

VDPP • RUNDBRIEF

22. Jahrgang

4 / 2010

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
77 INHALT

45 Jahre Pharmazie Ost

**Arzneimittelüberwachung
am Beispiel des illegalen
Arzneimittelhandels**

**Frauseminar 23.- 24.
April 2010 in Berlin**

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

da ist sie, die 78. Ausgabe des VDPP-Rundbriefs. In Nr. 77 hatten wir vergessen, den Autor des Beitrags zur Initiative zur Zusammenarbeit angehender Gesundheitsberufler (IZaG) zu nennen, es war Stefan Rack, Pressebeauftragter des Bundesverbandes der Pharmaziestudierenden (BPhD).

Ansonsten enthält auch dieser Rundbrief wieder eine Mischung aus (mehr oder weniger) Aktuellem, Zeitlosem und Historischem.

Das Titelbild von Thomas Schulz entstand während der Barkassenfahrt im Rahmen der letztjährigen VDPP-Mitgliederversammlung. Wir können nur die Bitte wiederholen, der Redaktion nicht nur Textbeiträge zuzuschicken, sondern auch beim Fotografieren gelegentlich an den Rundbrief zu denken.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

das Redaktionsteam

*Redaktionsschluss für den
VDPP-Rundbrief Nr. 78:
31. Mai 2010*

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: geschaeftsstelle@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

Grußwort des Vorstands

Katja Lorenz 3

Warum sollen die Beiträge steigen?

Thomas Schulz 4

45 Jahre Pharmazie Ost (Teil 1)

Ingeborg Simon 7

Arzneimittelüberwachung und Gesundheitsförderung am Beispiel des illegalen Arzneimittelhandels

Udo Puteanus 10

BUCHBESPRECHUNGEN

Udo Puteanus

**Ein Aufruf für mehr
Patientenberatung** 12

**Warum chronisch Kranke ihr Arznei-
mittel nicht richtig einnehmen**

13

Zur Ablösung von Prof. Sawitzki

Florian Schulze 13

**Seminar „Frauen und HIV/AIDS –
Nur eine Minderheit?“**

14

Vorstand 24. Januar 2010

Katja Lorenz 16

**Gesundheitsförderung –
Erleichterter Einstieg durch
neue Angebote der BzGA**

Udo Puteanus 16

**Direct-to-consumer
communication by
pharmaceutical companies?
Europeans deserve better**

17

TERMINE

21

DOKUMENTATION

Kein ärztlicher Sonderweg 22

**Zur Methode der
Knochenalterbestimmung** 23

Es geht auch anders 24

**Gegen weitere Entsolidarisierung
im Gesundheitswesen** 25

**Peter Sawicki – Opfer auf dem
Altar der Klientelpolitik**

vdää 26

**Überschuldung und Zuzahlungen
im deutschen Gesundheitssystem**

E. Münster et al. 26

**Erich Wulff –
Arzt und politischer Intellektueller**

Hans-Ulrich Deppe 27

Grußwort des Vorstands

Liebe Leserinnen und Leser,

dieses Grußwort ist streng genommen keines des Vorstandes, sondern eines seiner Referentin. Bis Ende März war ich das noch. Nach über drei Jahren gebe ich den Job ab. Es war eine spannende, interessante, mitunter auch anstrengende Arbeit. Doch nun möchte ich Zeit und Raum für Neues.

Die Stelle einer/s Referentin/en wurde auf Beschluss der Mitgliederversammlung 2006 geschaffen. Was hatte dazu geführt? Der Vorstand hatte in seinem wieder sehr kurzen Rechenschaftsbericht gefordert, dass die Mitgliederversammlung

von der Geschäftsstelle war die einzige Hauptamtliche des VDPP. Die aktiven Mitglieder waren zumeist auch in anderen Gremien viel beschäftigt.

Der Vorstand wollte diesen Mangel nur noch höchstens ein Jahr verwalten. Diese Ankündigung war als Provokation gedacht und wurde auch so verstanden. Schnell einig waren wir uns, dass eine Auflösung nicht gewollt war. Am Ende der sehr lebhaften Diskussion standen zwei Aktivitäten: der Vorstand sollte in einem Art Alarmbrief den Mitgliedern die angespannte Situation in aller Dringlichkeit schildern und sie zur Mitarbeit motivieren. Außerdem wurde in den Finanzplan 2007 Geld für die Stelle einer/s Referentin/en des Vorstandes eingestellt. Die Stellenausschreibung erfolgte im Herbst.

Aus meiner Sicht war das die richtige Entscheidung! Nicht nur, weil ich die Stelle bekam, sondern, weil danach wirklich ein Ruck durch den Verein ging. In der Folge gelang es uns, den Verein wieder zu beleben. Die Herbst- und Frauenseminare finden wieder statt, und die Fachpresse berichtet davon. Die Mitglieder und am Verein Interessierten werden wieder mit dem Newsletter und viermal jährlich mit dem Rundbrief versorgt. Die Homepage wurde einer Modernisierung unterzogen. Sie wird ständig aktualisiert und verfügt nun auch über einen passwortgeschützten internen Bereich, in dem u. a. die Protokolle der Vorstandssitzungen zu finden sind. In diesem Bereich konnte auch stets der Stand der Diskussion zur Überarbeitung des Vereinsprogramms verfolgt werden. Dass wir es sinnvoll fanden, unser Programm neu zu fassen, zeigt doch, dass wir an die Notwendigkeit des Vereins glauben und auch bereit sind, etwas dafür zu tun.

Wir sind präsent geworden in der gesundheitspolitischen Öffentlichkeit. Zur Feier des 20. Geburtstages

des VDPP im letzten Jahr bekamen wir viele Glückwünsche. Zahlreiche GratulantInnen kamen selbst vorbei. Für mich ist auch ein Maßstab, dass ich nicht mehr andauernd erklären muss, wer wir sind. Immer öfter passiert es, wenn ich zu der üblichen Erläuterung ansetze, dass mein Gegenüber bereits Bescheid weiß!

Wir haben viel geschafft, und es gibt viel zu erhalten und entwickeln. Deshalb bin ich froh, dass es nach meiner Ankündigung, zum April aufzuhören, nie zur Debatte stand, die Stelle einfach wieder einzusparen. Noch froher macht mich, dass auf unsere Stellenausschreibung hin vielversprechende Bewerbungen eingegangen sind. Die Vorstellungsgespräche finden Mitte April statt.

Ich bin auch überzeugt davon, dass der Wechsel uns sehr gut tun und neuen Schwung bringen wird. Ich freue mich darauf, der/dem Nachfolger/in meine Arbeit übergeben zu können. Ich bin neugierig, was sie daraus machen. Dann bin ich wieder „nur“ noch Mitglied im VDPP. Auch darauf freue ich mich.

Vielen Dank an alle, die mich als Referentin unterstützt haben.

Katja Lorenz,
Referentin des Vorstandes



**Nur eine Minderheit?
Frauen mit HIV/AIDS**

Seminar für Frauen

**am Samstag,
dem 24. April 2010,
im Café Seidenfaden,
Berlin Mitte,
Dircksenstraße 46,
10178 Berlin**

(Näheres s. Seite 14)

über die Auflösung des Vereins beraten sollte. Er sah sich auf Grund der geringen personellen Besetzung zu inhaltlicher Arbeit kaum mehr im Stande. Es gab mehr Aus- als Eintritte, der Rundbrief erschien nur noch sporadisch, einen Newsletter gab es nicht mehr, die Homepage wurde viel zu selten aktualisiert. In politische Diskussionen konnten wir so nicht eingreifen und öffentlichkeitswirksam war das alles auch nicht. Aber womit sollten wir auch werben: die vereinsoffenen Seminare konnten schon lang nicht mehr organisiert werden. Gudrun Meiburg

Warum sollen die Beiträge steigen?

von Thomas Schulz

Was ist in den letzten 21 Jahren eigentlich billiger geworden? Der Mitgliedsbeitrag des VDPP! Wir starteten im Jahr 1989 mit einem Mitgliedsbeitrag von 10 DM und senkten ihn bei der Einführung des Euro auf 5 Euro. Seitdem beträgt der Standardbeitrag fünf Euro.

Nun sind wir an einem Punkt angekommen, wo die finanziellen Reserven des Vereins, die wir in den Jahren der geringen Aktivitäten angesammelt hatten, dem Ende entgegen gehen und wir als Vorstand reagieren müssen. Zur Veranschaulichung zwei Zahlen: Ende 2006 hatte der Verein ein Vermögen von 28.000 Euro, Ende 2008 waren es nur noch 17.000 Euro. Die Zahlen für 2009 werden zur MV vorgelegt aber die Tendenz ist klar, wir geben derzeit mehr Geld aus als wir einnehmen. Bereits im letzten Rechenschaftsbericht hatten wir auf die Notwendigkeit der Verbesserung unserer Einnahmesituation hingewiesen. Seit drei Jahren beschäftigen wir eine Referentin für den Vorstand, und wir alle haben miterleben können, welchen Erfolg diese Entscheidung für den Verein gebracht hat. Ohne alle Fortschritte ausschließlich der Referentin zuschreiben zu wollen, möchte ich auf die vielen Seminare, die wir in den letzten Jahren durchgeführt haben, sowie die wesentlich verbesserte Außendarstellung unseres Vereins hinweisen. Wir werden wahrgenommen, und wir können und wollen uns zu vielen Problemen im Gesundheitsbereich äußern.

Diese Aktivitäten haben dazu geführt, dass der Verein wieder das macht, wofür wir ihn gegründet haben. Wir arbeiten und geben damit auch Geld (Mitgliedsbeiträge und VDPP-Vermögen) aus. Neben den Kosten für die Referentin und die Organisation der Seminare, ent-

stehen höhere Kosten für die Geschäftsstelle (weil z. B. viel öfter Briefe und Rundbriefe verschickt werden), für den Druck der (Extra-) Rundbriefe und für die häufige Aktualisierung unserer Website. Wer nun denkt, dass die enthusiastischen pharmazeutischen Massen die Geschäftsstelle mit Mitgliedsanträgen überschwemmen, liegt leider nicht ganz richtig. Bezogen auf



die Mitgliederzahl haben wir den jahrelangen Abwärtstrend aufhalten können, aber das war es dann auch. Derzeit kompensieren die Eintritte die Austritte, was ich als langjähriger Vorstand großartig finde, da ich mich an die Zeiten erinnern kann, wo wir auf unseren Mitgliederversammlungen den Tagesordnungspunkt „Bestätigung neuer Mitglieder“ mangels Masse schnell abhaken konnten ...

Auch unsere zukünftigen Aktivitäten werden Geld kosten. Als Vorstandsmitglied kann ich ankündigen, dass wir auf der nächsten Vorstandssitzung mit den BewerberInnen um die Nachfolge von Katja Lorenz als ReferentIn Gespräche führen werden, und wir daher von einer Fortsetzung dieses Modells ausgehen. Das bedeutet für die zukünftige Planung, dass wir auch weiterhin mehr Geld ausgeben werden als wir derzeit einnehmen. Daher werden wir

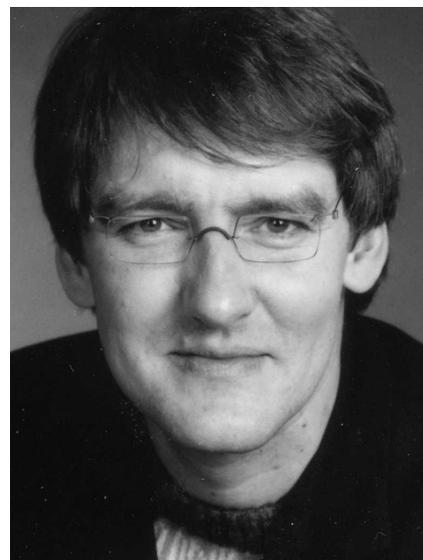
der Mitgliederversammlung eine neue Beitragsordnung zur Entscheidung vorlegen.

In Anlehnung an das Abopreismodell der Taz haben wir zwei Beiträge vorgesehen, den Standardbeitrag von 10 Euro pro Monat und den Förderbeitrag von 20 Euro im Monat. Unverändert bleiben die Ermäßigungen für Studenten, Arbeitslose, Auszubildende und Praktikanten. Wie bisher kann in besonderen Fällen ein Antrag auf Beitragsminderung oder -erlass beim Vorstand gestellt werden.

In der gegenwärtigen Situation, wo die Tigerentenkoalition ihre Unfähigkeit und Inkompetenz jeden Tag aufs Neue unter Beweis stellt und alle warten, was nach der NRW-Wahl passieren wird, müssen wir als VDPP weiterhin aktiv, gut vorbereitet und selbstbewusst Positionen vertreten.

Im Namen des Vorstandes bitte ich Euch um Eure Unterstützung für die erste Beitragserhöhung in der Geschichte des VDPP. Gute Arbeit sollte uns einen fairen Beitrag Wert sein.

Thomas Schulz
für den Vorstand



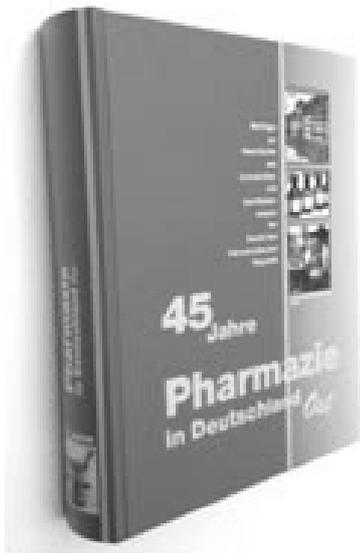
45 Jahre Pharmazie Ost

Berichte aus einem untergegangenen Land (1. Folge)

von Ingeborg Simon

Vorbemerkung

In loser Folge werde ich – wie bereits im Rundbrief VDPP 75 angekündigt – aus der 649 Seiten (DIN A 4) umfassenden Buchveröffentlichung „45 Jahre Pharmazie in Deutschland Ost“ kurz zusammengefasst solche Themenbereiche vorstellen, deren Inhalte nicht nur wissenschaftlich sind, sondern auch immer noch als Anregung dienen könnten bei der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Arzneimittel- und Apothekenwesens in der Bundesrepublik.



Jedes Kapitel dieses Buchs ist von einem Autor verfasst, der selbst am Aufbau und an der Fortschreibung des DDR-Pharmaziewesens großen Anteil hatte. Das zeigt sich an der kenntnisreichen Wiedergabe einer Fülle von Fakten und Ereignissen, zu der jemand von „außen“ gar nicht in der Lage wäre. Natürlich bedeutet das gleichzeitig, dass hier auch subjektive Aspekte einfließen. Als Zeitzeugen sehen sie ihre Aufgabe darin, die DDR-Pharmazie von 1945 bis zu ihrem abrupten Ende 1990 akribisch nachzuzeichnen. Späteren Historikergenerationen sollen diese Berichte als Zeugnisse im Kontext größerer Zusammenhänge und aus der gebotenen zeitlichen Distanz dienen.

Eigentlich wäre es auch geboten, die herausragenden Persönlichkeiten des Pharmaziewesens bei der Wiedergabe der Kapitel zu beachten. Aus Platzgründen muss ich leider darauf verzichten.

DIE PHARMAZEUTISCHE HOCHSCHULAUDBILDUNG

(inhaltliche Kurzfassung des 9. Kapitels, verfasst von Oberpharmazie-rat Prof. Dr. Siegfried Pfeifer)

9.1. Die pharmazeutische Hochschulausbildung

Am Ende des Zweiten Weltkrieges befanden sich in der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) und der Viersektorenstadt Berlin Pharmazeutische Institute in Berlin, Jena und Leipzig. Für die weitere Entwicklung der Hochschulpharmazie in der SBZ und späteren DDR waren der bestehende Nachholbedarf an Apothekern, die geringe Ausbildungskapazität und die Absicht, die pharmazeutischen Wissenschaften zu fördern, maßgeblich. So entstanden bald wieder pharmazeutische Institute an den Universitäten von Greifswald, Halle und Rostock, die 1938 per Erlass des zuständigen Reichsministeriums geschlossen worden waren. In Berlin, Jena und Leipzig brauchte es einige Zeit, um den dortigen bei Kriegsende unterbrochenen Lehrbetrieb (meist bedingt durch Kriegsschäden an den Räumlichkeiten) wieder aufzunehmen.

