Kosten eines Streiks schaden nur allen Beteiligten.
- Nicht-ärztliche Beschäftigte, Ärztinnen und Ärzte, Krankenhausleitungen, Marburger Bund, ver.di

und kommunale Arbeitgeber sollten eine gemeinsame gesundheitspolitische Strategie entwerfen und eine öffentlichkeitswirksame, politische Kampagne durchführen mit dem Ziel, eine soziale und solidarische Kurskorrektur in der Gesundheitspolitik zu erstreiten.

Eckpunkte dafür sind aus unserer Sicht:

- Reform der Bedarfsplanung für den stationären Sektor mit bedarfsgerechter, transparenter, politischer Steuerung von Bettenzahl und Versorgungsangeboten statt des zunehmend destruktiven Wettbewerbs der Krankenhäuser
- Ausrichtung der Bedarfsplanung am gesundheitlichen Nutzen für die Patientinnen und Patienten, an Kriterien von Qualität und Effektivität

- Vollständige und ausreichende Finanzierung von Krankenhausinvestitionen durch die öffentliche Hand

- Auskömmliche Steigerung des stationären Gesamtbudgets anhand des vom statistischen Bundesamt ermittelten Orientierungswerts

- Ausreichend Personal, humanere Arbeitsbedingungen bei auskömmlichen Löhnen für alle Krankenhausbeschäftigte und eine auf nachhaltige Sicherung der Ressourcen angelegte, qualifikationsorientierte Personalwirtschaft im Krankenhaus

Maintal, 16. Januar 2012

Dr. Peter Hoffmann
(Mitglied im erweiterten Vorstand des vdää)

Zu kurz geraten!

Presseerklärung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte zum Entwurf des Patientenrechtegesetzes

Der gemeinsam von den Bundesministerien für Gesundheit und Justiz vorgestellte Referentenentwurf für ein Patientenrechtegesetz ist viel zu kurz gegriffen, er geht kaum über die Kodifizierung bereits bestehenden Rechts hinaus. Die Ärzteschaft ist zufrieden, die Interessen der Patientinnen und Patienten aber bleiben wieder einmal auf der Strecke.

Seit bald 20 Jahren wird von vielen im Gesundheitswesen Verantwortlichen, von Patientenorganisationen, Gesundheitspolitikern, Juristen, Patientenberatungsstellen und Verbraucherschutzorganisationen ein Patientenrechtegesetz angemahnt. Bereits in seinem Jahresgutachten 2000/2001 empfahl der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, „die bislang in unterschiedlichen Gesetzestexten verstreuten Patientenrechte in einem Patientenrechtegesetz zusammenzufassen“. Die 2003 von der Bundesre-

gierung veröffentlichte sogenannte Patientencharta („Patientenrechte in Deutschland“) enthält zwar die Darstellung des geltenden, über viele Gesetze verstreuten Arztvertrags- und Arzthaftungsrechts in bürgernaher Sprache, allerdings ohne rechtsverbindlich zu sein.

Oft wird behauptet, die Anbieter im Gesundheitswesen, allen voran Ärztinnen und Ärzte, seien die besten Anwälte ihrer Patientinnen und Patienten. Dies ist ein paternalistischer Irrtum. Die derzeitige Versorgung tendiert vor allem aus wirtschaftlichen Gründen dazu, Abhängigkeiten und Regressionstendenzen zu stärken, statt Selbstbestimmung zu fördern. Die Versicherten bzw. Verbraucher sollten Möglichkeiten erhalten, ihre Interessen selbst bzw. über Ombudspersonen zu vertreten. Zwar sind alle im Gesundheitswesen Tätigen an ethische, rechtliche und fachliche Vorgaben gebunden, dennoch können die Interessen von Anbietern und

Patienten nicht überall deckungsgleich sein. Es geht darum, die Divergenz der Interessen zu akzeptieren und sie offen zu legen, sich über sie zu verständigen und in partnerschaftlicher Weise, auf vertraglicher Grundlage ein konstruktives Behandlungs- und Arbeitsbündnis unter Einbeziehung des sozialen Umfelds zu schaffen. Diesen Ansprüchen wird der Gesetzentwurf nicht gerecht.

In der Begründung zum Referentenentwurf selbst werden erhebliche Defizite in der Gesundheitsversorgung konkret benannt: Nichtbeachtung persönlicher Behandlungswünsche, zeitraubende Bewilligungsverfahren für Leistungen durch die Krankenkassen, Versagung des Einblicks in die ärztliche Dokumentation bis hin zu Fehlern in der Behandlung.

Im Referentenentwurf fehlt die gesetzliche Verankerung eines Entschädigungsfonds.

Ein solcher Fonds soll geschädigten Patienten helfen, wenn kein sicherer Nachweis der Schadensursache oder des Verschuldens erbringbar ist, wenn eine seltene oder bislang unbekannt Komplikation mit erheblicher Schädigung für den Patienten auftritt oder wenn die Durchsetzung des Schadensersatzanspruches unzumutbar lange dauern würde. Zusätzlich sollte der Fonds bei sozialen Härtefällen unterstützen. Der Fonds sollte durch ein Mischmodell (aus Steuermitteln, von den Haftpflichtversicherern der Leistungserbringer, von der Kassenärztlichen Vereinigung sowie aus den bereits zu erbringenden Zuzahlungen der GKV-Versicherten im ambulanten und stationären Bereich und über eine analoge Abgabe der PKV-Versicherten) finanziert werden. Obwohl im Ausland (z. B. Österreich) mit einem solchen Fonds beste Erfahrungen gemacht werden, lehnt der Referentenentwurf jeglichen Fonds wegen angeblich mangelnder Finanzierbarkeit ab. Über diesen Fonds sollte eine verschuldensunabhängige Schadensregulierung möglich sein.