In den folgenden 20 Jahren entwickelten sich die sechs entstandenen Institute zu soliden Ausbildungs- und Forschungsstätten auf der Grundlage kontinuierlich weiterentwickelter Studienpläne. Deutliche Veränderungen wurden in den 60er Jahren eingeleitet mit Blick auf die stärkere Verschiebung des Aufgabenspektrums der Apothekerberufs hin zu Leitungsaufgaben im staatli-

chen Arzneimittel- und Apothekenwesen. Das hatte eine Reduzierung der Immatrikulationszahlen und damit einhergehend die Schließung der Institute in Jena und Rostock sowie die Einstellung der pharmazeutischen Ausbildung in Leipzig zur Folge.

Im August 1945 wurde in Berlin (Dahlem) das 1902 eingeweihte Pharmazeutische Institut in den nach dem Krieg verbliebenen unbeschädigten Räumen wiedereröffnet. Der Lehrbetrieb setzte erst im Januar 1947 wieder ein. Bis 1948 studierten hier alle Pharmaziestudenten Berlins, die entweder an der Berliner Universität (später Humboldt-Universität) oder an der Technischen Universität eingeschrieben waren. Das änderte sich schlagartig mit der Währungsreform 1948. Die in Ostberlin wohnenden Studierenden waren jetzt gezwungen, einen Teil ihrer Studiengebühren in „Westgeld“ zu entrichten, was vielen nicht möglich war. Es musste also für die SBZ eine eigene Lösung gefunden werden. Die Ostberliner Humboldtuniversität (HU) sah sich gezwungen, ein eigenes Pharmazeutische Institut zu errichten. Sie stellte die erforderlichen Räume im Institut für Veterinärchemie zur Verfügung und vergab die erforderlichen Lehraufträge. Bereits im Mai 1950 konnten 30 Immatrikulierte das Studium der Pharmazie aufnehmen. Ab 1952 entwickelten sich neue Ausbildungsformen, es wurden jährliche mehrtägige Fortbildungslehrgänge für Apotheker angeboten, Forschungsprofile in der Arzneimittelanalytik und Naturstoffchemie herausgebildet und 1957 eine Arbeitstagung über Pharmazeutische Technologie und Arzneiformenlehre organisiert, an der die bekanntesten Galeniker aus Europa zusammenkamen. Im Studienjahr 1961 wurden die Abteilungen für Pharmazeutische Chemie und für Galenik und Pharmazeutische Tech-

nik eingerichtet. Sie erfuhren eine Gleichstellung als eigenständige Wissenschaftsgebiete eines Instituts, damals ein Novum in der DDR.

Mit der für die DDR einschneidenden III. Hochschulreform 1967/68 wurden auch in der Pharmazie Studienpläne und universitäre Strukturen deutlich verändert mit nachhaltiger Wirkung für die Forschung. In der Folge kam es in Greifswald und Halle zur Bildung selbständiger Sektionen Pharmazie. In Berlin entsprachen die Studienzahlen nicht den Vorgaben zur Sektionsbildung und es kam deshalb zur Zusammenlegung des Pharmazeutischen Instituts mit verwandten Bereichen der Chemie zu einer Sektion Chemie 1968. Mit einer Einschränkung der Zulassungszahlen durch das Gesundheitsministerium (s. o.) wurden die Pharmazeutischen Institute in Jena und Rostock geschlossen. In Berlin kam es dagegen nur zu einer zeitweiligen Einschränkung bei der Immatrikulation zwischen 1974 und 1978, die ab Herbst 1978 wieder aufgehoben werden musste, weil die staatlich vorgegebenen Ausbildungszahlen sich als zu niedrig erwiesen. In der Zeit der eingeschränkten Aufnahmezahlen übernahm das Berliner Institut allerdings neue Aufgaben. Aufgrund der 1974 in der DDR eingeführten gesetzlich geregelten Weiterbildung für Apotheker zu Fachapothekern wurden in Berlin die Weiterbildungsaufgaben der Arzneimittelkontrolle und -technologie sowie Vorträge in Allgemeinpharmazie zu einem neuen Schwerpunkt.

Mit dem neuen Studienplan von 1975 kam es im Pharmazeutischen Institut Berlins zur Etablierung der neuer Lehrstühle für Arzneimittelkontrolle und Biopharmazie.

Mit der Wiederaufnahme des in den 70er-Jahren unterbrochenen Lehrbetriebs wurden mit erweiterten Angeboten und Räumlichkeiten die Voraussetzungen für die Bildung einer selbständigen Sektion in den 90er-Jahren geschaffen. Dieser Prozess erhielt seinen Abschluss mitten

in der „Wende“ im Juni 1990. (Anm. I.S. : Die weitere Entwicklung ist nicht mehr Gegenstand der Berichterstattung.)

In **Greifswald** erfolgte die Gründung eines pharmazeutisch-chemischen Instituts im März 1946 und nahm damit eine ins 16. Jahrhundert zurückreichende Tradition der Greifswalder Universität als pharmazeutische Ausbildungsstätte wieder auf. Das Pharmazeutische Institut nahm aufgrund räumlicher und wissenschaftlicher Weiterentwicklungen ständig an Bedeutung zu, die im Rahmen der III. Hochschulreform 1967/68 Ende Dezember 1968 zur Gründung der Sektion Pharmazie führte. Ab 1977 kam die Etablierung weiterer Wissenschaftsbereiche entsprechend neuer Studienpläne hinzu wie Arzneimittelkontrolle, Biopharmazie, Pharmazeutische Biologie, Pharmazeutische Technologie und Sozialpharmazie. Schon 1971 kam es auch zur Ausbildung von jährlich 10 Studierenden der Spezialisierungsrichtung „Experimentelle Pharmakologie/Toxikologie“, die 1975 zu einer Fachrichtung mit eigenem Studienplan wurde. 1987 erfolgte die letzte Immatrikulation in dieser Fachrichtung an der Sektion Pharmazie.

Die Wiederaufnahme des pharmazeutischen Lehrbetriebs an der Universität **Halle** im Winter 1946 erfolgte kriegsbedingt unter starken Einschränkungen. Trotz räumlicher Verbesserungen mussten die Studenten (150 im Jahr 1956/57) noch bis in die 60er-Jahre hinein teilweise im Mehrschichtsystem arbeiten. Entspannung brachte erst ein Neubau Mitte der 60er-Jahre. Mit der Vereinigung des Pharmazeutischen und Pharmakognostischen Instituts zum Institut für Pharmazie im Dezember 1967 entstand die räumlich größte und personell und apparativ am besten ausgestattete Ausbildungsstätte für die Apotheker in der DDR. Im August 1968 – im Rahmen der III. Hochschulreform – entstand die Sektion Pharmazie mit 6 Lehrbereichen. Erwähnenswert ist die Errichtung eines von der Medizin unabhängigen Lehrstuhls für Pharmakologie 1967 mit den sich

daraus ergebenden Ansätzen für eine interdisziplinäre Forschung. 1967 wurde hier auch erstmals das Fachgebiet Biopharmazie in der DDR etabliert und ab 1970 der Aufbau des Lehrbereichs Organisation und Ökonomie des Arzneimittelwesens begonnen. 1984 wurde der Lehrstuhl Arzneimittelkontrolle im Fachbereich Pharmazeutische Chemie eingerichtet.

Die Universität **Jena** nahm nach dem Ende des II. Weltkrieges als erste Universität in der SBZ im Oktober 1945 ihre Tätigkeit wieder auf. Da das Institut für Pharmazie und Lebensmittelchemie kaum Kriegsschäden erlitten hatte, konnte die Ausbildung kontinuierlich fortgesetzt werden. Neue Impulse für eine zukunftsorientierte Weiterentwicklung des Studiums begannen Anfang der 50er Jahre, die mit einer Modernisierung der Ausstattung, einer Erweiterung der Raumkapazitäten und der Etablierung des Ausbildungsbereichs Galenik und pharmazeutische Technik entsprechend der neuen Studienpläne deutlich hervortrat. Ab 1965 wurde die Ausbildung in Pharmakognosie zu einem Schwerpunkt in Jena.

Von Jena gingen zahlreiche Impulse für die Entwicklung der wissenschaftlichen Pharmazie in der DDR aus. In den 60er Jahren wurden unter Berücksichtigung der für den Apotheker vorgesehenen künftigen Aufgaben die Absolventenzahlen reduziert und die Schließung von Instituten bzw. die Einstellung der pharmazeutischen Ausbildung beschlossen. Neben Rostock wurde 1970 auch die Schließung des Jenaer Instituts vollzogen.

Obwohl das Pharmazeutische Institut in **Leipzig** nur wenige Kriegsschäden aufwies, begann das Studium nach dem Krieg erst zum Sommer 1947 und galt bis 1949 nur als Provisorium. Wegen des akuten Mangels an Apothekern in der SBZ/DDR (noch 1953 mit 650 beziffert) stand zunächst die maximale Auslastung des Instituts hinsichtlich der Studienzahlen im Vordergrund. Gleichzeitig mussten die Fachbereiche Pharmakognosie und Galenik

fortgeführt bzw. eingerichtet werden. Wegen des hohen Bedarfs an Apothekern wurde an der Uni Leipzig 1955 für Vorexamierte (Abitur und Apothekenpraktikum von 2 Jahren) ein sog. Organisiertes Selbststudium eingerichtet, das von Mitarbeitern des Pharmazeutischen Instituts betreut wurde. Daraus entwickelte sich später ein Fernstudium der Pharmazie.

Mit dem staatlichen Beschluss in den 60er-Jahren, die Absolventenzahlen zu reduzieren, die zur Schließung der Universitäten in Jena und Rostock führten, kam auch das Ende der pharmazeutischen Ausbildung in Leipzig. Im Zuge der III. Hochschulreform wurde das Pharmazeutische Institut als ein Wissenschaftsbereich der Sektion Biowissenschaften zugeordnet (1968). Weder die damals betroffenen Studenten noch der wissenschaftliche Lehrkörper konnten den Beschluss des Ministeriums nachvollziehen. Er wurde als „dogmatisch“ kritisiert. Allerdings blieb der Lehrkörper in Leipzig erhalten. Nach übernommenen Ausbildung- und Forschungsaufgaben bei den Biologen und Biochemikern stand er bis 1973 auch als Betreuer des Fernstudiums der Pharmazie zur Verfügung. Ab 1974 wurde den pharmazeutischen Lehrern dann die Verantwortung für die Umsetzung der gesetzlich geregelten Fachweiterbildung der Apotheker mit Schwerpunkt Arzneimitteltechnologie übertragen.

Ab Wintersemester 1946 wurde Pharmaziestudenten an der Universität **Rostock** die Ausbildung zum Apotheker (wieder) ermöglicht. Ab 1948 waren die Voraussetzungen für eine Pharmazeutische Abteilung innerhalb des Chemischen Instituts gegeben. Im November 1954 entstand ein eigenständiges Pharmazeutisch-chemisches Institut. Insgesamt blieb die räumliche, personelle und materielle Ausstattung eher bescheiden. Mit der Änderung des Berufsbildes des Apothekers hin zur Übernahme vorrangig leitender Funktionen und den daran gekoppelten Abbau an Studienplätzen wurde das Rostocker Institut 1965 geschlossen.

9.2. Die Studienpläne

Bis 1952 erfolgte das Studium der Pharmazie noch auf der Grundlage der Prüfungsordnung von 1934 (Modellabitur, 2-jähriges Apothekenpraktikum mit Vorexamensabschluss, dann Studium). Entsprechend der jeweiligen personellen Möglichkeiten wurden an einzelnen Universitäten neben den klassischen Ausbildungsfächern für geringe Studentenzahlen besondere Fächer angeboten wie Pharmakologie und Galenik in Berlin oder Homöopathie und Geschichte der Pharmazie in Greifswald. Obligatorisch für alle war ein gesellschaftswissenschaftliches Grundstudium mit politischen, sozialen und philosophischen Fragestellungen der Gegenwart. Die Auswahl für Studenten war zunächst freigestellt.

Die weitere Entwicklung in der DDR war durch drei sog. Rahmenstudienpläne in den Jahren 1951/52, 1967/69 und 1975 gekennzeichnet mit zwischenzeitlichen Modifizierungen und Präzisierungen. Die Verantwortung der Ausarbeitung lag beim Wissenschaftlichen Beirat des Ministeriums für Hoch- und Fachschulwesen (Vorläufer: Staatssekretariat für Hoch- und Fachschulwesen), der die staatlichen Vorgaben zu berücksichtigen hatte, soweit sie alle Studienrichtungen betrafen. Das galt nicht für die fachspezifische Gestaltung der Lehrgebiete und -inhalte, wo weitgehende Unabhängigkeit bestand. Maßgebend waren natürlich das Berufsbild des Apothekers und die Approbationsordnung. Die Vorschläge des Beirats durchliefen ab der 60er Jahre einen breiten Beteiligungs- und Diskussionsprozess mit der Pharmazeutischen Gesellschaft der DDR (als Standesvertretung der Apotheker), dem Gesundheitsministerium, der Industrie, der Gesellschaft für Pharmakologie und Toxikologie und den Instituten des Arzneimittel- und Apothekenwesens. Nach erneuter Beratung im Wissenschaftlichen Beirat wurde dem Ministerium eine Endfassung zur Unterschrift vorgelegt, damit der Rahmenstudienplan in Kraft treten konnte.

Für die Studienrichtung Pharmazie wurde 1951 eine Studienplankommission etabliert, der die Direktoren der pharmazeutischen Institute angehörten. Daraus ging später der Wissenschaftliche Beirat hervor, der bis 1990 in wechselnder Zusammensetzung aus Hochschullehrern und Studenten aller an der Ausbildung beteiligten Einrichtungen bestand. Der erste Studienplan von 1952 brachte wesentliche Neuerungen:

- Zur Zulassung zum Studium reichte das Abitur, Vorexamen mit Praktikum entfiel ersatzlos
- Studienzeit wurde auf 8 Semester verlängert
- Zur Ergänzung der Vorlesungen und Praktika wurden Seminare eingeführt
- Freistellung in den beiden ersten Semestern von ganztägigen Praktika zugunsten des Studiums der Grundlagenwissenschaften Chemie, Physik und Botanik
- Wie für alle Studienrichtungen wurden das Studium der Gesellschaftswissenschaften, der Literatur und der Russischen Sprache obligatorisch
- Obligatorisch wurden die Fächer Physikalische Chemie, Galenik und Pharmazeutische Technik, Pharmakologie (incl. Anatomie, Physiologie und Pathologie)

In diesem Studienplan kam es bereits 1955 zu Modifizierungen, nachdem sich die Unkenntnis über das Apothekenwesen zu Studienbeginn als nachteilig für das Verständnis von Studieninhalten zeigte. Jetzt wurde initiiert und gelenkt durch die Hochschulinstitute ein einjähriges Berufspraktikum nach einheitlichen Richtlinien in ausgewählten Apotheken eingeführt, um das ausreichende Kennenlernen der Apotheke und ihrer Tätigkeitsfelder (Ausnahme: Arzneimitteluntersuchungen) zu ermöglichen. Dem folgten zur Vertiefung der praktischen Ausbildung jeweils 6-wöchige Berufspraktika nach dem 1., 2. und 3. Studienjahr.

Diese Struktur blieb bis 1967 bestehen, abgesehen von einzelnen Veränderungen wie etwa einer Schwerpunktverlagerung von der Pharma-

zeutischen Chemie hin zur besseren pharmazeutisch-technologischen Ausbildung oder der Fortfall des gelenkten einjährigen Praktikums in der Apotheke. An dessen Stelle trat eine einjährige Lehrzeit gekoppelt an anschließende Eignungsgespräche durch die Institute, da es wesentlich mehr Bewerber als Plätze gab.

Mitte der 60er Jahre wurde eine Reform des Pharmaziestudiums aktuell, die 1967/69 zur Weiterentwicklung des alten Rahmenstudienplanes führte. Maßgeblich für die Veränderungen waren das „Berufsbild des Apothekers“ von 1967, die Umgestaltung des Hochschulwesens im Rahmen der III. Hochschulreform und die rasche internationale Entwicklung der Arzneimittelwissenschaften.

Die neuen Anforderungen an die Ausbildung waren davon bestimmt, dass eine Verschiebung des Aufgabenbereichs des Apothekers hin zu verantwortlichen leitenden Funktionen im Arzneimittel- und Apothekenwesen beabsichtigt war. Die Information der Ärzte, die Entwicklung und Produktion von Arzneiformen und in der Arzneimittelkontrolle, Aufgaben in der Hoch- und Fachschulausbildung, in der Forschung und in staatlichen Verwaltungen und der Nationalen Volksarmee sollten die neuen Schwerpunkte werden.

Zu den neuen Anforderungen an die Ausbildung gehörten

- die Erweiterung/ Vertiefung pharmazeutisch-technologischer Ausbildung incl. industrieller Belange
- in der Pharmazeutischen Chemie Verstärkung der pharmazeutisch-analytischen Ausbildung
- die Erweiterung der pharmakologischen Ausbildung (Biochemie, Physiologie) zur Qualifizierung zum sachgerechten Arztberater
- statt Gesetzeskunde Vorlesungen zur Organisation und Ökonomie des Arzneimittelwesens mit Berücksichtigung des gesellschaftlichen Elementes der Pharmazie

Der sich daraus ergebende neue Rahmenstudienplan von 1967 sah als wichtige Neuerung zum Studienabschluss die Anfertigung einer Diplomarbeit vor.

Dieser Studienplan wurde im Rahmen der III. Hochschulreform im Hinblick auf die hier vorgegebenen neuen Ausrichtungen noch mal überarbeitet, in der Fachpresse zur Diskussion gestellt und auf dem IV. Deutschen Apothekertag beraten, ehe er 1969 in Kraft gesetzt wurde.

Das Studium gliedert sich nun in ein Grund- und ein Fachstudium von je 4 Semestern, dem sich ein Spezialstudium von 1 bis 2 Semestern anschließt zur Anfertigung einer Diplomarbeit. Das Fachstudium endet mit der Hauptprüfung, die alle Kernfächer umfasst. Die Diplomarbeit war zu verteidigen. Nach den einzelnen Semestern gab es Zwischenprüfungen. Das Grundstudium umfasste Kenntnisse in den naturwissenschaftlichen Grundlagenfächern, das Fachstudium vermittelte neben der Pharmazeutischen Chemie Pharmazeutische Technologie, Pharmazeutische Biologie und Pharmakologie ergänzt mit der Vorlesung zur Pharmazeutischen Ökonomie und Organisationswissenschaften (ab 1988 Sozialpharmazie). Integriert war ein 4-wöchiges Praktikum in Apotheken nach dem 1. Studienjahr und ein 3-monatiges Praktikum nach dem 4. Studienjahr, das wahlweise in der Industrie, den Pharmazeutischen Zentren oder wissenschaftlichen Einrichtungen absolviert werden konnte und die Anfertigung einer wissenschaftlichen Arbeit forderte.

Die rasche Entwicklung der Arzneimittelwissenschaften machte in immer kürzer werdenden Zeiträumen eine Weiterentwicklung geltender Studienpläne erforderlich. Ein Ergebnis war der Rahmenstudienplan von 1975. Es hatte sich gezeigt, dass die Erforschung und Entwicklung neuer Arzneimittel in der DDR durch den Mangel an Kapazität zu experimentellen pharmakologischen und toxikologischen Untersuchungen begrenzt waren. Hier war ein Ausbau im Pharmaziestudium drin-

gend erforderlich. Dem Bedarf wurde entsprochen mit der Etablierung der Fachrichtung Pharmakologie/Toxikologie. Der Studienplan von 1975 weist demgemäß als Grundstudienrichtung in Pharmazie die beiden Fachrichtungen Pharmazie und Experimentelle Pharmakologie/Toxikologie aus. Die fortschreitende Differenzierung der pharmazeutischen Wissenschaften zeigt sich an den neuen Lehrgebieten Arzneimittelkontrolle und Biopharmazie. Medizintechnik, Militärpharmazie, Sozialistische Betriebswirtschaft und Zivilverteidigung kamen ebenfalls neu hinzu. Außerdem sollten zu den Zielen und Schwerpunkten der Ausbildung auch Umweltschutzaufgaben und -probleme, die Landeskultur und der Geheimschutz zu Ausbildungsbestandteilen werden. Noch mal kam es 1984 zu einer Modifizierung mit Vorlesungen zur Geschichte der Naturwissenschaften/Pharmazie und der Wiedereinführung eines einjährigen Vorpraktikums.

9.3. Resümee und kurz gefasste Wertung (Anm. I. S. : durch den Autor dieses Kapitels).

Hier sollte keine historische Wertung erfolgen, sondern nur eine subjektive und unvollständige Einschätzung seitens des Autors:

- Die Entwicklung der Pharmazie in der DDR entsprach internationalem Durchschnitt und ist mit der in der alten BRD vergleichbar. Allerdings erwies sich der planwirtschaftlich begründbare Mangel an apparativer Ausstattung aufgrund eines großen Devisenmangels zunehmend als sehr hinderlich bei den Bemühungen, immer auf höchstem Stand der Entwicklung zu bleiben. Hier musste sehr viel improvisiert werden. Die gute Zusammenarbeit mit verwandten Disziplinen und der besser ausgestatteten Akademie der Wissenschaften konnte die Lage etwas entspannen, aber nicht wirklich verbessern. Dennoch kam es zu beachtenswerten auch international gewürdigten Leistungen.

- Die Studienpläne hielten mit den wachsenden Anforderungen an den Apotheker als „Fachmann für das Arzneimittel“ Schritt. Das Studium wurde immer als der Beginn einer berufsbegleitenden Aus- und Weiterbildung verstanden. Die früh eingeführten Fortbildungslehrgänge an den Unis mündeten schließlich in der gesetzlich geregelten Fachweiterbildung ab 1974 sowie einer freiwilligen Teilnahme an weiterbildenden Veranstaltungen vor allem von der Pharmazeutischen Gesellschaft.

- Der bereits 1951/52 vollzogenen Studiumsverlängerung auf 8 Semester folgte eine weitere Verlängerung auf 10 Semester, um den Studierenden eine ausreichende, dem internationalen Fortschritt angepasste Ausbildung zu sichern mit Berücksichtigung medizinischer Anteile. Die Anfertigung einer Diplomarbeit sorgte nicht nur für eine Gleichstellung der Pharmazie mit anderen naturwissenschaftlichen Disziplinen, sie sollte auch zur Förderung des wissenschaftlichen Niveaus beitragen, zur Erhöhung des geringen Forschungspotenzials bei den Arzneimittelwissenschaften in der DDR und zur Aufwertung des Berufes.

- Die schwerwiegendsten Einschnitte brachte die von Staat und Politik verlangte III. Hochschulreform. Bei der Disziplin der Pharmazie zeigte sie sich weniger krass als in anderen Bereichen, da hier das Berufsbild und die Approbationsordnung einiges abfangen konnten. Neben der angeordneten Politisierung des Studiums brachte die Reform es zur Einführung des Diplomstudiums und führte zu den Sektionsgründungen in Greifswald und Halle, die eine Zusammenführung aller pharmazeutischen Kerndisziplinen bedeuteten. Dort wo das größtenbedingt nicht gelang wie in Leipzig und Berlin, wurde die Pharmazie ein Wissenschaftsbereich unter dem



Dach naturwissenschaftlich mächtigerer Sektionen, was einige Nachteile insbesondere in materieller Hinsicht mit sich brachte.

- Die Forderung der III. Hochschulreform nach einer deutlich stärker auszurichtenden anwendungsorientierten Forschung hatte im Fachbereich Pharmazie deswegen geringere nachteilige Auswirkungen als in anderen Bereichen, weil sich hier mit der pharmazeutischen Industrie und wissenschaftlichen forschungsrelevanten Institutionen der DDR Praxispartner anboten, die häufig eine gute konstruktive und ergebnisreiche Zusammenarbeit brachten.
- Sowohl das Angebot eines „organisierten Selbststudiums“ für Vorexamierte und später auch für die an der Fachschule für Pharmazie ausgebildeten Apothekenassistenten sowie das daraus entwickelte Fernstudium haben sich sehr bewährt.
- Verhängnisvoll war der Beschluss des Gesundheitsministeriums der DDR, die Absolventenzahlen zu reduzieren. Damit ließen sich die Institute in Rostock und Jena nicht halten und Leipzig musste seine Ausbildung in der Pharmazie aufgeben. Diese Entwicklung erfolgte gegen den vielfach prominent vorgetragenen Rat der Fachleute, die vor einer Unter-

versorgung warnten. Erst in den letzten Jahren vor der „Wende“ wurde diese Fehlentwicklung zur Kenntnis genommen und die Zahlen wieder angehoben, zumal sich gezeigt hatte, dass mit der Zentralisierung des Apothekenwesens zu Pharmazeutischen Zentren der Bedarf an Pharmazeuten gestiegen 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.htm>



Arzneimittelüberwachung und Gesundheitsförderung – am Beispiel des illegalen Arzneimittelhandels

von Udo Puteanus

Zum Thema sei auch auf die Fachtagung „Arzneimittelüberwachung und bürgerorientierte Aufklärung im Rahmen der Sozialpharmazie“ hingewiesen, näheres bei den Terminen, S. 21.

Das Internet hat sich inzwischen neben seinen vielen Vorteilen auch zu einer Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung entwickelt, nämlich immer dann, wenn dubiose Arzneimittel oder arzneimittelähnliche Produkte angeboten werden und offensichtlich ihre Käufer finden.

Viel wird über Möglichkeiten und Grenzen der Überwachung des Internets diskutiert. Dabei werden vor allem die Grenzen der Überwachungsmöglichkeiten sehr schnell deutlich. Die Angebote stehen oftmals nur kurz im Internet, die Verreiber sind nicht ausfindig zu machen, oder polizeiliche Maßnahmen lassen sich aufgrund der ausländischen Anschriften in der Regel nicht vollziehen.

Als mögliche Lösung des Problems wird häufig auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Verbraucher mehr als bisher über die Risiken des vermeintlichen Schnäppchenkaufs im Internet aufzuklären. Wenn auf diese Weise die Zahl der Käufe abnimmt, so die Theorie, werden sich die Anbieter von diesem Medium zurückziehen. Inzwischen gibt es eine Vielzahl von Pressemitteilungen, Konferenzen und Broschüren, die genau diese Aufklärung zum Ziel haben. Doch bislang offensichtlich ohne großen Erfolg.

Es soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass auch die örtliche Arzneimittelüberwachung in Nordrhein-Westfalen erheblich mit der Überwachung des internationalen Arzneimittelvertriebs beschäftigt ist. Seit 2004 werden hier die Vorgänge der Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker erfasst, um regelmäßig darüber berichten zu können, welche Produkte in welchem Aus-

maß im Rahmen der Überwachung erkannt und als illegale Importe eingeklassifiziert werden¹. Mit der kontinuierlichen Berichterstattung können Veränderungen und neue Gefährdungen erkannt werden.

Deutlich wird bereits aus dem kurzen Zeitraum der Beobachtung, Dokumentation, Analyse und Bewertung der bearbeiteten Fälle, dass im Internet immer neue Produkte angeboten werden, wenn auch die Inhaltsstoffe insgesamt weniger variieren. Trotz aller Bemühungen, die Bevölkerung über die erkannten Risiken nach klassischem Verfahren zu informieren und so zum Umdenken zu bewegen, ist der Erfolg gering².

Denn dieses Umdenken ist nicht einfach zu bewerkstelligen. So wichtig es ist, die Bevölkerung über die Risiken zu informieren, es reicht offensichtlich nicht aus. Die vermeintliche Schnäppchenjagd im Internet nimmt immer größere Ausmaße an. Enttäuschungen über schulmedizinische Misserfolge, der Wunsch nach „zauberhaften“ Produkten und der Drang nach perfektem Funktionieren mögen drei der diversen Gründe für dieses irrationale Verhalten sein.

Dahinter stehen unter anderem gesellschaftliche Entwicklungen, die jeder bspw. bei einem Besuch der jährlich stattfindenden Bodybuilder-Messe in Essen erkennen kann. Dort wird demonstriert, was man alles aus seinem Körper machen kann. Unter der Hand werden auch die Bezugsquellen genannt, auf die zurückgegriffen werden kann, wenn man mit chemischen Mitteln nachhelfen will. Besonders nachdenklich macht es, wenn man auf der Messe Familien mit Kindern sieht, die auf diese Weise einerseits durch das Elternhaus, andererseits auch durch den Besuch einer solchen Messe beeinflusst werden.

Psychodrogen sind ein anderer Bereich. Auch auf diesem Gebiet tummeln sich die Anbieter, die ihre Pro-

dukte im großen Stil im Internet anbieten und offensichtlich an die Käufer bringen.

Mit unseren klassischen Überwachungsmethoden und auch mit unseren klassischen Aufklärungsmethoden sind wir an Grenzen gestoßen, und es ist wichtig, neue Wege zu finden. Dabei ist es hilfreich, über den Tellerrand zu schauen und von anderen Vorgehensweisen bei der Risikokommunikation und der Weiterentwicklung der „Gesundheitserziehung“ zu lernen. In diesem Zusammenhang ist sicherlich ein Blick auf die sehr erfolgreiche Anti-AIDS-Kampagne der achtziger und neunziger Jahre hilfreich.

Damals erkannte man die Gefahr, die durch die HIV-Übertragung für die Gesundheit der Bevölkerung drohte. Andererseits hatte man aber international erkannt, dass die bisherigen Gesundheitserziehungsmaßnahmen und Aufklärungskampagnen allein nicht ausreichen würden, um der drohenden Katastrophe zu begegnen. Die Überlegungen, wie man mit verbesserten Mitteln die betroffene Bevölkerungsgruppe zu einem vernünftigen Verhalten zur Verhinderung der sexuell übertragbaren Erkrankung anhält, fielen zusammen mit der Entwicklung der Gesundheitsförderung auf der Ebene der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Im Jahre 1984 erarbeitete die WHO Regionalgruppe Europa das inoffizielle Grundlagenpapier zur Gesundheitsförderung, das auf der Konferenz im kanadischen Ottawa im Jahre 1986 als Ottawa-Charta verabschiedet wurde³. In diesem Papier sind erstmals die neuen Erkenntnisse der Gesundheitsförderung als offizielles Papier einer großen Organisation publiziert worden. Der Grundsatz der Ottawa-Charta ist folgender:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“

Es werden verschiedene Maßnahmen und Ebenen vorgestellt, wie dies umgesetzt werden kann und soll⁴.

In Deutschland war es die Anti-AIDS-Kampagne, die diese Grundsätze weitgehend erfolgreich umsetzte. Der Gesundheitswissenschaftler Rolf Rosenbrock hat den Wandel von der alten Aufklärung und Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung einmal sehr schön zusammengefasst:

„Nach erbittertem politischen Streit konnte sich hier zunächst der New Public Health Ansatz gegen Old Public Health durchsetzen: Statt der alten Leitfrage „Wie identifizieren wir möglichst schnell möglichst viele individuelle Infektionsquellen und wie legen wir diese still?“ wurde gefragt: „Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil Lernprozesse, mit denen sich Individuen, Institutionen und Gesellschaft mit einem Maximum an Prävention und einem Minimum an Diskriminierung auf das Leben mit dem bis auf weiteres unausrottbaren Virus einstellen können?“⁵.

Es ging also darum, Lernprozesse in Bewegung zu setzen, und zwar durch massive Unterstützung von Selbsthilfegruppen, durch Sozialpädagogen und Sozialarbeiter, die in den Lebensräumen (Settings) arbeiteten, in denen sich die Betroffenen hauptsächlich aufhielten. Natürlich auch durch massive Plakataktionen durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, durch Aktivierung von Prominenten, die sich für die Selbsthilfeeinrichtung Deutsche AIDS-Hilfe offiziell einsetzten. Alle möglichen Groß- und Kleinveranstaltungen wurden durchgeführt. Vor allem aber die vielen Gespräche mit Betroffenen haben die große Epidemie in Deutschland verhindert – weil man mit massiven finanziellen

Mitteln den modernen Weg der Gesundheitsförderung gegangen ist.