Im Referentenentwurf fehlen Modalitäten zur Beweislastumkehr für geschädigte Patienten. Es reicht nicht, eine Beweislastumkehr nur bei groben Behandlungsfehlern zu fordern. Ein grober Fehler ist ein offensichtlich Fehler und bedarf keiner großen Beweise. Im Entwurf findet sich keine Definition von „groben“ Behandlungsfehlern. Insbesondere bei Fehlern, die dem Gefahrenbereich der Behandler zuzuordnen sind, müssen Modalitäten zur Beweislastumkehr oder Beweislastumkehr definiert werden. Ärzte verlieren ihren Schutz durch die

Haftpflichtversicherung, wenn sie sich zu einem Schadensfall, auch wenn er offensichtlich ist, äußern. Dieses Aussageverbot sollte aufgehoben werden.

Im Referentenentwurf fehlen verbindliche Regelungen zu einer besseren Patienteninformation. Der vDÄ fordert, das Recht des Patienten auf einen „Patientenbrief“ (als Pendant zum Arztbrief) im Patientenrechtegesetz zu verankern. Patienten sollten auf Verlangen hin einen solchen Brief von den Behandlern erhalten. Die Erstellung eines Patientenbriefes muss als eigenständige Leistung in den GKV-Katalog aufgenommen werden. Der Patientenbrief soll in für Patientinnen und Patienten, also Laien, verständlicher Sprache abgefasst werden und wichtige diagnostische und therapeutische Überlegungen sowie Zielvorgaben darlegen. Dies soll den Patienten befähigen, aktiv und als Partner zur gemeinsamen diagnostischen und therapeutischen Entscheidungsfindungen beizutragen.

Im Referentenentwurf fehlen verbindliche Regelungen, die unzulässige, nutzlose und schädliche IGeLeistungen und Zusatzleistungen untersagen. Es fehlen verbindliche Regelungen, wie Igel- und Zusatzleistungen vereinbart werden müssen. Tatsächlich werden solche Leistungen häufig den Patientinnen und Patienten einseitig von den Leistungsanbietern ohne Aufklärung aufgedrängt. Häufig werden Leistungen aus dem GKV-Katalog als IGeLeistungen verkauft. Bei Nichteinhaltung der Bestimmung müssen die Patientinnen und Patienten Anrecht auf Schadensersatz erhalten. IGe-

Leistungen werden allzu oft ohne vorausgegangene Information und Aufklärung sowie ohne schriftliche Vereinbarung durchgeführt. Die Patientinnen und Patienten müssen vor der Kommerzialisierung der Medizin geschützt werden.

Im Referentenentwurf fehlt das Recht auf eine verpflichtende Behandlungsvereinbarung für Menschen, deren Einwilligungsfähigkeit vorübergehend durch eine psychiatrische Erkrankung eingeschränkt ist. Psychiatrische Einrichtungen müssen verpflichtet werden, Patientinnen und Patienten mit wiederkehrenden Krankheitsverläufen den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung anzubieten (Dies entsprechend der UN-Behindertenkonvention).

Im Referentenentwurf fehlt die Verpflichtung zur Einrichtung von anonymen Fehlermeldesystemen bzw. CIRS (critical incident reporting systems - Anonymes Meldesystem für Beinahefehler) in Krankenhäusern und ambulanter Praxis. Nur durch Lernen von Fehlern und Beinahefehlern können zukünftige Fehler vermieden und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten gesteigert werden. Vermiedene Fehler sind der beste Schutz von Patientinnen und Patienten.

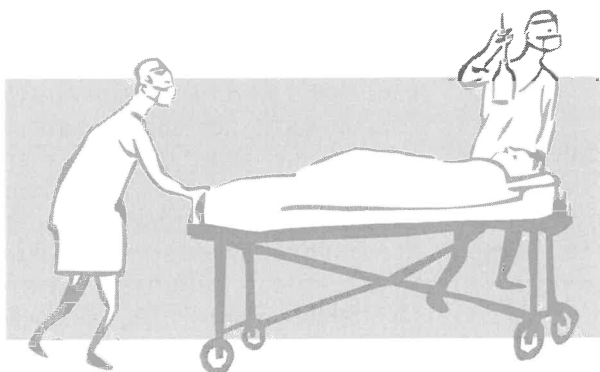
Dem Referentenentwurf sind „Ziele“ vorangestellt. Danach „gilt es, Transparenz und Rechtssicherheit hinsichtlich der bereits heute bestehenden umfangreichen Rechte der Patientinnen und Patienten herzustellen, die tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte zu verbessern, zugleich Patientinnen und Patienten im Sinne einer verbesserten Gesundheitsversorgung zu schützen und insbesondere im Fall eines Behandlungsfehlers stärker zu unterstützen.“

Wenn es sich hierbei nicht nur um eine hehre Sonntagsrede handeln soll, dann sind die oben genannten Forderungen des vDÄ in das Patientenrechtegesetz mit aufzunehmen.

Maintal, 26. Januar 2012

Prof. Dr. Wulf Dietrich
(Vorsitzender des vDÄ)

Dr. Peter Scholze
(Mitglied im erweiterten Vorstand des vDÄ)



Fluglärm macht krank!

Presseerklärung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte zu den gesundheitlichen Folgen des Flugverkehrs

Zu den Auswirkungen der Inbetriebnahme der Landebahn Nord-West am Frankfurter Flughafen

Fluglärm, besonders nächtlicher, macht krank. Die arbeits- und umweltmedizinische Literatur mit einer Fülle von toxikologischen und epidemiologischen Untersuchungen hat die Auswirkungen chronischer Lärmeinwirkung untersucht. Die chronische Einwirkung einer Geräuschquelle von mehr als 60 db(A) Dauerschallpegel entsprechend dem Lärmpegel unter der Einflugschneise führt zwar zu keinen messbaren Auswirkungen auf das Gehör, aber im übrigen Organismus sind zahlreiche Reaktionen und Veränderungen nachweisbar. Sie alle sind unter dem Oberbegriff Lärmstress zu verstehen.

Der menschliche Organismus reagiert auf eine Lärmquelle in der oben genannten Stärke und Dauer durch Fluchtreaktion oder Gegenwehr. Da beide Verhaltensmuster bei Fluglärm nicht einfach realisiert werden können, kommt es zur bewussten oder unbewussten mentalen Unterdrückung, ohne dass allerdings die körperlich fassbaren Reaktionen mit unterdrückt werden könnten. Diese bestehen in einem messbaren und signifikanten Blutdruckanstieg, der sich über Jahre stabilisiert und dann auch ohne Lärmstress nicht mehr reversibel ist. Es kommt zu einer vermehrten Ausschüttung von Stresshormonen wie Nebennierenrinden- und -markhormonen (Cortisol und Adrenalin) sowie zu einer Erhöhung des Cholesterinspiegels im Blutserum. Die Kombination dieser Stressreaktionen führt in einem signifikanten Ausmaß zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen und in erster Linie zu Herzkranzgefäßverengungen. Neben diesen Effekten sind Veränderungen des Immunsystems festgestellt worden. Es zeigte sich, dass Immunglobulinfraktionen in dem Sinne einer Veränderung erfahren, dass die Im-

munabwehr herabgesetzt wird und somit die Neigung zu Infekten steigt.

Diese nachteiligen Wirkungen von Lärm gelten in besonderem Maße für die nächtliche Einwirkung. Deshalb ist ein uneingeschränktes Nachtflugverbot von besonderer Bedeutung für die Bevölkerung. Selbst ohne subjektiv erlebte Unterbrechung des Schlafes kommt es nachweislich zu gesundheitsschädlichen Veränderungen des Blutdrucks, des Hormonstoffwechsels und der Schlafphasen. Diese Zusammenhänge wurden erst kürzlich im Rahmen einer groß angelegten Studie des Bremer Epidemiologen Eberhard Greiser (Epi.Consult GmbH, Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung im Auftrag des Umweltbundesamtes 2007) nachgewiesen: Es zeigte sich ein besonders deutlicher Zusammenhang zwischen Lärmbelastungen und Arzneimittelverordnungen gegen hohen Blutdruck und bei Herzkrankheiten, wobei der Zusammenhang für Nachtlärm deutlich klarer noch als für Taglärm war. Dass nächtlicher Lärm nicht nur nervt, sondern auch krank macht, wurde auch in einer aktuellen europäischen Studie mit Experten des Umweltbundesamtes in Dessau nachgewiesen. Bei den rund 5.000 untersuchten Anwohnern der Flughäfen Amsterdam, Athen, Berlin, London, Mailand und Stockholm führte Nachtlärm zu höheren Blutdruckwerten. Schon ein Anstieg des nächtlichen Fluglärms um zehn Dezibel im unteren Schallpegelbereich erhöht das Risiko für Bluthochdruck bei Frauen und Männern um rund 14 Prozent.

Neben diesen eher körperlichen Veränderungen sind in der wissenschaftlichen Literatur psychosoziale beschrieben worden. So zeigten vergleichende Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Lärmstress ein deutlich abwei-

chendes Verhalten. Kinder unter Lärmstress konnten sich schlechter konzentrieren, waren körperlich unruhiger, aggressiver, sahen ihre Situation weniger positiv.

Neben den Auswirkungen chronischer Lärmexposition sind die der vermehrten Schadstoffbelastung durch Kerosinverbrennung mit der Entstehung von Benzolen, Schwermetallen, Stäuben etc. umfassend und bestens untersucht. Eine Zunahme von Krebserkrankungen wird mit Stäuben und Benzol in Zusammenhang gebracht. Vergleichende Untersuchungen von Kindern in Reinluft bzw. hoch belasteten Gebieten in innerstädtischen Ballungsräumen zeigten eine signifikante Zunahme von Lymphknotenschwellungen, einer Vermehrung von Entzündungszellen im Blut, einer vermehrten Schwellung von Rachen- und Gaumenmandeln sowie eine nachweisbar höhere Schwermetallbelastung in den Haaren im Vergleich zu den Kindern in Reinluftgebieten.

Die hier aufgeführten gesundheitlichen Auswirkungen sind für bestimmte Bevölkerungsgruppen besonders bedrohlich. Kleinkinder, Schwangere, chronisch Kranke sowie hochbetagte Menschen haben mit stärkeren Auswirkungen auf ihre Gesundheit zu rechnen als die übrigen Bevölkerungsgruppen.