Der Staat, hier die Bundesregierung, hatte Verantwortung jenseits des Arzneimittelgesetzes, des Seuchengesetzes oder des Sozialgesetzbuches übernommen, um die Gefahr zu bannen. Sie hatte entsprechend Geld in die Hand genommen, um mit modernen Mitteln der Pädagogik, der Psychologie, der Sozialwissenschaften und der damals noch rudimentär existierenden Gesundheitswissenschaften die Infektionsepidemiologen zu unterstützen und mit dem Problem fertig zu werden.

Anhand dieses Beispiels kann man sehen, was möglich ist. Dass jetzt wieder die Infektionszahlen steigen, liegt sicherlich daran, dass die antiviralen Mittel besser geworden sind und damit die Sorglosigkeit zugenommen hat. Es liegt aber wahrscheinlich auch daran, dass die derzeit eingesetzten finanziellen Mittel nicht ausreichen, um sich auf die Herausforderungen durch eine neue Generation von Betroffenen adäquat einzustellen.

Was bedeutet dies nun für den Bereich der illegalen Arzneimittel im Internet? Auch hier haben wir es mit einer – wenn auch sicherlich nicht so ausgeprägten – Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung zu tun, die weiter anwächst. Auch hier müssten im Idealfall multidisziplinäre Teams gebildet werden, wenn wir das Thema durch Initiierung von Lernprozessen nachhaltig in den Griff bekommen möchten. Entsprechend könnte man den Satz von Rosenbrock bezogen auf die Arzneimittel- und Internet-Problematik wie folgt umwandeln: „Statt wie bisher zu fragen: wie identifizieren wir möglichst schnell möglichst viele individuelle Angebotsquellen und wie legen wir diese still? sollte gefragt werden: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil Lernprozesse, mit denen sich Individuen, Institutionen und Gesellschaft mit einem Maximum an Prävention und

einem Minimum an Diskriminierung auf das Leben mit den bis auf weiteres unausrottbaren illegalen Angeboten im Internet einstellen können und damit rational umgehen lernen?“

Auch hier muss der Staat wieder Verantwortung übernehmen und Geld in die Hand nehmen, um Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchführen zu können, die die Menschen erreichen und die die Menschen in die Lage versetzen, das Problem der illegalen Mittel als das Problem für sich selbst zu erkennen und Schritte aus diesem Weg heraus zu unternehmen. Es gibt sicherlich schon vereinzelt gute Ansätze. Zu erinnern ist an Projekte der Sporthochschule Köln, die versucht, in Bodybuilding-Clubs von Jugendlichen mit entsprechend sozialwissenschaftlich, psychologisch und sozialpädagogisch ausgebildeten Teams entsprechende Arbeit zu leisten⁶. So wird man auf Dauer eher den Erfolg haben, den man sich wünscht, nämlich: die Menschen gegen diese Versprechungen aus dem Internet immun zu machen und sozusagen zum Safer-Internet-Surfing zu befähigen.

Sicherlich ein mühsamer Weg, aber ein Weg, der sich lohnt und der auf Dauer ein Weg ist, der Menschen in die Lage versetzt, vernünftig mit irrationalen Angeboten umzugehen – und zwar im Sinne der Gesundheitsförderung nach den Vorgaben der Ottawa-Charta.

Was kann die Überwachung in diesem Zusammenhang als ersten Schritt leisten? Auf der Jahrestagung der Arzneimittelüberwachung 2008 in Saarbrücken konnten die Vortragenden eine Menge Erkenntnisse über den illegalen Arzneimittelmarkt präsentieren. Wichtiges Ergebnis: in Zukunft sollen die Überwachungsmaßnahmen und die Analysemethoden der Produkte weiter verfeinert werden. Darüber hinaus sollten im Sinne der Ottawa-Charta aber auch Wege beschritten werden, diese Erkenntnisse in Projekte zur Gesundheitsförderung einzubinden. Es kommt darauf an, die Ergebnisse transparent zu machen,

zu veröffentlichen und eine Mitarbeit in Netzwerken anzubieten, um diese Erkenntnisse mit denen anderer Professionen zu verknüpfen.

Konkret wäre wünschenswert, wenn es gelänge, einmal im Jahr oder in einem anderen Rhythmus die Überwachungsergebnisse zusammenzufassen, eine Tagung dazu zu veranstalten und sie auf dieser Tagung mit anderen Professionen, die auf dem Gebiet der Risikokommunikation und Gesundheitsförderung arbeiten, zu beraten. Vielleicht wäre es auch sinnvoll, bei diesen Veranstaltungen nur ein oder zwei Themen in den Vordergrund zu stellen. Dann wäre sicherlich ein Schritt getan, um einem Kernanliegen der Ottawa-Charta gerecht zu werden, nämlich die Gesundheitsdienste auf Gesundheitsförderung hin neu auszurichten. Mit Gesundheitsdiensten sind auch die Überwachungsdienste der Länder gemeint. Mit einer kontinuierlichen Berichterstattung und einer Einbindung in Strukturen der Gesundheitsförderung könnte die Arzneimittelüberwachung einen wichtigen Schritt gehen und die bekannten Pfade der Überwachung und

Gesundheitserziehung durch neue Wege der Gesundheitsförderung ergänzen.

¹ z.B. http://www.loegd.de/pdf_dokumente/3_arzneimittel/arzneimittelimporte-nutzenrisiken_050302.pdf

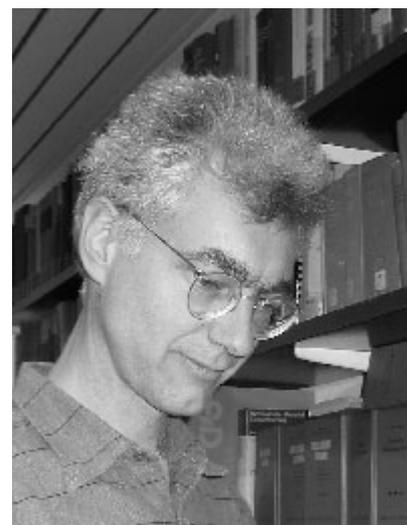
² deutsche Kurz-Übersetzungen von Warnungen anderer Überwachungsbehörden des In- und Auslands finden sich unter: <http://www.loegd.de/arzneimittelsicherheit/sozialpharmazie/sopha-news/frameset.html>

³ http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German

⁴ Eine gute Übersicht über die Gesundheitsförderung bietet das Glossar der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, BZgA: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage 2003, 6. Auflage (unveränderter Nachdruck), Schwabenheim a.d. Selz 2006, Fachverlag Peter Sabo. Eine erste Annäherung findet sich auch unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitsf%C3%B6rderung>

⁵ Rosenbrock R (1998); Die Umsetzung der Ottawa-Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. P98-201

⁶ S. auch: Bräutigam, B., Sauer, M.: Dopingdimensionen und Medikamentenmissbrauch. Handlungsfelder für die Prävention. Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster (2004).



BUCHBESPRECHUNGEN

von Udo Puteanus

Ein Aufruf für mehr Patientenberatung

Edwin H. Buchholz: *Der (selbst-)geschützte Patient*, 2010. 271 Seiten, 38 Euro, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, ISBN 3-83295-236-5

Im Laufe ihres Lebens werden die meisten Menschen mehrmals Patient, oft sogar mit schweren Erkrankungen. Ihre Interessen in diesen Fällen gegenüber niedergelassenen Ärzten, in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens zu vertreten, werde den Patienten nicht leicht gemacht, meint Professor Edwin Buchholz. In der als Buch herausgegebenen umfangreichen Studie analysiert der inzwischen 81-jährige emeritierte Hochschullehrer aus Tübingen, Wit-

ten-Herdecke und Bochum, wie sich die Vertretung der Patienteninteressen in den vergangenen Jahren in Theorie und Praxis entwickelt hat.

In den ersten zwei Kapiteln stellt Buchholz die Stellung des Patienten im Gesundheitswesen in den Vordergrund und beschreibt Grundlagen des Patientenschutzes. Erst Anfang der 1990er Jahre rückte Patientenschutz aufgrund mehrerer patientenfreundlicher Urteile oberster Gerichte in den Fokus der Politik. Dabei kommentiert Buchholz, der vor seiner Lehrtätigkeit stellvertretender Geschäftsführer des AOK-Bundesverbandes war, kritisch die seitdem ergriffenen staatlichen



Maßnahmen zum Patientenschutz. Dabei bezieht er ausdrücklich Arzneimittel oder die Patientenbeteiligung an gesundheitspolitischen Entscheidungen mit ein. Seiner Meinung nach führen Lücken und Mängel im organisierten Patientenschutz fast zwangsläufig zur Forderung nach Stärkung der Eigenver-

antwortlichkeit der Patienten. Auf organisierte Interessenwahrnehmung könne man sich hier nicht verlassen. Er muss sich folglich in vielen Situationen selbst schützen. Im dritten Kapitel verweist Buchholz auf Möglichkeiten, was der mündige Patient tun kann, etwa in der Arzneimittelversorgung oder bei

Behandlungsfehlern. Dabei beschreibt er detailliert, wie sich seit 1990 die Rechtslage geändert hat. Im vierten Kapitel setzt sich der Autor unter anderem für eine individuelle Patientenberatung auf lokaler Ebene ein, denn der kollektive Schutz individueller Patientenrechte sei nicht effektiv organisierbar.

Warum chronisch Kranke ihr Arzneimittel nicht richtig einnehmen

Jörg Haslbeck: Medikamente und chronische Krankheiten, 2010, 222 Seiten, 29,95 Euro. Verlag Hans Huber, Bern, ISBN 3-45684-749-1

Krankheitsverlauf und das Medikamentenregime durch neue Krankheiten oder unerwünschte Arzneimittelwirkungen komplexer werden.

se an Konzepten zur Förderung des Selbstmanagements an. Besonders gefällt der nutzerorientierte Ansatz dieser Untersuchung.

Chronisch Kranke haben meist dauerhaft Arzneimittel einzunehmen. An der verordneten Regelmäßigkeit hapert es aber oft. Dieses Problemfeld hat der Bielefelder Gesundheitswissenschaftler Jörg Haslbeck untersucht. Dabei stellt er ins Zentrum seiner Studien die Perspektive der chronisch Kranken selbst. Nach Haslbeck hängt ihre Bereitschaft zur Compliance wesentlich von den sich ändernden Phasen einer Erkrankung ab.

Sein Fazit: Zuvor mühsam erarbeitete Routinen werden in der letzten Phase wieder in Frage gestellt, der bisherige Umgang mit Medikamenten muss geändert werden. Es sei für den Patienten nicht einfach, die unterschiedlichen Phasen mit Verbesserungen und Verschlechterungen des Krankheitsgeschehens zu bewältigen.



Haslbeck unterscheidet die Anfangsphase von der Phase der Renormalisierung und der Phase, in der der

Haslbecks Studie bietet aus der Sicht der Erkrankten und unter Berücksichtigung unterschiedlicher Phasen von Erkrankungen eine neue Perspektive auf den Umgang mit Arzneimitteln. Damit knüpfen seine Studienergebnis-

Presseerklärung des VDPP zur Ablösung von Prof. Sawicki vom IQWiG

Der Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) kritisiert die geplante Neubesetzung des Postens des obersten Arzneimittelprüfers scharf.

Versicherten die Renditeerwartungen der Pharmaindustrie zu bedienen.“

29. Januar 2010

Florian Schulze,
VDPP-Vorstand

Florian Schulze vom Vorstand: „Die Entscheidung der IQWiG-Gremien droht den Interessen der Pharmaindustrie in die Hände zu spielen. Seit langem fordern Union und FDP, Prof. Sawicki durch einen industriefreundlicheren Kandidaten' zu ersetzen. Gesundheitsminister Rösler unterschrieb noch im Sommer eine Erklärung, wonach die Bewertungsmethoden des IQWiG als nicht ‚volkswirtschaftlich hinnehmbar' bezeichnet wurden. Das IQWiG ist aber nicht gegründet worden, um auf Kosten der

Der Eindruck, so Schulze weiter, die neue Leitung des IQWiG könnte den wissenschaftlichen Anforderungen nicht genügen oder nicht unabhängig handeln, würde dem internationalen Ansehen des Instituts schweren Schaden zufügen.

„Diesem Eindruck können die Gesundheitspolitiker der Koalition wie auch die Vertreter von Krankenkassen und Ärzten in den IQWiG-Gremien nur entgegen treten, wenn sie einen ähnlich kompetenten und durchsetzungsfähigen Kandidaten als Nachfolger bestimmen.“



Frauen und HIV/AIDS Nur eine Minderheit?

Eine öffentliche Veranstaltung im Rahmen des diesjährigen Frauenseminars des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten – VDPP

Sehr viele Frauenthemen stehen nach wie vor mit Dringlichkeit auf der Tagesordnung – doch noch immer werden Frauen und ihre Bedürfnisse „mitgemeint“, ohne zu berücksichtigen, dass es spezifische Probleme und Fragestellungen zu beachten gibt.

Der VDPP hat seit seiner Gründung vor 20 Jahren regelmäßig Frauenseminare veranstaltet, um auf frauenspezifische Aspekte unserer Profession aufmerksam zu machen.

Dieses Jahr werden

**die Apothekerin Jana Böhme (VDPP),
die Ärztin Marianne Rademacher (Deutsche AIDS-Hilfe)
und Renate Ullmann (HIV-Betroffene)**

von aktuellen geschlechtsspezifischen Erkenntnissen aus ihren Arbeitsgebieten und ihrem Alltag berichten. Wir erwarten auch eine spannende Diskussion darüber, wie die Thematik in die professionelle pharmazeutische Tätigkeit gezielt eingebracht und weiterentwickelt werden kann.

***Am Sonnabend, den 24. April 2010, 11 bis 16 Uhr, in Berlin,
im Cafe Seidenfaden, Dircksenstraße 47, 10178 Berlin,
Nähe S-Bahnhof Hackesche Höfe***

Die Teilnahme an dieser Veranstaltung ist ausschließlich Frauen vorbehalten!

Die Veranstaltung ist als Fortbildungsmaßnahme bei der Apothekerkammer Berlin mit 4 Punkten akkreditiert worden.

Um Anmeldung wird bis zum 18. April über die unten genannten Kontaktdaten des VDPP gebeten. Der Unkostenbeitrag beträgt 20 Euro (inkl. Verpflegung), Arbeitslose und Studentinnen zahlen die Hälfte. Der Betrag kann auf folgendes Konto überwiesen werden: VDPP, Postbank Berlin, Konto-Nr.: 20047-105, BLZ 100 100 10, Verwendungszweck Frauenseminar oder am Veranstaltungstag bar bezahlt werden.

Am Sonntag, dem 25. April geht es weiter mit einer Führung über das Charitégelände. Teilnahmewunsch bitte bei der Anmeldung gesondert angeben.

Weitere Informationen unter: www.vdpp.de

Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e.V. – VDPP
c/o Neptun-Apotheke, Bramfelder Chaussee 291, 22177 Hamburg
Tel.: 040 / 63917720; Fax.: 040 / 63917724; E-Mail: geschaefsstelle@vdpp.de

Programm

Sonnabend, 24. April 2010

- 11.00 Uhr Begrüßung
- 11.15 Uhr **Frauenspezifische Aspekte der HIV-Infektion**
Marianne Rademacher, Referentin für Prävention für Frauen im
Kontext von HIV/Aids, Deutsche AIDS-Hilfe
- 12.00 Uhr **Betreuung in der Apotheke**
Jana Böhme, VDPP
- 12.45 Uhr Mittagspause
- 13.30 Uhr **Was brauchen die Betroffenen?**
Renate Ullmann, HIV-Patientin
- 13.50 Uhr **Welche Zugangsmöglichkeiten bzw. -beschränkungen zu
notwendigen Arzneimitteln bestehen in anderen Ländern?**
Jana Böhme, VDPP
- 14.15 Uhr Diskussion
- 16.00 Uhr Ende der Veranstaltung

Sonntag, 25. April 2010

- 11.00 Uhr Führung über das Gelände der Charité Campus Mitte
(ca. 1 ½ Stunden)



Vorstandssitzung am 24.01.10 in Berlin

von Katja Lorenz

Die ausführlichen Protokolle können im internen Bereich unserer Homepage eingesehen oder über die Geschäftsstelle angefordert werden.

Der Vorstand beschäftigte sich diesmal besonders mit folgenden Themen: das Dauerthema Entwicklungen in der Gesundheitspolitik; die Vorbereitung der Mitgliederversammlung, des Frauen- und des Herbstseminars 2010; die Auswertung des Herbstseminars 2009 und die Neubesetzung der ReferentInnenstelle.

Zunächst der Rückblick auf das Herbstseminar 2009. Es ging ums Netzwerken im Gesundheitswesen unter Beteiligung der Apotheken. Auch wenn die Teilnehmerzahlen nicht so hoch waren, wie beim letzten Mal (das Thema kam wohl zu apothekenspezifisch rüber) war der Vorstand mit der Veranstaltung sehr zufrieden. Was auch immer wichtig ist: Der geplante finanzielle Rahmen wurde nicht überschritten. (Näheres zum Seminar gab es bereits in einem Beitrag im letzten Rundbrief zu lesen.)

Zur aktuellen Gesundheitspolitik tauschte sich der Vorstand insbesondere zu Folgendem aus: die Pläne der Regierung zur Umgestaltung des Gesundheitswesens (Stichworte: Kopfpauschale, Arzneimittelpreisgestaltung); die Nichtverlängerung der Vertrages von Prof. Sawicki als Direk-

tor des IQWiG und deren Konsequenzen; die Veröffentlichung des Arzneiverordnungsreports; im Nachklang zum Kongress „Armut und Gesundheit“ die mögliche Zusammenarbeit mit dem VDÄÄ in der gesundheitlichen Beratung überschuldeter BürgerInnen.

In diesem Zusammenhang stellte sich natürlich immer die Frage, ob und was der VDPP dazu unternehmen will. Ein Ergebnis ist die Zusammenarbeit mit Campact e. V. bei der Onlinekampagne gegen die Kopfpauschale. Außerdem wurden die Entsolidarisierung im Gesundheitswesen oder die Preisgestaltung bei Arzneimitteln und damit verbundene Kosten für die Solidargemeinschaft als mögliche Themen für das Herbstseminar 2010 festgehalten. Bis zur Mitgliederversammlung muss ein Konzept erstellt werden. Schließlich muss die MV darüber abstimmen und im Finanzplan entsprechende Gelder vorsehen. Die nächste Vorstandssitzung wird sich mit der Konzeptarbeit intensiv beschäftigen.

Die Mitgliederversammlung 2010 wird in Halle tagen. Es wurden mögliche ReferentInnen und Themen für den Vortrag besprochen. Außerdem soll die Mitgliedschaft mit einem Artikel im nächsten Rundbrief auf die notwendige Diskussion zur Änderung der Beitragsordnung vorbereitet werden. Vor-

standswahlen stehen nicht auf dem Programm. Allerdings wird Jana ein halbes Jahr in Indien arbeiten. Eine Verstärkung des Vorstandes wird deshalb als notwendig erachtet.

Das Frauenseminar 2010 wird im Wesentlichen von der Berliner Regionalgruppe organisiert. Es wird am 24./25. April in der Berlin stattfinden. Auf vielfachen Wunsch gibt es eine Zweiteilung: der Sonnabend ist der Beschäftigung mit dem Thema „Frauen und HIV/AIDS“ vorbehalten. Für den Sonntagvormittag ist eine historische Führung über das Gelände der Charité organisiert. Damit bleibt neben der reinen Fortbildung auch genug Zeit zum Netzwerken auf jeder Ebene. Näheres dazu in der Einladung in diesem Rundbrief.

Größeren Raum nahm die Diskussion darüber in Anspruch, wie die Vereinsarbeit organisiert werden soll und kann, wenn es für die Stelle der ReferentIn keine Nachfolge geben sollte bzw. wo die Stellenausschreibung noch veröffentlicht werden kann, um einen möglichst großen Kreis von InteressentInnen zu erreichen.

(Diese Diskussion ist inzwischen hinfällig. Die Vorstellungsgespräche der BewerberInnen finden im Rahmen der nächsten Vorstandssitzung statt.)

Die nächste Vorstandssitzung findet am 18. April in Berlin statt.

Gesundheitsförderung:

Erleichterter Einstieg durch neue Angebote der BZgA

von Udo Puteanus

Der folgende Hinweis der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist für alle, die sich mit Prävention und Gesundheitsförderung ernsthaft beschäftigen möchten, sehr interessant. Besonders empfehlenswert ist das genannte Glossar „Leitbegriffe

der Gesundheitsförderung“, eine Zusammenstellung und Erklärung der wesentlichen Begriffe der Gesundheitsförderung.

Diese Publikation war bislang nur als Printmedium käuflich zu erwerben und ist jetzt kostenlos im

Internet abrufbar. Sie ist auch als Einstieg für interessierte Apothekerinnen und Apotheker sehr geeignet.

Der „Wegweiser“ ermöglicht die Kontaktaufnahme zu Organisationen, die sich im Bereich Gesund-

heitsförderung engagieren. Gerade für die Kolleginnen und Kollegen, welche die Bereichsweiterbildung „Gesundheitsbera-

tung“ oder seit 2009 „Prävention und Gesundheitsförderung“ oder aber einen Aufbaustudien-gang im Bereich Public Health

erfolgreich durchlaufen haben, bietet das Angebot einen erleichterten Einstieg in die praktische Arbeit.

Pressemitteilung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):

Zwei neue Online-Informationsportale: Wegweiser Gesundheitsförderung und Leitbegriffe der Gesundheitsförderung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erweitert ihr Internetangebot um zwei neue Datenbanken im Bereich der Gesundheitsförderung. Mit den Portalen „Wegweiser Gesundheitsförderung“ (<http://www.wegweiser.bzga.de>) und „Leitbegriffe der Gesundheitsförderung“ (<http://www.leitbegriffe.bzga.de>) werden zwei bisher nur als Drucksachen verfügbare Publikationen ab sofort im Internet bereitgestellt.

Die beiden Datenbanken helfen Lehrenden, Studierenden und in der Prävention tätigen Fachkräften in Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Gesundheitsberufen etc., innerhalb kurzer Zeit einen Über-

blick über wichtige Träger und Akteure sowie Fachbegriffe der Gesundheitsförderung zu erhalten.

Das Portal Wegweiser Gesundheitsförderung stellt mehr als 200 überregional tätige Fachinstitutionen vor, die bundesweit Medien, Fortbildungen und Beratungen zur Gesundheitsvorsorge anbieten. Es versteht sich als „Kompass“ in der unübersichtlichen Institutionen-Landschaft der Gesundheitsförderung und erleichtert die Suche nach geeigneten Angeboten, Trägern, Kooperationspartnern und Veranstaltungen.

Das Portal Leitbegriffe der Gesundheitsförderung ist ein Glossar, in dem die 92 wichtigsten

Begriffe, Konzepte und Erklärungsmodelle im Bereich Gesundheitsförderung definiert und ausführlich erläutert werden. Damit leistet das Glossar einen Beitrag, um Begrifflichkeiten aus der Gesundheitsförderung im deutschsprachigen Raum zu systematisieren und übersichtlicher zu gestalten.

Beide Datenbanken werden fortlaufend aktualisiert und erweitert.

Die Online-Angebote sind ab sofort unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de> und <http://www.wegweiser.bzga.de> erreichbar.

Joint press release from 29 organisations

Direct-to-consumer communication by pharmaceutical companies? Europeans deserve better

Supporting the right choice in health information

Brussels, 15 March 2010

Earlier this year, during his hearing at the European Parliament, the new Commissioner for Health and Consumer protection, John Dalli, stated that the proposals on patient “information” needed to be reassessed. We welcome this commitment.

As of middle of March 2010, the legislative process is ongoing at the European Parliament, generating uncertainties.

The European Commission’s proposals on “‘information’ to the general public on medicinal products sub-

ject to medical prescription” were issued in December 2008. The directive and the regulation are based on an incomplete report that failed to fulfil the demand of the European Parliament and the Council for a report on “*the benefits and risks of information currently available to the public*”.^{1,2} Moreover, the proposals contradict the views of the wider health community, as expressed in responses to the public consultations in 2007 and 2008, which stated that the pharmaceutical industry cannot be considered a reliable source of unbiased information due to an obvious and unavoidable conflict of interest.^{3,4} Dur-

ing the Council meetings and discussions on this topic, Member States have also repeatedly echoed strong concerns.

Should Members of the European Parliament work on such inadequate proposals?

The current Commission proposals do not meet the needs of citizens for relevant, independent and comparative health information tailored to users.⁵ Moreover, the proposals endanger specific Treaty rules that aim to ensure a high level of health protection. European citizens would be exposed to intensive promotion

of new medicinal products, and this would lead to increased public demand for medicinal products that they may not need or that they should not take (contra-indications, drug interactions, etc.), thereby putting public health at risk.^{6,7}

The Commission proposals pose additional hurdles for Member States to put in place efficient and affordable pharmaceutical policies. In fact, the burden of drug-induced harm and unwarranted health spending created by increased consumption of medicines (notably the cost of managing adverse drug reactions) would be borne by the State, ultimately jeopardising the long-term financial viability of the Member States' health systems.

We therefore consider the current proposals on "information' to the general public on medicinal products subject to medical prescription" to be of no added value to European citizens.⁸ Their only rationale seems to be to benefit the commercial interests of pharmaceutical companies by expanding their markets and helping them to build brand loyalty.^{9,10}

Europeans deserve better. Any compromise on such controversial proposals could in fact hamper improved access to relevant patient information for European citizens in future.

Concrete proposals to improve access to relevant (independent and comparative) health information

The following 5 key points encapsulate our proposals:

1. make the officially approved leaflet more useful and accessible for patients by ensuring that pharmaceutical companies consistently abide by their **obligations relative to drug packaging and patient leaflets** (i.e. consultations with target patient groups) (enforcement of article 59 of Directive 2001/83/EC modified by Directive 2004/27/CE);

2. optimise **communication between patients and health professionals**: informing patients and fulfilling their needs implies a relationship of trust and interpersonal dialogue, which are the core responsibilities of the healthcare professions;

3. encourage **national agencies to become proactive and more transparent providers of information** so as to guarantee full public access to data on the efficacy and safety of medicines and other healthcare products both before and after a product is marketed;

4. **develop and reinforce existing sources of comparative, unbiased information on treatment choices**;

5. put a **rapid and permanent end to the confusion of roles between the pharmaceutical companies and other actors** in the healthcare sector: full implementation and enforcement of the European regulation on pharmaceutical promotion, including measures to ensure that article 88 of Directive 2001/83/EC, is not weakened or undermined (a).

We urge the Commissioner for Health and Consumer protection to start the reassessment of the current legislative proposals on patient "information" now, and to take into account our concrete proposals in order to ensure a better basis for the improved provision of relevant, independent and comparative information to patients.

a- The scientific exchanges between industry and **expert patients' organisations** in the frame of the existing "**Community Advisory Boards**" are excluded from article 88 which deals with advertising to the general public. The ban on DTCA should not be used as an excuse for secrecy on data towards expert patient organisations that have the acquired expertise to understand them.

Akdä (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft) AKF

(Arbeitskreis Frauengesundheit) BAGP
(BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen)
BC Action Germany
Bioskop
Bremen Forum
for Women's Health
DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin)
Formindep
German EbM Network
IPPNW (Germany - Physicians for Social Responsibility)
MEZIS
Netzwerk Frauen Gesundheit Berlin
PSOAG (Psoriasis Selbsthilfe Arbeitsgemeinschaft)
Seroxat & SSRI user group
USPO (Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine)
VDÄÄ (Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte)
VDPP (Verein demokratischer Pharmazeuten und Pharmazeutinnen)
AGE- The European Older People's Platform
Association Internationale de la Mutualité (AIM)
Confederation of Family Organisations in the European Union (COFACE)
European AIDS Treatment Group (EATG)
European Forum of Primary Care (EFPC)
European Public Health Alliance (EPHA)
European Social Insurance Platform (ESIP)
European Union of Social Pharmacies (EUSP)
Health Action International (HAI) Europe
HOPE, the European Hospital and Healthcare Federation
International Society of Drug Bulletins (ISDB)
Medicines in Europe Forum(MIEF)

Notes

¹ It was 'based' on an incomplete and biased inventory of available sources of information.

² The European Parliament overwhelmingly rejected attempts to legalize di-

rect-to-consumer 'information' (DTCI) of prescription medicines in 2003 (by 494 votes to 42), even in the frame of a pilot project, acknowledging the impossibility of distinguishing between advertising and 'information' from pharmaceutical companies.

³ See for example the Joint open letter by 18 organisations "Patient information. by pharmaceutical companies comes up against almost unanimous opposition from civil society" 5 June 2008: 6 pages (available at www.isdbweb.org/pag/documents/1.pdf).

⁴ The 'impact assessment' on which the proposals are based is unrealistic: according to the assessment of the European Commission, if adopted, direct-to-consumer information on prescription medicines would cost up to 88 billions euros and save up to 329 billions euros over the forthcoming 10 years. But the estimates for "savings" are based on "awareness", "prevention", "interaction [with health professionals]" and "compliance", activities that can all better be achieved through the promotion of independent public health campaigns on specific conditions, driven by public authorities. In fact, "awareness" campaigns by the pharmaceutical industry are often "disease mongering" campaigns aimed at increasing sales for a specific drug when the market seems too narrow (Watters E "How the US exports its mental illness" www.newscientist.com 20 January 2010).

⁵ Useful patient information should be comparative to enable users to analyse their concerns, give them a realistic idea of the evolution of their health status, help them to understand when further investigations are necessary, to know what treatments exist and what they can expect from them, and to make informed choices (or participate in the choice) among the different available options. In a highly competitive environment, drug companies must promote their products above the use of other preventive or curative options, thus any 'information' they provide will be, by definition, of a promotional nature. This inevitable conflict of interest means that a drug company cannot be expected to provide reliable information.

⁶ Kravitz et al. "Influence of patients requests for direct-to-consumer advertised antidepressants: a randomized controlled trial" *JAMA* 2005; **293**: 1995-2002; Mintzes B et al. "How does direct-to-consumer advertising (DTCA) affect prescribing? A survey in primary care environments with and without legal DTCA" *CMAJ* 2003; **169** (5): 405-412.

⁷ See informative examples of misleading messages provided by pharmaceuti-

cal companies in Barbara Mintzes' presentation at the European Parliament expert meeting chaired by MEP Dr Thomas Ulmer (EPP, Germany) and MEP Carl Schlyter (Greens, Sweden) the 3 December 2010: www.aim-mutual.org/index.php?page=17&id=200.

⁸ See the Joint AIM, ESIP, HAI Europe, ISDB, MiEF detailed analysis of the proposals "Legal proposals on "information" to patients by pharmaceutical companies: a threat to public health" March 2009 : 6 pages (available at: www.isdbweb.org/pag/documents/En_LegalProposalsInfoPatient_JointPaper_March2009_000.pdf).

⁹ Benzing L "In search of the Holy Grail; the quest for brand loyalty in prescription marketing" Patient marketing group. Site internet www.dtcperspectives.com accessed 4 June 2007: 5 pages.

¹⁰ The Directorate General for Competition's "Pharmaceutical sector enquiry" shows how far pharmaceutical companies are willing to go to delay competition. The proposals on "information to patients" are yet another tactic to delay generic competition by building brand loyalty for their own medicines.

International and European signatory organisations

AGE - The European Older People's Platform is a European network of organisations of people aged 50+ and directly represents over 25 million older people in Europe. AGE aims to voice and promote the interests of the 150 million inhabitants aged 50+ in the European Union and to raise awareness of the issues that concern them most. More info: www.age-platform.eu/en. Contact: annesophie.parent@age-platform.org.