Die mit der Ausweitung des Luftverkehrs unwidersprochen steigende Lärm- und Schadstoffbelastung von Hunderttausenden von Menschen im Rhein-Main-Ballungszentrum durch die neue Nord-West-Landebahn wird nachteilige Auswirkungen nicht nur auf die Lebensqualität im Allgemeinen sondern vor allem auch auf die Erkrankungswahrscheinlichkeit (Morbidität), die Sterblichkeitswahrscheinlichkeit bzw. die Lebenserwartung (Mortalität) haben. Die Chancen der unter diesen Bedingungen auf-

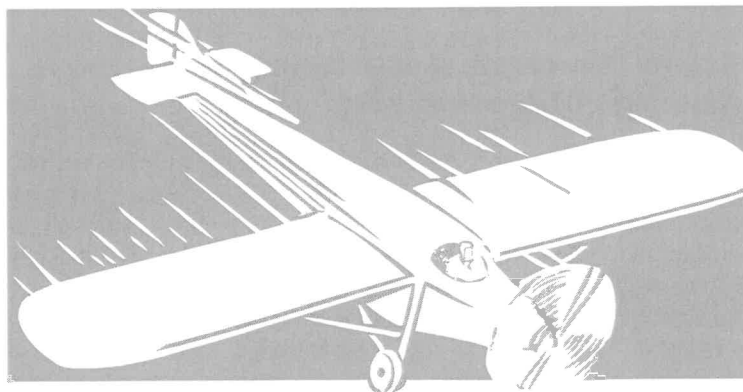
wachsenden Kinder und Jugendlichen für eine gesunde geistige und körperliche Entwicklung werden sinken.

Der mit dem Ausbau des Frankfurt Airport verbundene rasante Anstieg von CO₂ ist angesichts der globalen Klimaerwärmung nicht nur für die Betroffenen im Rhein-Main-Gebiet eine Katastrophe. Die Luftfahrt ist der mit Abstand am stärksten wachsende Produzent von Treibhausgasen. Sie profitiert von der weltweiten Subventionierung, vor allem von der Steuerbefreiung auf Kerosin. Allen Besteuerungen um die Vorbildrolle der Bundesrepublik bei der Reduzierung der Treibhausgase spricht die Erweiterung des Frankfurter Flughafens Hahn. Sie ist aus klimapolitischer Sicht verantwortungslos.

Die hessische Landesregierung hat sich bei der Abwägung zwischen den gesundheitlichen Interessen

der Bevölkerung im Rhein-Maingebiet und den kommerziellen Interessen der Fraport-Betreiber gegen die Bevölkerung entschieden, Profit vor Gesundheit gestellt.

Wir meinen, dass es nicht darum gehen kann, die Lärm- und Schadstoffbelastung weiter zu erhöhen, es muss vielmehr mit der Verminderung begonnen werden. Der Rhein-Main-Flughafen liegt mitten



in einem Ballungszentrum. Wenn es allgemeiner gesellschaftlicher Konsens ist, dass Politik und wirtschaftliches Wachstum dem Menschen zu dienen haben und nicht umgekehrt, dann muss gesundheitliche Vorsorge Vorrang vor dem

Expansionsdrang eines bestimmten Industrie- und Dienstleistungsbereichs haben.

Aus Gründen vorbeugenden Gesundheitsschutzes unterstützen wir alle Politiker, Bürgerinitiativen und Kommunen, die sich zum Kampf gegen eine Ausweitung des Flugverkehrs, für ein konsequentes Nachtflugverbot von 22 Uhr bis 6 Uhr und für die Einführung von Lärmkontingenten entschlossen haben.

Des Weiteren fordert der vdä, dass alle innerdeutschen Flüge abgeschafft und durch komfortable Zugverbindungen mit Eincheckmöglichkeiten ersetzt werden. Damit würden eine große

Menge an Starts und Landungen wegfallen.

Maintal, 9. Februar 2012

Dr. Winfried Beck

(Mitglied im erweiterten Vorstand des vdä)

Keine Abschiebung in lebensbedrohliche Verhältnisse!

Presseerklärung des Flüchtlingsrats Niedersachsen und des vdä zu der erneuten Sammelabschiebung nach Osteuropa

Trotz der anhaltenden Kältewelle sollen am heutigen Dienstag, 14. Februar, 80 Personen u. a. aus Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen nach Serbien abgeschoben werden. Ein Großteil der Betroffenen gehört der ethnischen Minderheit der Roma, Ashkali und Ägypter an. Die serbischen Behörden verzeichneten Ende letzter Woche bereits mehrere Kältetote. In weiten Teilen des Landes ist das öffentliche Leben zum Erliegen gekommen. Diese Woche werden Staatsunternehmen und Behörden, wie auch Schulen und Universitäten wegen der Kälte geschlossen bleiben. Im Kosovo sieht die Situation nicht anders aus.

Im Dezember 2010 hatte z. B. die nordrhein-westfälische Landesregierung noch einen Erlass veröffent-

licht, der Abschiebung von Minderheitsangehörigen nach Serbien mit Verweis auf die angespannte wirtschaftliche und soziale Lage in den Wintermonaten untersagte. Trotz der weitgehend unveränderten Situation ist ein solcher Erlass im diesjährigen Winter weder in NRW noch in Niedersachsen zustande gekommen. Somit können auch weiterhin Minderheitsangehörige und besonders schutzbedürftige Gruppen wie Familien, ältere und kranke Menschen nach Serbien und Kosovo abgeschoben werden.

Das Land Niedersachsen hält weiter an Abschiebungen von Roma nach Serbien und in den Kosovo fest und nimmt dabei keinerlei Rücksicht auf die gesundheitliche Situation und die Lebensperspektiven der Menschen. So ist für die heutige Ab-

schiebung u. a. ein schwer herzkrankes sechs Jahre altes Mädchen vorgesehen. Erst letzte Woche ist ein Roma-Ehepaar, von dem der Mann schwer krank ist, nach fast 22 Jahren Leben in Niedersachsen abgeschoben worden. Weitere Roma, die z. T. unter schweren Krankheiten leiden, waren zur Abschiebung vorgesehen. Der Flüchtlingsrat Niedersachsen und der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte können in dieser schonungslosen Abschiebep Praxis keineswegs die vom niedersächsischen Ministerpräsident McAllister angekündigte sensiblere Flüchtlingspolitik erkennen. Insbesondere angesichts des harten Winters auf dem Balkan ist die Abschiebung von kranken Menschen nach Ansicht des Flüchtlingsrates Niedersachsen und des vdä besonders brutal.

Der vdää und der Flüchtlingsrat Niedersachsen halten es für zutiefst inhuman, Menschen, die in ihrem Herkunftsland über keinerlei Existenzgrundlage verfügen und aufgrund ihrer ethnischen Zugehörigkeit häufig auch noch einer massiven Diskriminierung durch die Mehr-

heitsgesellschaft ausgesetzt sind, in einer solchen Situation abschieben zu wollen.

Angesichts dieser Umstände fordern wir die Landesregierung von Niedersachsen auf, von einer Abschiebung zumindest so lange abzusehen, wie die Witterungsbedingun-

gen eine existentielle Bedrohung für die Menschen darstellen.

14. Februar 2012
Sigmar Walbrecht
(Flüchtlingsrat Niedersachsen)
Dr. Bernhard Winter
(Stellvertretender Vorsitzender des vdää)

Für eine solidarische Bürgerversicherung!

Presseerklärung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte zum 115. Deutschen Ärztetag 2012 in Nürnberg

Gesundheit ist ein soziales Grundrecht. Der Zugang zu medizinischer Versorgung und die Absicherung vor Krankheitsrisiken sollen für alle Bürgerinnen und Bürger gleich sein. Unsere seit über 100 Jahren bewährte solidarische und paritätische gesetzliche Krankenversicherung hat sich in den vergangenen Jahren in eine zunehmend unsolidarische Versicherung entwickelt: Die Schwachen in der Gesellschaft werden durch Zuzahlung und Selbstbeteiligung zunehmend finanziell belastet und die Arbeitgeber aus der finanziellen Verantwortung für Kostensteigerungen entlassen. Die Wohlhabenden können sich durch die private Krankenversicherung der Solidargemeinschaft entziehen. Dies und eine relativ niedrig angesetzte Beitragsbemessungsgrenze und eine sehr beschränkte Beitragsbemessungsgrundlage (nur Löhne und Gehälter) sind die Gründe dafür, dass die Finanzierung des Versicherungssystems immer wieder in Schieflage gerät. Der Deutsche Ärztetag wird sich auf seiner Sitzung in Nürnberg mit der Organi-

sation einer zukunftsfähigen Krankenversicherung beschäftigen.

Wir Ärztinnen und Ärzte vom Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte fordern eine Wiederherstellung und Ausweitung des Solidarprinzips und treten für eine solidarische Bürgerversicherung ein, die alle Bürgerinnen und Bürger unseres Landes organisieren soll. Ein erster Schritt hierzu ist die Forderung nach Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze. Eine solche Versicherungsform kann die herrschende Zwei-Klassenmedizin für privat und gesetzlich versicherte PatientInnen aufheben und bedeutet eine Ausweitung der gesellschaftlichen Solidarität. Auch die nicht-lohnabhängigen Einkommen sollen zur Finanzierung dieser Versicherung herangezogen werden.

In einer solchen Versicherung können wir Ärztinnen und Ärzte unsere Patienten endlich unabhängig von ihrem Versicherungsstatus behandeln. Eine bessere Medizin wird möglich sein.

Für eine Forderung nach Bürgerversicherung gibt es viele MitstreiterInnen: Sowohl die Parteien Bündnis 90/GRÜNE, LINKE, SPD sowie die großen deutschen Gewerkschaften fordern ebenfalls eine Bürgerversicherung. Der vdää wird anlässlich des Ärztetags am 22. Mai in Nürnberg (um 18:30 Uhr im Weißen Saal im Künstlerhaus im Kunstkulturquartier, Königstraße 93) eine Diskussion über die Bürgerversicherung mit folgenden Referenten veranstalten:

Lorenz Ganterer (ver.di Landesbezirk Bayern)
Karl Lauterbach (SPD), Mitglied im Bundestag
Harald Terpe (Bündnis 90/ Die Grünen), Mitglied im Bundestag
Harald Weinberg (Die Linke), Mitglied im Bundestag

Wir laden Sie herzlich zu dieser Diskussion ein!

Maintal, 21. Mai 2012
Prof. Dr. Wulf Dietrich
(Vorsitzender des vdää)

VDÄÄ
Geschäftsstelle
Dr. Nadja Rakowitz

Kantstraße 10
63477 Maintal
Telefon 06181 – 432 348

Mobil 0173 – 385 4872
Fax 0721 – 151 271 899
E-Mail: info@vdaae.de

Gemeinsamer Bundesausschuss verheddert sich im Gestrüpp der Zuständigkeit

verbraucherzentrale
Bundesverband

Patientenvertretung fordert die Erstattungsfähigkeit der kontinuierlichen

Glukosemessung für Diabetiker zu gewährleisten

Diabetiker müssen Geräte zur kontinuierlichen Blutzuckermessung selbst bezahlen, bis der Gemeinsamen Bundesausschuss (G-

BA) seine Nutzenbewertung der Messgeräte abgeschlossen hat. Dies ist Ergebnis des heutigen Beschlusses des G-BA. Der G-BA qualifiziert die Messgeräte als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode und über-

schreitet damit aus Sicht der Patientenvertretung seine Kompetenzen. Sie fordert, die Messgeräte als Hilfsmittel zu erstatten.