AIM. The Association Internationale de la Mutualité (AIM) is a grouping of autonomous health insurance and social protection bodies operating according to the principles of solidarity and non-profit-making orientation. Currently, AIM's membership consists of 41 national federations representing 29 countries. In Europe, they provide social coverage against sickness and other risks to more than 150 million people. AIM strives via its network to make an active contribution to the preservation and improvement of access to health care for everyone. More info: www.aim-mutual.org. Contact: rita.kessler@aim-mutual.org.

COFACE. Originally founded in 1958, the Confederation of Family Organisations in the European Union (COFACE) is an international not-for-profit voluntary organisation, which aims at pro-

moting family policy, solidarity between generations and the interests of children within the European Union. COFACE advocates a policy of non-discrimination and of equal opportunities between persons and between family forms, and specifically supports policies aiming at equality between women and men. COFACE links together general and single-issue national family organisations. In 2010, it has 50 member organisations across 21 Member States of the European Union. More info: www.coface-eu.org. Contact: secretariat@coface-eu.org.

EATG. The European AIDS Treatment Group (EATG) is a non profit patient organisation. EATG members come from 31 European countries. One guiding principle of EATG is to reflect the diversity of people living with HIV and their advocates. More information: www.eatg.org. Contact: nicole.heine@eatg.org.

EFPC. The European Forum for Primary Care is a network of more than 100 organisations and individuals in Europe – and beyond. The aim of the Forum is to improve the health of the population by promoting strong Primary Care. In the Forum, practitioners, policy makers and researchers share experiences, views and information. More info: www.euprimarycare.org. Contact: d.aarendonk@euprimarycare.org.

EPHA. The European Public Health Alliance (EPHA) is the largest European Platform, representing approximately 100 not-for-profit organisations across the public health community: representations of patient groups, healthcare professionals, public sector bodies, disease-specific organisations, treatment groups, and representatives of the social society. Their memberships include representatives at international, European, national, regional and local level. EPHA's missions are to protect and promote public health in Europe and to ensure health is at the heart of European policy and legislation. More information: www.ephaproject.org. Contact: epha@ephaproject.org.

ESIP. The European Social Insurance Platform (ESIP) represents a strategic alliance of over 30 statutory social security organisations across Europe. ESIP's mission is to preserve high profile social security for Europe, to reinforce solidarity based social insurance systems, and to maintain European social protection quality. More info: www.esip.org. Contact: esip@esip.org.

Note: ESIP members support this position with the specific exceptions of the International Pension Centre, the Försäkringskassan, the Sociale Verzekeringsbank and the Sociálna poisťovňa since the subject matter covered by this paper falls outside their field of competence.

EUSP. The European Union of the Social Pharmacies (EUSP) is the professional Association of the Social Economy Companies aiming to make, services, medicines and health products accessible to the patients, at affordable conditions, through a network of 2.000 city-pharmacies in Belgium, France, Italy, The Netherlands, Poland, Portugal, United-Kingdom and Switzerland. More information: www.EuroSocialPharma.org. Contact: mh_cornely@multipharma.be.

HAI Europe. Health Action International (HAI) is an independent global network of health, consumer and development organisations working to increase access to essential medicines and improve rational use. More info: www.haiweb.org. Contact: teresa@haiweb.org.

HOPE, the European Hospital and Healthcare Federation, is an international non-profit organisation, created in 1966. HOPE represents national public and private hospital associations and hospital owners, either federations of local and regional authorities or national health services. Today, HOPE is made up of 32 organisations coming from 26 Member States of the European Union, plus Switzerland. HOPE mission is to promote improvements in the health of citizens throughout Europe, high standard of hospital care and to foster efficiency with humanity in the organization and operation of hospital and healthcare services. More info: www.hope.be. Contact: sg@hope.be.

ISDB. International Society of Drug Bulletins (ISDB), founded in 1986, is a world wide Network of bulletins and journals on drugs and therapeutics that are financially and intellectually independent of pharmaceutical industry. Currently, it has 80 members in 40 countries around the world. More info: www.isdbweb.org. Contact: jschaaber@buko-pharma.de.

MiEF. Medicines in Europe Forum (MiEF), launched in March 2002, covers 12 European Member States. It includes more than 70 member organizations representing four key players on the

health field, i. e. patients groups, family and consumer bodies, social security systems, and health professionals. Such a grouping is unique in the history of the EU, and it certainly reflects the important stakes and expectations regarding European medicines policy. Admittedly, medicines are no simple consumer goods, and the Union represents an opportunity for European citizens when it comes to guarantees of efficacy, safety and pricing. Contact: pierrechirac@aol.com.

National signatory organisations

Akdä. The Drug Commission of the German Medical Association (DCGMA) (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft) is the scientific expert committee for drug-related matters of the German Medical Association (GMA). Relying on the expertise of their 40 full members and approximately 130 associate members from all areas of medicine and pharmacy, the commission provides the medical profession with a variety of up-to-date information on rational drug therapy and drug safety. More info: www.akdae.de. Contact: sekretariat@akdae.de.

AKF. The Working Party for Female Health in Medicine, Psychotherapy and Society (Arbeitskreis Frauengesundheit) is a German association of committed female experts. It provides a national and international networking platform for diverse experiences and competences in female health (i.e. pathogenic beauty ideals). More info: www.akf-info.de. Contact: buero@akf-info.de.

BAGP. Founded in 1989, the Federal Community for Patients Advice and Empowerment (BundesArbeits-Gemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen) works as a lobby for all patients. BAGP aims to create a social, solid, democratic, non-hierarchical health-system; and to develop independent information and advice, patient empowerment and patient complaints procedures. More info: www.gesundheits.de. Contact: info@bagp.de.

BC Action Germany. Breast Cancer Action Germany project is a non-profit activist/advocacy group directed by women who have experienced the trauma of breast cancer, affecting themselves and other close friends, and who are committed - long-term - to eradicating the disease. More info: www.bcaction.de. Contact: kemper@bcaction.de.

Bioskop. Bioskop is a non-commercial association concerned with conditions in biomedical research and public health care. BioSkop-Journal, homepage and campaigning focus on more equitable conditions in social life, health care and terminal care. More info: www.bioskop-forum.de. Contact: info@bioskop-forum.de.

Bremen Forum for Women's Health. Founded in 1994, the Bremen Forum for women's health is an interdisciplinary platform for women's health issues and policies which brings together 48 member organisations. Its goals are to develop strategies for healthcare tailored to women's needs and to advise policymakers. More info: www.frauen.bremen.de. Contact: angelika.zollmann@frauen.bremen.de.

DEGAM. The German College of General Practitioners and Family Physicians (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) is the scientific association of German primary care doctors. More info: www.degam.de. Contact: froehlich@degam.de.

Formindep (as FORMation-INDEpendante, formation being the French translation of education) is a group of French healthcare professionals and citizens acting for independent medical information and education, free from vested interests. More info: www.formindep.org. Contact: media@formindep.org.

German Network for Evidence Based Medicine. Founded in Berlin in 2000, the German EbM Network's primary mission is to establish a competence and reference centre on evidence-based medicine. It provides an interdisciplinary communication platform for the basic principles of EbM that aims to promote coordination between medical research and clinical care. More info: www.ebm-netzwerk.de/english. Contact: david.klemperer@soz.fh-regensburg.de.

IPPNW. Germany- Physicians for Social Responsibility (IPPNW) is a federation of medical organizations helping to implement a diverse set of programs designed to build a healthier and more secure future. IPPNW affiliates in Europe are part of IPPNW's vast global network of medical professionals and concerned citizens in over 60 countries. As "Physicians in Social Responsibility", IPPNW members work in a number of areas, for example, to improve the health situation of migrants, access to essential medicine, or to analyse the

influence of the pharma-industry on the health sector.

More info: www.ippnw.de.
Contact: wilmen@ippnw.de.

MEZIS. Part of the international "No free lunch" movement, "Mein Essen zahl ich selbst" (MEZIS) is a German initiative of independent health care providers, which encourages rational drug use and evidence based medicine. MEZIS discourages the acceptance of any gifts from industry and promotes independence on all levels of medical education. MEZIS's goals are improved patient care and the development of independent information. More info: www.mezis.de.
Contact: as@schaeffler.cc.

Netzwerk Frauen Gesundheit Berlin. The network "Women Health Care Berlin" is an organisation campaigning for better and women-specific health promotion and care. More information: www.frauengesundheit-berlin.de.
Contact: godin@frauengesundheit-berlin.de.

PSOAG. Psoriasis Selbsthilfe Arbeitsgemeinschaft is a German umbrella-organisation of 12 independent patient-groups. The organisation receives no funding from the pharmaceutical industry, and provides independent and critical information, committed only to the interests of patients.
More info: www.psoriasis-selbsthilfe.org.
Contact: info@Psoriasis-Selbsthilfe.org.

Seroxat & SSRI user group. The Seroxat & SSRI user group is a self-funding, non profit group that was formed in June 2002 to support and advise patients experiencing problems (side effects and withdrawal symptoms) with Seroxat and other SSRI antidepressants.
More info: www.seroxatusergroup.org.uk.
Contact: janice@seroxatusergroup.org.uk.

USPO. The "Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine" (community pharmacist union) includes 36 unions

of French community pharmacists. One of its aims is to promote actions favouring the public health mission of community pharmacists.
More info: www.uspo.fr.
Contact: auge-caumon@uspo.fr.

VDÄÄ. VDÄÄ (Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte), the Association of Democratic Doctors aims to create a democratic, fairly financed health care system, with access to appropriate, and the best possible care for everyone living in Germany.
More info: www.vdaae.de.
Contact: info@vdaae.de.

VDPP. VDPP (Verein demokratischer Pharmazeuten und Pharmazeutinnen), the Association of German Democratic Pharmacists, represents pharmacists with social responsibility. VDPP's main goals are: democratisation of the health system, the responsible provision of medicines and consumer-friendly drug law.
More info: www.vdpp.de.
Contact: vorstand@vdpp.de.

TERMINE

Regionalgruppe Berlin

Das nächsten Treffen der Regionalgruppe Berlin finden am Montag, dem 17. Mai, 19. Juli und 20. September 2010, jeweils um 19.30 Uhr statt. Die Orte liegen noch nicht fest und sind zu erfragen bei Regina Schumann, Tel. 030 7951471, E-Mail: Sander.schumann@gmx.de.

Regionalgruppe Hamburg

Die Regionalgruppe trifft sich alle zwei Wochen mittwochs um 19.30 Uhr bei Bernd Rehberg, Isestraße 39, 20144 Hamburg. Nächste Termine: 21. April, 5. und 19. Mai 2010.

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.



senstraße 47, 10178 Berlin, stattfinden. Am Sonntagvormittag geführter Rundgang über das Gelände der Charité.

„Arzneimittelüberwachung und bürgerorientierte Aufklärung im Rahmen der Sozialpharmazie“

Zu diesem Thema führen die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen und das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen am 26. und 27. Mai 2010 in Düsseldorf eine Fachtagung durch.

VDPP-Vorstand

Die nächste Vorstandssitzung wird am Sonntag, dem 18. April 2010, in Berlin stattfinden.

VDPP-Frauenseminar

Das Frauenseminar 2010 zum Thema „Nur eine Minderheit? Frauen mit HIV/AIDS“ wird am Sonnabend, dem 24. April 2010, im Café Seidenfaden, Berlin Mitte, Dirck-

VDPP-Mitgliederversammlung

Unsere diesjährige MV wird vom 18. - 20. Juni 2010 in Halle stattfinden. Gesonderte Einladung erfolgt rechtzeitig.

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 Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte zum Abbruch der Tarifverhandlungen durch den mb

Kein ärztlicher Sonderweg!

verein
demokratischer
ärztinnen
und ärzte



Anfang April erklärte der Marburger Bund (mb) die laufenden Tarifverhandlungen für Ärztinnen und Ärzte mit dem VKA für gescheitert. „Die Begründungen, mit denen der Marburger Bund für Ärztinnen und Ärzte eine höhere Gehaltssteigerung fordert als für die anderen Berufsgruppen in den Krankenhäusern, sind nicht nachvollziehbar“, so der stellvertretende Vorsitzende des Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte, Dr. Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser zum Abbruch der Tarifverhandlungen zwischen mb und dem Verband kommunaler Arbeitgeber (VKA). Der vdää lehnt standespolitische Privilegien für Ärzte ab. „Das ist Gruppenegoismus“.

Der vdää fordert stattdessen zur Solidarität aller Berufsgruppen im Krankenhaus auf.

Die Industrialisierung der Abläufe in den Krankenhäusern, die Taylorisierung und Rationalisierung der Abläufe und der zunehmende Arbeitsdruck belasten und frustrieren alle Berufsgruppen. „Unserer Beobachtung nach ist die Arbeitsüberlastung in der Pflege durch überproportionalen Stellenabbau noch höher als im ärztlichen Dienst“, so Dr. Peter Hoffmann, Mitglied des Vorstands des vdää. „Also ist entweder gleiches Schmerzensgeld für Alle zu fordern oder – sinnvoller – eine Abkehr von der Ökonomisierung aller Strukturen, Abläufe und Betrachtungswinkel. Das schaffen wir aber

nur zusammen mit den anderen KollegInnen und nicht gegen sie“, so Hoffmann weiter.

Auch den Nachweis eines spezifischen *ÄrztInnenmangels* ist der mb bislang schuldig geblieben. Tatsächlich gibt es Nachwuchsprobleme und das Problem der Abwanderung qualifizierter ärztlicher Arbeitskräfte – besonders auf dem flachen Land, in den neuen Bundesländern und in medizinischen Fachgebieten mit rückständigen Strukturen und deshalb besonders belastenden Arbeitsbedingungen. Genauso kennen wir aber auch viele Intensivstationen, die aus *Pflegekräftemangel* ständig Betten sperren müssen.

Zur Einkommensentwicklung der KrankenhausärztInnen

Wir ÄrztInnen haben durch die Tarifverhandlungen 2006 unsere Einkommen im Schnitt stärker verbessert als die anderen Berufsgruppen in den Kliniken. ver.di hatte der skandalösen Überleitung des BAT in den TVÖD zugestimmt, obwohl der Tarifwechsel offensichtlich Lohnsenkungen durch die öffentlichen Arbeitgeber beinhaltete. Das war nichts anderes als Schützenhilfe im Wahlkampf, um gesellschaftlichen Frieden vorzugaukeln. Der mb musste die Tarifgemeinschaft mit ver.di aufkündigen, um diese Zumutungen (zumindest für Ärztinnen und Ärzte) abzuwehren und den bereits laufenden Tarifikämpfen an den Unikliniken gerecht zu werden.

Wir ÄrztInnen haben von der vergleichsweise hohen Steigerung der Einkommen im öffentlichen Dienst im vergangenen Jahr kampflos mitprofitiert, weil die Arbeitgeber den drohenden Arbeitskampf mit ver.di gescheut haben und dem mb na-

türlich ein gleich lautendes Angebot machen mussten. Die Einkommenszuwächse der ÄrztInnen waren in den letzten Jahren also insgesamt höher als die der anderen Berufsgruppen, wenngleich keine seriösen Zahlen bekannt geworden sind.

Unredliche Argumente

Die Forderung des mb nach überproportionalen Lohnerhöhungen für ArztInnen mit dem Argument der geleisteten unbezahlten Überstunden und Forderungen nach überproportionalen Steigerungen von Bereitschaftsdienstentgelten wegen des häufig praktizierten Lohnraubs durch zunehmende Belastung während Bereitschaftsdiensten und absichtlich zu niedriger Einstufung und Bezahlung von Bereitschaftsdiensten gehen am Kern des Problems vorbei. Hier müssen vor Ort bessere (und legale) Arbeitsbedingungen durchgesetzt werden statt Kompensationszahlungen für illegale Praktiken. Wenn wir Ärztinnen und Ärzte tatsächlich knapp und damit kostbar sind, sollten wir wenigstens in der Lage sein, den Anspruch auf legale Arbeitsverhältnisse bei unseren Arbeitgebern durchzusetzen!

Die Forderungen des vdää

- Auch der vdää hätte sich eine höhere Tarifierhöhung zwischen ver.di und VKA gewünscht. Wir Ärztinnen und Ärzte sollten die Gleichartigkeit der Interessenlage mit den anderen Berufsgruppen anerkennen und deshalb zunächst die gleiche Gehaltserhöhung akzeptieren, um dann wieder mit den anderen KollegInnen zusammen für mehr für Alle zu kämpfen!