„Der G-BA hat seine Zuständigkeiten zu Unrecht überschritten“, so Dr. Martin Danner, Sprecher der Patientenvertretung beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Denn Hilfsmittel bedürfen keiner Methodenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, da sie dem Patienten zur selbstständigen und eigengesteuerten Anwendung als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden. Die Erstattungsfähigkeit von Hilfsmitteln richtet sich praktisch nach dem so genannten Hilfsmittelverzeichnis. Geräte zur kontinuierlichen Glukosemessung

Geräte zur kontinuierlichen Glukosemessung sind für eine Vielzahl von Diabetikern unverzichtbar. Nur so können sie ihren Blutzuckerwert

regelmäßig selbst kontrollieren und eine normnahe Einstellung erzielen. In der Rechtsprechung verschiedener Sozialgerichte wurden die Messgeräte als Hilfsmittel eingestuft. Mit dem heutigen Beschluss hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Glukosemessung aber als „Neue Nutzungs- und Behandlungsmethode“ qualifiziert und aus der Erstattung genommen.

Aus Sicht der Patientenvertretung muss der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgehoben werden, um der geltenden sozialgerichtlichen Rechtsprechung Rechnung zu tragen und die Messgeräte grundsätzlich erstattungsfähig zu halten. Urteile

Urteile, die Geräte zur Glukosemessung als Hilfsmittel eingestuft haben:

- SG Detmold v. 01.12.2010, S 5 KR 325/09

- SG Altenburg, S 30 KR 3953/11 ER
- SG Detmold v. 09.01.2012, S 3 KN 113/11 KR ER

Die Patientenvertretung im G-BA

Die Patientenvertretung im G-BA besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der vier maßgeblichen Patientenorganisationen entsprechend der Patientenbeteiligungsverordnung:

- Deutscher Behindertenrat
- Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen und -initiativen
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
- Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)

Die Patientenvertretung im G-BA kann mitberaten und Anträge stellen, hat aber kein Stimmrecht.

24.05.2012

Einbruch-Serie bei Konzernkritiker

Kripo eingeschaltet / Verdacht auf nicht-staatliche Akteure / Aktionen zu BP, TEPCO und BAYER

In den letzten Monaten wurde mind. dreimal in die Büro- und Wohnräume des bekannten Konzernkritikers Axel Köhler-Schnura und seiner Familie in Düsseldorf eingebrochen. Das zwischenzeitlich mehrfache Wechseln der Schlüsselanlage blieb erfolglos. Auch kam es zu Attacken von Hackern auf die EDV-Anlage von Köhler-Schnura.

Bei den Einbrüchen wurden gezielt Daten und Datenträger entwendet, die mit der politischen Arbeit von Köhler-Schnura im Zusammenhang stehen. So etwa das persönliche Notebook, das Handy und die Kamera. Die Kriminalpolizei ist eingeschaltet und ermittelt.

Die Polizei geht von professionellen Einbrechern aus, da trotz Sicherheits-Systemen keine Spuren hinterlassen wurden. Nach Aussage der Kripo erscheint ein Zusammenhang mit der politischen Arbeit von Köhler-Schnura plausibel. Die ge-

wechelten Schließanlagen liegen der Kripo zur kriminaltechnischen Laboruntersuchung vor.



Axel Köhler-Schnura ist seit 1988 mit ökologisch ausgerichteten Firmen selbständig. Er ist ehrenamtliches Gründungsmitglied der Coordination gegen BAYER-Gefahren (CBG), des Dachverbands Kritischer Aktionärinnen und Aktionäre, des Bundesverbands Bürgerinitiativen Umweltschutz (BBU), des Pestizid

Aktions-Netzwerks sowie der Stiftung ethecon. Zudem hat er sowohl die Ökobank als auch den alternativen Spar- und Rücklagefonds ProSolidar mit auf den Weg gebracht. Er ist Genossenschafter der jungen Welt und der taz. Bei den Europäischen Sozialforen in Florenz und Paris war er im internationalen Steueraussschuss für den Bereich Multinationale Konzerne zuständig. Ende April sprach er als kritischer Aktionär auf der BAYER-Hauptversammlung.

Köhler-Schnura wurde für sein Engagement 1998 mit dem Business Crime Control-Preis, im Jahr 2000 mit dem Preis Zivilcourage und 2011 mit dem Henry Mathews-Preis ausgezeichnet.

Im Moment ist Axel Köhler-Schnura in seiner Funktion als Gründungsstifter der Stiftung ethecon dabei, die Übergabe des Internationalen ethecon Black Planet Award an die

für die Menschheitskatastrophe in Fukushima Verantwortlichen des TEPCO-Konzerns vorzubereiten. Geplant sind Aktionen mit internationaler Beteiligung in Tokio. Als er im vergangenen Jahr den Internationalen ethecon Black Planet Award 2010 an die Verantwortlichen von BP im Rahmen ebensolcher Aktionen übergeben wollte, sollte dies durch seine polizeiliche Festnahme verhindert werden.

Seine ehrenamtlichen konzern- und gesellschaftskritischen Aktivitäten riefen schon in der Vergangenheit mehrfach den BAYER-Werkschutz und den Verfassungsschutz auf den Plan. Beispielsweise wurde in den 80er Jahren zur gleichen Zeit in die Büros der Anwälte der Coordination gegen BAYER-Gefahren sowie in die CBG-Geschäftsstellen in Köln und Solingen gewaltsam eingedrungen und gezielt die Akten zu einer BAYER-kritischen Kampagne entwendet.