- Der vdää begrüßt differenzierte Lohnhöhungen, die Belastungen wie Nacht- und Wochenendarbeit, die zunehmend geforderte Flexibilisierung von Arbeitszeiten und -bereitschaft für Krankenhausbeschäftigte finanziell zu entschädigen. Der zwischen ver.di und VKA vereinbarte Nachtzuschlag von 15 %, der auch für Bereitschaftsdienste zu fordern ist, ist ein erster Schritt, die Diskriminierung der Krankenhausbeschäftigten in diesem Bereich abzubauen.
- Der vdää fordert eine Humanisierung der Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern:

besonders eine ausreichende personelle Ausstattung, die Erfassung tatsächlicher Arbeitszeiten durch Arbeitszeiterfassungssysteme und die Einhaltung tariflicher und gesetzlicher Standards. Hier sind Betriebs- und Personalräte vor Ort aber auch ver.di und der mb gefordert. Der mb fordert das familienfreundliche Krankenhaus. Dann muss er im Interesse der Ärztinnen und Ärzte auch anständige Arbeitsbedingungen fordern und Arbeitszeiten begrenzen, statt den Arbeitgebern anzubieten, diese Bedürfnisse für Geld zu verhökern.

- Wir vom vdää fordern den mb auf, an den Verhandlungstisch zurückzukehren und einen Tarifabschluss zu akzeptieren, der dem bereits von ver.di abgeschlossen Vertrag entspricht. Nur so kann aus unserer Sicht einer weiteren Eskalation der eh schon angespannten Situation zwischen den Berufsgruppen in den Kliniken entgegengewirkt werden.

11. April 2010

Dr. Peter Hoffmann (Mitglied des Vorstands)

Dr. Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser (stellv. Vorsitzender)

Presseerklärung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte zur Methode der Knochenalterbestimmung

In Hamburg erklärte kürzlich die Ausländerabteilung der Senatsverwaltung einen 15-jährigen für volljährig und damit als geeignet zur Abschiebung. Bei einem 15-Jährigen hätte ein Vormund bestellt werden müssen, um den Jugendlichen zu betreuen. Die Behörde beruft sich bei ihrer Altersbestimmung auf das Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin der Hamburger Universitätskliniken, das aufgrund von Röntgenaufnahmen der Handwurzelknochen angefertigt worden war.

Dazu stellt der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte fest:

Die Methode der Knochenalterbestimmung ist zur Bestimmung des Lebensalters ungeeignet. Dies ist schon 1995 in einem von vdää und ProAsyl e. V. in Auftrag gegebenen umfangreichen Gutachten festgestellt worden.

Bei Skelettreifung handelt es sich um eine somatische Reifebestimmung, über die psycho-soziale Entwicklung eines Kindes ist mit diesen Methoden keinerlei Aussage zu machen. Es gibt individuelle Schwankungen in der Knochenalterentwicklung, die insbesondere im Bereich zwischen der Handwurzel und den Phalangen eine dissoziierte Skeletalterentwicklung zeigt, die bis zu 2 Jahre betragen kann.

In der kindlichen Entwicklung kommt es sehr häufig zu einer verfrühten Pubertätsentwicklung, die dann auch ein beschleunigt Knochenalter zur Folge hat. Das durch die Röntgenaufnahme der linken Hand bestimmte Knochenalter kann mehrere Jahre gegenüber dem Lebensalter vorseilen und repräsentiert somit nicht das Lebensalter. Es ist durchaus möglich, dass eine ausgereifte Skelettentwicklung bei einem Jungen oder Mädchen bereits schon vor dem 16. Lebensjahr erfolgt ist.

Außerdem beziehen sich die gängigen Methoden der Knochenalterbestimmung auf Kinder aus dem nord-europäischen oder angelsächsischen Raum und lassen sicher keinen Rückschluss auf Kinder in den südlichen Ländern zu.

Dies bedeutet: Die Skelettreifung sagt lediglich etwas aus über die Reifung des Organismus, die aber sowohl ethnisch als auch sozio-ökonomisch bedingt, sehr unterschiedlich verlaufen kann. Eine Skelettreifungsbestimmung alleine besagt nichts über das chronologische Alter des Kindes. Dieses kann um mindestens 2 Jahre differieren und ist ohne den Kontext einer klinischen Untersuchung nicht zu bewerten.

Die Altersbestimmung per Röntgenaufnahme des Handskeletts ist in ihren Ergebnissen so unsicher ist, dass sie als Methode generell abzulehnen ist. Sie bedeutet darüber hinaus eine Strahlenbelastung des wachsenden Organismus, die medizinisch nicht zu rechtfertigen ist. Ausländerrechtliche Fragestellungen können auf keinen Fall medizinische Indikationen von den Körper belastenden Verfahren wie z. B. Röntgen legitimieren.

Im Übrigen hat der 110. Deutsche Ärztetag 2007 in Münster mit Bezugnahme auf das oben genannte Gutachten „jegliche Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten zur Feststellung des Alters von Ausländern mit aller Entschiedenheit“ abgelehnt. (Vgl. Beschlussprotokoll des DÄT 2007, S. 80)

Wir fordern die Senatsverwaltung auf, die Praxis der Altersbestimmung sofort aufzugeben. An die Landesärztekammer Hamburg richten wir den Appell, den Menschenrechtsbeauftragten einzuschalten.

23. März 2010

Dr. Winfried Beck (Orthopäde und Mitglied des erweiterten Vorstands des vdää)

Dr. Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser (Stellvertretender Vorsitzender des vdää)

Es geht auch anders

Ärztinnen und Ärzte protestieren gegen die Pläne von Dr. Rösler

Unmittelbar vor Start der Regierungskommission zur Gesundheitsreform hält Gesundheitsminister Rösler, trotz aller Proteste, an seinen Plänen zur schrittweisen Einführung einer einkommensunabhängigen Kopfpauschale – im Moment wird an 29 Euro anstelle der 0,9 Prozentpunkte, die alleine die Arbeitnehmer bezahlen, gedacht – zur Finanzierung des Gesundheitswesens fest.

Diese Art der Finanzierung ist unsozial, da sie die Schwachen mehr belastet als die Starken, und der angekündigte Steuerausgleich darüber hinaus auch nicht finanzierbar ist. Als Kollege wurde Dr. Rösler von der Ärzteschaft mit Vorschusslorbeeren bedacht und ist seit langem der erste Gesundheitsminister, auf den die offizielle Ärzteschaft ohne Misstrauen zugeht. Nicht zuletzt deshalb, weil sie sich von einem Kollegen den Erhalt ihrer Privilegien erhofft. Um zu zeigen, dass es auch Ärztinnen und Ärzte gibt, die mit den unsozialen Plänen des Ministers nicht einverstanden sind und die sich für ein solidarisch und gerecht finanziertes Gesundheitswesen einsetzen, rufen die Erstunterzeichner des Aufrufes

Ärzte gegen Dr. Röslers Rezepte Für ein solidarisches Gesundheitswesen

ihre ärztlichen Kollegen zum öffentlichen Protest gegen die Politik des Gesundheitsministers auf. Der Aufruf wendet sich nicht nur gegen die Kopfpauschale, sondern zeigt auch mögliche Wege zu einer gerechten und solidarischen Finanzierung des Gesundheitswesens auf. Diese Resolution wird im Internet veröffentlicht und kann unterzeichnet werden unter:

www.aerzte-gegen-roesler.de

Die gesammelten Unterschriften werden Herrn Minister Dr. Rösler anlässlich des Deutschen Ärztetages in Dresden (11. - 14. Mai

2010) überreicht werden, um zu demonstrieren, dass nicht die gesamte Ärzteschaft hinter seiner unsozialen Politik steht.

16. März 2010

*Prof. Dr. Wulf Dietrich
Vorsitzender des vdää*

Ärzte gegen Dr. Röslers Rezepte Für ein solidarisches Gesundheitswesen

Wir, die unterzeichnenden Ärztinnen und Ärzte lehnen die im Koalitionsvertrag festgelegten gesundheitspolitischen Pläne der FDP-CDU-Regierung ab, denn sie zielen auf eine Zerstörung der solidarischen und paritätisch finanzierten Krankenversicherung.

Wir dagegen stehen ein für den Ausbau der Solidarität!

- Wir lehnen die **Kopfpauschale** ab, weil sie die Gutverdienenden entlastet und niedrige Einkommen überdurchschnittlich belastet. Der versprochene soziale Ausgleich über Steuern ist kein Ersatz für das bewährte Solidarsystem einer paritätisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung.
- Wir lehnen **Zusatzbeiträge** ab, die allein von den Versicherten zu tragen sind. Sie sind der Einstieg in die Kopfpauschale.
- Wir lehnen das **Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge** ab, da die Arbeitgeber sonst nicht mehr an den Steigerungen der Gesundheitsausgaben beteiligt wären. Das Gesundheitssystem darf nicht wirtschaftspolitischen Zwecken wie der Senkung der so genannten Lohnnebenkosten untergeordnet werden.
- Wir lehnen die geplante **Stärkung der Privaten Krankenversicherung** ab, da die Private Krankenversicherung wesentlich zur Zweiklassenmedizin beiträgt und deshalb abgeschafft werden muss.

- Wir lehnen das Prinzip der **Kostenerstattung** ab, da wir das Sachleistungsprinzip für eine Errungenschaft der Solidargemeinschaft halten. Kostenerstattung würde die Versicherten zusätzlich stark belasten. Im unmittelbaren Verhältnis zwischen Arzt und Patient darf das Geld keine Rolle spielen!
- Wir lehnen es ab, das **Gesundheitswesen zum größten Wachstumsmarkt** in unserem Land zu machen. Marktprinzipien führen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung. Wir fordern dagegen demokratische Kontrolle und Planung nach sozialmedizinischen Kriterien.

Deutschland hat eines der teuersten Gesundheitswesen der Welt. Wir sehen in vielen Bereichen Über- und Fehlversorgung. An erster Stelle müssen eine sinnvolle Verwendung der vorhandenen Mittel und eine von Lobbyinteressen unabhängige Forschung stehen. So sehen wir z. B. im Pharmabereich und bei den Großgeräten noch enorme Einsparpotentiale.

Wir fordern ein Mehr an Solidarität: Eine konsequente Bürgerversicherung unter Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger und aller Einkommen wäre der richtige Weg!

Für uns Ärztinnen und Ärzte steht der Patient im Mittelpunkt, nicht das Geschäft. Für uns ist Gesundheit keine Ware sondern zentrales Moment sozialer Teilhabe und würdevollen Lebens. Wir fordern alle Kolleginnen und Kollegen, die sich wie wir für die Interessen und die optimale medizinische Versorgung der Bevölkerung einsetzen, zum Protest gegen den geplanten unsozialen Umbau des Sozialversicherungssystems auf.

Der geplante Abbau von Solidarität geht von Ihnen als Gesundheitsminister aus, Herr Dr. Rösler. Deshalb richtet sich unser Protest direkt ge-

gen Ihre Politik. Nehmen Sie sich ein Beispiel an US-Präsident Obama, der gerade das zurückdrängen will, was Ihre Reformen hier fördern würden: die kostspieligen und un-solidarischen US-amerikanischen Verhältnisse im Gesundheitswesen.

Stoppen Sie diese Reform!

Yes, you must!!

Ärzte gegen Dr. Röslers Rezepte

**Für ein solidarisches
Gesundheitswesen**

Erstunterzeichner

Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz (Universität Düsseldorf), **Dr. med. Annette Bänsch-Richter-Hansen** (Wiesbaden), **Dr. med. Winfried Beck** (Offenbach), **Dr. Dr. Oswald Bellinger** (Frankfurt/M.), **Friedemann Bohlen** (Facharzt für Arbeitsmedizin und Innere Medizin, Gütersloh), **Wilhelm Breitenbürger** (Allgemeinarzt, Berlin), **Max Bürgk-Gemassmer** (Arzt für Allgemeinmedizin, Berlin), **Dr. med. Reinhard Büttner** (Frankfurt/M.), **Dr. med. Michael Cremer** (Mannheim), **Prof. Dr. Hans-Ulrich Deppe** (Frankfurt/M.), **Prof. Dr. Wulf Dietrich** (Vorsitzender des vdää, München), **Ernst Hermann Dittrich** (Arzt f. Innere Medizin, Berlin), **Prof. Dr. Gine Elsner** (Frankfurt/M.), **Ingelore Fohr** (Düsseldorf), **Dr. Michael Forßbohm** (Wiesbaden), **Pierre E. Frevert** (Arzt für Psychosomatische Medizin, Psycho-

analytiker, Frankfurt/M.), **Dr. Hermann Gloning** (FA für Kinder- und Jugendmedizin, München), **Klaus-Dieter Grothe** (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin, Psychotherapie, Hüttenberg), **Dr. Andreas Grüneisen** (Fraktion Gesundheit Berlin), **Dr. med. Clarissa Herdeis** (München), **Dr. med. Charlotte Hillmann** (Berlin), **Dr. med. Peter Hoffmann** (München), **Dr. med. Bernd Hontschik** (Frankfurt/M.), **Dr. med. Ellis Huber** (Berlin, ehem. Ärztekammerpräsident Berlin), **Dr. med. Michael in der Wiesche** (Göttingen), **Dr. med. Constanze Jacobowski** (Berlin), **Dr. med. Philipp Jansen** (Frankfurt/M.), **Matthias Jochheim** (Arzt für Allgemeinmedizin/ Psychotherapie, stellv. Vorsitzender der deutschen IPPNW, Frankfurt/M.), **Dr. med. Bernd Kalvelage** (Hamburg), **Nico Kessler** (Medizin-Student, Frankfurt/M.), **Prof. Dr. med. Michael M. Kochen** (MPH, FRCGP, Göttingen), **Thomas Kunkel** (Arzt, Berlin), **Dr. med. Dieter Lehmkuhl** (Vorstandsmitglied der deutschen IPPNW, Berlin), **Dr. med. Thomas Lindner** (Berlin, Vorstandsmitglied bei MEZIS), **Dr. med. Gerd Manecke** (Hanau), **Bri Meyer-Campen** (Fraktion Gesundheit, Berlin), **Prof. Dr. med. Rainer Müller** (Universität Bremen), **Dr. Thomas Müller** (Tübingen), **Dr. med. Volker Pickeroth** (Berlin), **Prof. Dr. Michael Regus** (Berlin), **Dr. Hermann Reitze**, **Dr. med. Corinna Roser** (Frankfurt/

M.), **Dr. med. Michael Roser** (Frankfurt/M.), **Dr. med. Dr. phil. Karl Heinz Roth** (Bremen), **Dr. Udo Schagen** (Berlin), **Peter Scharf** (Zahnarzt, Sprecher der Fraktion Gesundheit in der Zahnärztekammer Berlin und Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin), **Prof. Dr. med. Dieter W. Scheuch** (Dresden), **Dr. med. Peter Scholze** (stellv. Vorsitzender der VV der KVB, München), **Dr. med. Eckhard Schreiber-Weber** (Facharzt für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren, Bad Salzuflen), **Dr. med. Rudi Schwab** (München), **Dr. med. Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser** (stellv. Vorsitzender des vdää, München), **Dr. med. Jürgen Seeger** (Frankfurt/M.), **Prof. Dr. med. Volkmars Sigusch** (Frankfurt/M.), **Wolfram Singedonk** (Berlin), **Dr. med. Thomas Spies MdL** (Marburg), **Dr. med. Jan Peter Theurich** (Rheda-Wiedenbrück), **Dr. med. Eberhard Thiele** (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Ärztlicher Psychotherapeut (Limburg)), **Dr. med. Edgar Thimm** (Radolfzell), **Martin von Hagen** (Chefarzt des Zentrums für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Eschwege), **Christiane von Rauch** (Ärztin für Allgemeinmedizin, Frankfurt/M.), **Dr. med. Bernhard Winter** (stellv. Vorsitzender des vdää, Frankfurt/M.), **Dr. med. Andreas Wulf** (Frankfurt/M., medico international e. V.), **Dr. med. Susanne Zickler** (Köln)

Presseerklärung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte beteiligt sich an der Campact-Kampagne gegen die Einführung der Kopfpauschale. Bereits 44.000 BürgerInnen unterstützen mit ihrer Unterschrift die Forderung:

**Gegen weitere
Entsolidarisierung
im Gesundheitswesen**

Kopfpauschale stoppen!