Große Konzerne und auch staatliche Stellen verstoßen immer wieder gegen verfassungsmässige Grundprinzipien und beteiligen sich sogar an verdeckten Operationen gegen demokratische Bewegungen. Das belegen z.B. die Untersuchungen des Politikwissenschaftlers Dr. Stephan Blancke (Private Intelligence, VS Verlag, Wiesbaden 2011). In der Schweiz läuft aktuell ein Prozess gegen NESTLÉ wegen Infiltration einer Gruppe von attac. Bekannt ist auch

der Fall „Manfred Schlieckenrieder“, der im Auftrag von Shell, BP, vom BND und Verfassungsschutz geheimdienstlich gegen Mitglieder demokratischer Organisationen vorgeht. Traurige Höhepunkte solchen undemokratischen Vorgehens sind der mysteriöse Autounfall der Atomkritikerin Gay Silkwood 1974 sowie der gewaltsame Tod eines Greenpeace-Mitstreiters durch eine Bombe des französischen Geheimdienstes im Jahr 1985.

Wir wenden uns an die Öffentlichkeit, weil es um die ernste Verletzung der Freiheit auf Meinungsäußerung sowie sozialer und politischer Grundrechte geht. Die Attacken auf Axel Köhler-Schnura richten sich auch gegen die Organisationen, in denen er aktiv ist. Mit solchen Aktionen soll Kritik eingeschüchtern und verunmöglicht werden. Im Interesse wirtschaftlicher Macht. Verdeckte Operationen gegen KritikerInnen – egal ob in staatlichem oder privatem Auftrag – stellen eine ernste Gefahr für die Demokratie dar.

Wir verurteilen jedwede verdeckte Operation mit dem Ziel einzuschüchtern, auszuspähen, Falschinformation zu platzieren, legale Arbeit zu behindern oder kostspielige Schäden zu verursachen.

Egal ob diese Aktionen von Geheimdiensten oder von Konzernen durchgeführt oder bei Sicherheitsfirmen in Auftrag gegeben werden. Stets stehen sie in

krassem Gegensatz zu verbrieften demokratischen Rechten und stellen eine ernste Gefahr für die Demokratie dar. Diese gilt es gegen die zunehmenden Verletzungen von Seiten staatlicher und wirtschaftlicher Macht zu schützen.

Axel Köhler-Schnura bittet um Unterstützung: „Wir sind ratlos. Sicherheitstechnik ist für diese Einbrecher offenbar kein Problem. Zu Rate gezogene Experten meinen, „die Konzerne sind da immer fünf Schritte voraus, die Geheimdienste kennen stets den Stand der neuesten Technik“. Das einzige was in einer solch gespenstischen Situation noch hilft, ist möglichst große Öffentlichkeit. Solche Attacken, bei denen man nicht weiß, aus welcher Richtung sie kommen und was dahinter steckt, müssen in das Licht der Öffentlichkeit gerückt werden. Und natürlich brauchen wir Rückenstärkung durch Solidarisierung, aber vor allem auch durch neue Mitglieder und Spenden.“

Coordination gegen BAYER-Gefahren
Bundesverband Bürgerinitiativen Umweltschutz (BBU) attac Deutschland
Dachverband Kritischer Aktionärinnen und Aktionäre Multiwatch (Schweiz)
ethecon -
Stiftung Ethik & Ökonomie
gemeinsame Erklärung vom 7. Mai 2012



Axel Köhler-Schnura am 27. April in der Bayer Hauptversammlung, Bild CBG

Coordination gegen
BAYER-Gefahren (CBG)

E-Mail: CBGnetwork@aol.com
Internet: www.CBGnetwork.org
Twitter: twitter.com/BayerGefahren

Facebook: www.facebook.com/
pages/Coordination-gegen-BAYER-
Gefahren-CBG/127538777294665

Tel 0211-333 911,
Fax 0211-333 940

Werden Sie online Fördermitglied
oder spenden Sie online:
Konto 8016 533 000
GLS-Bank, BLZ 430 609 67
Empfänger: Coordination geg. Bayer
Gefahren

EU verbietet falsche Versprechungen

Mehrere tausend Nahrungsergänzungen und andere Lebensmittel überprüft

Lebensmittelanbieter werben nicht nur damit, dass ihr Produkt besonders lecker, frisch oder lange haltbar ist, sondern gern auch mit Slogans („claims“), die mehr Gesundheit oder sogar Schutz vor Krankheiten versprechen („health claims“). Daran beteiligt sind sowohl Anbieter als auch Verbraucher: Der eine verspricht etwas, der andere glaubt es. – Was an den Versprechungen wirklich dran ist, prüft seit 2010 die EFSA, die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit. Gute Pillen – Schlechte Pillen berichtete mehrfach über den Wildwuchs¹ und notwendige Kontrollen (z. B. GPSP 1/2011, S. 12). Nun hat die EU Kommission für 222 Health Claims grünes Licht gegeben – die allermeisten dieser Werbeslogans wurden jedoch abgelehnt.²

Nachdem auf der Grundlage von EFSA-Bewertungen³ bereits eine Liste mit genehmigten **nährwertbezogenen Angaben** wie „zuckerfrei“⁴, „salzarm/natriumarm“ oder „reich an Protein“ festgezurret wurde, kommt nun eine Liste mit 222 **gesundheitsbezogenen Angaben** dazu.⁵ Sie gilt für alle Lebensmittel, zu denen auch die Nahrungsergänzungsmittel gehören. Mit Slogans, die auf dieser Liste stehen, darf künftig geworben werden – sofern der Anbieter sich an die Bedingungen ihrer Verwendung hält.

Jeder kann die neue Liste einsehen und sich schon jetzt vor irreführenden Versprechungen schützen.⁶ Er oder sie kann nämlich in diesem Register auch nachlesen, mit welchen Versprechungen Unterneh-

men – wegen unzureichender Belege – nicht durchgekommen sind. Und das betrifft immerhin drei von vier der eingereichten Claims. Darunter etwa ein fischölhaltiges Produkt (mit DHA und EPA/Omega-3-Fettsäuren), dass Kinder zur Ruhe bringen soll („calming“) oder der in der Vorweihnachtszeit so belieb-

Land unterschied, versagten die dringend notwendigen Kontrollmechanismen. Um Ordnung in den Wildwuchs zu bringen, brachte die EU eine Verordnung (EU Nr. 1924/2006) auf den Weg, die schrittweise mehr Sicherheit für den Verbraucher schaffen soll – unter anderem durch ein Register mit

GUTE PILLEN – SCHLECHTE PILLEN

Unabhängige Informationen
zu Ihrer Gesundheit

te Claim „Walnüsse unterstützen die Herz-Kreislauf-Gesundheit“ (GPSP 6/2007, S. 9). Aus dem Rennen ist auch „Blaubeeren können den Erhalt des ordentlichen nächtlichen Sehens erhalten“ und der Slogan eines Produkts, das unter anderem Cranberry-Extrakt enthält und Bakterien darin hindern soll, in den Harnwegen Entzündungen auszulösen. Auch diverse andere Versprechungen zu Omega-3-Fettsäuren und zur Wirkung von Stutenmilch, Papaya, Haifischöl oder Probiotika hat die EFSA als nicht zuverlässig bewertet.

Wie kam es überhaupt zu der Überprüfung der Werbeslogans?

Als die Menge an „gesunden Versprechungen“ immer unübersichtlicher wurde und weil die Gesetzeslage sich von EU-Land zu EU-

allen nährwert- und gesundheitsbezogenen Angaben für Lebensmittel, die so genannten Health Claims.

Zur Durchsetzung der Verordnung wurden die Lebensmittelhersteller von der EU aufgefordert, bis Ende 2008 an die zuständige nationalen Behörden zu melden, mit welchen Gesundheitsversprechungen sie ihre Produkte bereits bewerben oder bewerben möchten. Dabei kamen EU-weit unglaubliche 44.000 Einträge zusammen. Gefiltert und sortiert ergab das eine Liste von 4.600 Angaben, die die EFSA auf der Grundlage von Studien bewerten musste oder noch bewerten wird. Manche betreffen die (positive) Entwicklung von Kindern, andere sollen das Risiko für eine bestimmte Erkrankung mindern oder einer Firma das Recht geben, ein ganz

bestimmtes Milchsäurebakterium als Schutz gegen Magen-Darm-Erkrankungen zu bewerben.

Alle nicht akzeptierten Slogans dürfen die Lebensmittelhersteller jetzt noch 6 Monate lang verwenden. Aber Anfang Dezember 2012 ist damit Schluss. Claims, für die die Bewertung noch nicht abgeschlossen ist, darf der Hersteller/Anbieter in eigener Verantwortung weiterhin benutzen, er untersteht dann nationalem Recht. Verbraucher werden das nicht bemerken, sie müssen sich auf die Kontrollorgane ihres Landes verlassen können – die allerdings meist überfordert sind.

Dem Ziel eines EU-weiten Registers mit geprüften Health Claims ist die EU damit ein Stück näher gekommen. Ob sich die Liste für den Verbraucher positiv auswirkt, ist jedoch fraglich. Sie könnte die Le-

bensmittelhersteller dazu bringen, häufiger genau jene Stoffe unter ihre Produkte zu „rühren“, für die es einen zugelassenen Health Claim gibt ... um dann mit dem erlaubten Slogan für ihr Brot, ihr Getränk oder ihre Fruchtgummis zu werben. Egal, was sonst noch drin steckt.

Pressemitteilung 25. Mai 2012

Gute Pillen – Schlechte Pillen
August-Bebel-Str. 62
D-33602 Bielefeld
Redaktion@GP-SP.de
www.gutepillen-schlechtepillen.de

Gute Pillen - Schlechte Pillen ist ein Gemeinschaftsprojekt von: DER ARZNEIMITTELBRIEF, arzneitelegramm, Pharma-Brief und Arzneverordnung in der Praxis (AVP) Alle beteiligten Zeitschriften sind Mitglied der International Society of Drug Bulletins (ISDB)

¹ Auf der Webseite von GPSP finden Sie mit dem Stichwort Nahrungsergänzungsmittel zahlreiche Beiträge.

² Europäische Kommission, Pressemitteilung vom 16. Mai 2012, Lebensmittel: Wichtiger Beschluss der Kommission zu Liste mit gesundheitsbezogenen Angaben

³ Wir möchten daran erinnern, dass die EFSA wegen ihrer Industrienähe mehrfach in der Kritik stand.

⁴ Übersetzung der Claims aus dem Englischen durch GPSP

⁵ Es handelt sich um Claims nach Art. 13 und Art. 14 der Verordnung EU Nr. 1924/2006. [http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?](http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:2006R1924:20080304:DE:PDF)

[uri=CONSLEG:2006R1924:20080304:DE:PDF](http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:2006R1924:20080304:DE:PDF)

⁶ Liste der geprüften Health Claims: <http://ec.europa.eu/nuhclaims/?event=search>

**Der nächste VDPP-Rundbrief
erscheint im Oktober 2012.**

**Redaktionsschluss ist
am 30. September 2012.**



Vorstand:

Jana Böhme
rix47@gmx.de

Bernd Rehberg
bernd@bernd-rehberg.de

Dr. Thomas Schulz
TGSchulz@web.de

Florian Schulze
Florian.schulze@web.de

Geschäftsstelle:

**Verein Demokratischer
Pharmazeutinnen
und Pharmazeuten e. V.
Neptun-Apotheke
Bramfelder Chaussee 291
22177 Hamburg**

**Tel.: 040 63917720
Fax: 040 63917724**

**geschaefsstelle@vdpp.de
www.vdpp.de**