„Wenn man das Gesundheitswesen zum Markt macht“, so der Vorsitzende des vdää, Wulf Dietrich, in

dem Kampagnen-Clip, „fallen diejenigen runter, die sich eine private Zusatzversicherung nicht leisten können, sie werden dann zukünftig schlechter medizinisch versorgt werden“. Damit es nicht so weit kommt, unterstützt der vdää die Kampagne gegen die Kopfpauschale und den Aufruf für ein solidarisches Gesundheitssystem.

Wir stellen uns einer Politik entgegen, die Probleme nicht löst, sondern verschärft. Im Gegensatz zu einer Politik, die immer nur mehr Geld ins System pumpen will, sind wir der Ansicht, dass es noch viele Einsparmöglichkeiten gibt (z.B. in

der Pharma- oder der Geräteindustrie), die zu nutzen wären für eine gute Versorgung für Alle.

Interessierte können sich weiter informieren und in die Unterstützerliste eintragen:

<http://www.campact.de/gesund/sn1/signer>

Hier können Sie auch den Film zum Kampagnenstart ansehen, der die wichtigsten Argumente auf den Punkt bringt.

10. Februar 2010

Dr. Nadja Rakowitz
Geschäftsführerin des vdää

Peter Sawicki – Opfer auf dem Altar der Klientelpolitik

Zuerst wurden die Hoteliers be- dient, ihnen wurde die Mehr- wertsteuer halbiert; den Arbeitge- bern wird ein Einfrieren der Kran- kenkassenbeiträge versprochen, sie werden also nicht mehr an den Steigerungen der Kosten des Ge- sundheitswesens beteiligt; die Zu- gangsbedingungen zur privaten Krankenversicherung werden er- leichtert; und jetzt wird der Vertrag von Peter Sawicki, dem Gründer und Chef des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesund- heitswesen von der schwarz-gelben Regierungskoalition nicht verlän- gert.

Ganz unverhohlen betreibt der li- beral-konservative Gesundheitsmi- nister seine Klientelpolitik. Sawicki ist das Bauernopfer für die Pharma- industrie. Er war mit seinen kriti- schen Stellungnahmen zur Wirk- samkeit von deren Produkten, z.B. der Analoginsuline oder der Antide- pressiva, der Industrie ein Dorn im Auge.

Dabei war unter Fachleuten die Qualität der Arbeit des Instituts un- umstritten. Der Vorsitzende der Arz- neimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Prof. Ludwig, sowie der Vorsitzende des Deutschen Cochrane Instituts, Prof. Gerd Antes, hatten sich für Sawickis Bleiben stark ge- macht. In einer spontanen Unter- schriftensaktion haben sich 600 ärzt- liche Kolleginnen und Kollegen mit Sawicki solidarisiert. International wurde seine Arbeit bis hin zu Arti- keln im renommierten New England Journal of Medicine gewürdigt. Mit der Ablösung von Sawicki wird die Arbeit des gesamten Instituts getrof- fen. Es ist fraglich, ob es zukünftig seine Arbeit unter Wahrung der Un- abhängigkeits nach strengen und ausschließlich wissenschaftlichen Kriterien wird fortsetzen können.

Bezeichnend ist, dass Sawicki auch keine fachlichen Fehler vorgeworfen werden. Die Nicht-Verlängerung sei- nes Vertrages wird vordergründig mit persönlichen Verfehlungen be-

gründet. Schon auffällig, dass dem Stiftungsrat des Instituts gerade zwei Tage vor der entscheidenden Sitzung auffiel, dass Sawicki seit fünf Jahren einen zu großen Dienstwagen fuhr und in der Businessclass reiste. Sa- wicki hat diese Vorwürfe bestritten. Aber selbst wenn die Vorwürfe zuträ- fen, könnte man sie disziplinarisch ahnden, und – im Interesse der Qua- lität der Arbeit des Instituts – den- noch seinen Vertrag verlängern.

Die Ablösung Sawickis ist ein schwerer Schlag für alle Kritiker der Pharmaindustrie. Ein Nachfolger wird es schwer haben, den Ruf ei- nes Gefälligkeitsgutachters zu ver- meiden, der seine Berufung dem Klientelpolitiker Rösler zu verdanken hat. Die Krankenkassen dagegen kann der Verlust dieses Pharmakriti- kers noch teuer zu stehen kommen.

25. Januar 2010

Prof. Dr. Wulf Dietrich
Vorsitzender des vdää

VDÄÄ
Geschäftsstelle
Nadja Rakowitz

Kantstraße 10
63477 Maintal
Telefon 06181 – 432 348

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

Überschuldung und Zuzahlungen im deutschen Gesundheitssystem – Benachteiligung bei Ausgabenarmut

Autoren E. Münster¹, H. Rüger¹, E. Ochsmann², C. Alsmann³, S. Letzel¹

Institute

¹ Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

² Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Uni- versität Erlangen-Nürnberg

³ Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Arbeits-, Handels- und Zivilprozess- recht der Johannes Gutenberg- Universität Mainz

Zusammenfassung

Ziel der Studie: Die Anzahl über- schuldeter Privathaushalte in Deutschland stieg in Vergangenheit

stetig an und wird derzeit auf 3,13 Millionen geschätzt. Die damit ver- bundenen Zahlungsschwierigkeiten bis hin zur Zahlungsunfähigkeit der Betroffenen können zu einer redu- zierten Inanspruchnahme von me- dizinischen Leistungen, die einer Zuzahlung bedürfen, führen. Erst- malig wurde untersucht, ob über- schuldete Privatpersonen aufgrund ihrer finanziellen Not nicht zum Arzt gehen oder verschriebene Me- dikamente nicht kaufen.

Methodik: Eine Querschnittsstudie an überschuldeten Privatpersonen wurde von Juli 2006 bis März 2007 in Rheinland-Pfalz durchgeführt. In

Zusammenarbeit mit 53 Schuldner- und Insolvenzberatungsstellen in Rheinland-Pfalz und in Kooperation mit dem Schuldnerfachberatungszentrum der Johannes Gutenberg- Universität Mainz wurde eine ano- nyme, einmalige schriftliche Befra- gung von Klienten der Schuldner- beratungsstellen organisiert.

Ergebnisse: Insgesamt haben 666 Personen (51,1 % Frauen) im Alter zwischen 18 und 79 Jahren (Mittel- wert 41,0; Standardabweichung 11,2; Median 41) bei einer Teilnah- merate von 35,5 % an der ASG- Studie (Armut, Schulden und Ge- sundheit) teilgenommen. Die Mehr-

zahl der Probanden gab an, in den letzten 12 Monaten sowohl aus Geldmangel vom Arzt verschriebene Medikamente nicht gekauft (65,2 %) als auch aufgrund der Schuldensituation und der 10-Euro-Selbstbeteiligung einen Arztbesuch unterlassen zu haben (60,8 %). Im multivariaten binär-logistischen Endmodell erweisen sich hinsichtlich beider Zielgrößen das Alter, die Familiensituation, der Status bzgl. des Insolvenzverfahrens, vorhandene gesundheitliche Beschwerden

und die eigene Einstellung zur Gesundheitsaufmerksamkeit als relevante Einflussgrößen.

Schlussfolgerung: Die finanzielle Selbstbeteiligung beim Arztkontakt oder Medikamentenkauf in Deutschland kann bei überschuldeten Privatpersonen zu einer reduzierten Inanspruchnahme und damit zu einer Benachteiligung in der medizinischen Versorgung führen. Aufgrund der Zuzahlungspflichten werden gesundheitsbezogene Leis-

tungen nicht unabhängig von den finanziellen Ressourcen eines Individuums ermöglicht, sodass besonders unter Ausgabenarmut die gesundheitliche Chancengleichheit gefährdet scheint.

Wir können wir hier nur das Abstract des Artikels aus der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“ (2010; 72(2): 67-76) abdrucken. Weitere Informationen zum Thema können bei Interesse von der Geschäftsstelle angefordert werden.

Erich Wulff – Arzt und politischer Intellektueller

von Hans-Ulrich Deppe

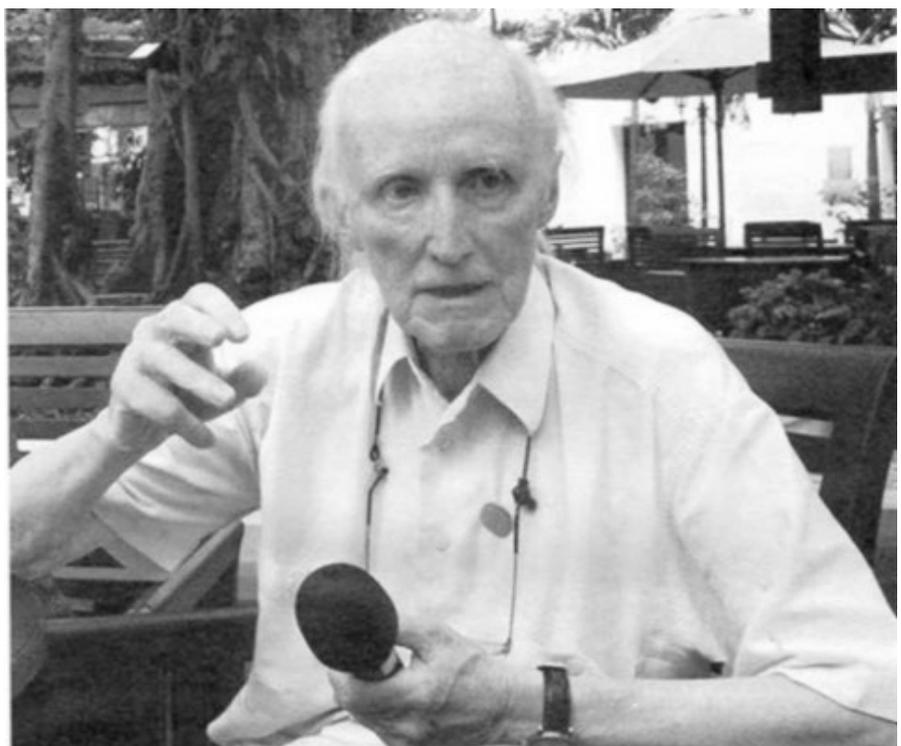
„Eine gute Medizin ist heute nur möglich, wenn sie gleichzeitig eine politisch engagierte ist“. Diese Worte schrieb Erich Wulff in seiner wohl letzten Veröffentlichung, die in unserem (vdää, Red.) Rundbrief Ende vergangenen Jahres erschienen ist. Und zwischen der „gu-ten Medizin“ und dem politischen Engagement bewegte sich ein wesentlicher Teil seines abwechslungsreichen Lebens.

Erich Wulff ging in den sechziger Jahren als Psychiater nach Vietnam. Er lehrte an der Universität von Hue und musste feststellen, dass hier die typischen psychiatrischen Erkrankungen in einem anderen Gewand auftraten und in der Gesellschaft einen anderen Stellenwert als in Europa einnahmen. Das führte ihn zu einer intensiven Beschäftigung mit der Ethnopsychiatrie. Beindruckt von der politischen Realität in Vietnam wurde er zum Bundesgenossen der vietnamesischen Befreiungsbewegung, für deren Ziele er mehrfach sein Leben riskierte, denn in Europa trat er als Kronzeuge gegen den verbrecherischen Krieg der US-Amerikaner in Vietnam auf. Daraus hervorgegangen ist sein Buch *Vietnamesische Lehrjahre*, das er unter dem Pseudonym Georg W. Alsheimer publizierte (1968). Es wurde zur authentischen Bestätigung und Legitimation für die Studentenrevolte in den 60er Jahren und in viele Sprachen übersetzt.

Nach seiner Rückkehr aus Vietnam habilitierte Erich Wulff in Gießen (1969) und hatte früh über die Zeitschrift *Das Argument* Kontakt zur *Kritischen Medizin*. Auch ich, damals wissenschaftlicher Assistent an der Universität in Marburg, hatte enge Verbindungen zum *Argument*. Wir kamen schnell zusammen. In Marburg und Gießen diskutierten wir, wie die Mechanismen des Kapitals bis in die tägliche ärztliche Arbeit hineinwirken. Wir führten gemeinsame Seminare durch und publizierten darüber. Daraus hervorgegangen sind unsere Artikel über die

Kritik der bürgerlichen Medizin (1970), der bahnbrechende Artikel von Erich Wulff *Der Arzt und das Geld* (1971) sowie das Buch *Psychiatrie und Klassengesellschaft* (1972). Bis heute wird der Aufsatz *Der Arzt und das Geld* als Grundlagenlektüre auch für das aktuelle Verständnis der Kommerzialisierung der Medizin empfohlen.

Und schließlich entsprang aus dieser fruchtbaren Zusammenarbeit der legendäre Marburger Kongress *Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt* im Januar 1973. Wir organi-



sierten mit dem Arbeitskreis Kritische Medizin in Marburg und dem Pahl-Rugenstein-Verlag erstmals die kritischen Aktivitäten im Gesundheitswesen, die sich innerhalb und außerhalb der Universitäten entwickelt hatten. Mehr als 1800 Teilnehmer, vor allem Mitarbeiter des Gesundheitswesens und Medizinstudierende, aber auch Kommunalpolitiker, Gewerkschafter und renommierte Wissenschaftler brachten ihren Unmut in Marburg zum Ausdruck. Der Kongress fand ein breites öffentliches Echo und trug nicht zuletzt auch zur Orientierung und Organisation der Demokratischen Medizin bei.

Im Jahre 1972 wurde Erich Wulff auf die Professur für Sozialpsychiatrie an der Medizinischen Hochschule in Hannover berufen, wo er als Erster eine geschlossene psychiatrische Abteilung öffnete und die Aufhebung der Geschlechtertrennung betrieb. Hier verknüpfte er

seine vietnamesischen Erfahrungen mit den Impulsen aus der italienischen Psychiatriebewegung, insbesondere denen von Franca und Franco Basaglia. Unser wissenschaftlicher, politischer und freundschaftlicher Kontakt ist seither nicht abgerissen. Wir waren uns immer wieder motivierende, mahnende und ergänzende Ratgeber.

Erich Wulff war ein praktisch engagierter Linksintellektueller, von denen es unter den Ärzten nur wenige gibt. Er nahm sich selbst von der Kritik nicht aus. Auf dem Hintergrund seiner beruflichen Kompetenz nahm er Stellung zu allgemeinen menschlichen und gesellschaftlichen Fragen. Er brachte seine hochgradige Kompetenz als Psychiater in die politische Kultur emanzipatorischer Bewegungen ein. Dabei überschritt er die Grenzen seines Berufes, seine fachliche Spezialisierung und die seiner Privatheit. Für

das Politische im Privaten interessierte er sich nicht weniger als für des Private in der Politik. Mit seinem Buch *Wahnsinnslogik* (1995), in dem er eigene Wahnerfahrungen beschrieb und der Verknüpfung von Psychiatrie und Philosophie nachspürte, nahm er „Abschied von der Psychiatrie“. Die Kunst des analytischen Erzählers verrät der Psychiater, der auch Gerichtsgutachten anfertigte, in seinen Reiseberichten und vor allem seiner Autobiografie *Irrfahrten* (2001). Seine Trilogie über Vietnam spannt schließlich einen zeitlichen Bogen über sein gesamtes Leben. Er schließt sie mit seinem letzten Buch *Vietnamesische Versöhnung* (2009) Tagebuch einer Vietnam-Reise 2008 zu Buddhas und Ho Chi Minhs Geburtstag, zu dem er mit seiner ganzen Familie eingeladen wurde.

Erich Wulff starb im Alter von 83 Jahren am 31. Januar 2010 in Paris.

**Der nächste VDPP-Rundbrief
erscheint im Juni 2010.**

**Redaktionsschluss ist
am 31. Mai 2010.**



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

geschaeftsstelle@vdpp.de
www.vdpp.de