pharmazie sozial

Die Zeitschrift der angestellten Apotheker

€ 2,18
02/2008
www.vaaoe.at

Gesundheit
Statement zu M. Parkinson

Pharmazie
Südbahn-Schmerzgespräche

Berufspolitik
10 Jahre Gleichbehandlung in der Vorrückung

P.b.b. Verlagspostamt 1090 Wien, GZ 02Z030183

Inhalt

03 **Termine**

03 **Editorial**

04 **Europa:**
Bereit für die Zukunft in Europa!

05 **Leserforum**

06 **Pharmazie aktuell:** Südbahn-Schmerzgespräche 2008 – 1. Teil

08 **Europa:**
Ein Blick nach Deutschland

10 **Arbeitsrecht:**
Arbeitszeit und Flexibilität

12 **Europa:** Unsere Reise zum Kongress der kroatisch-pharmazeutischen Gesellschaft…

13 **Gesundheit:** Anti-Aging

14 **Berufspolitik:** 10 Jahre Gleichbehandlung in der Vorrückung

15 **Gesundheit:** Allgemeine Gedanken über M. Parkinson

18 **Pharmazie aktuell:** …ein paar kleine Bemerkungen zum leidigen »aut idem«

19 Endlich im Handel: Ein Condom nur für Mädchen

»GENERIKA – WIRKUNGSGLEICH ODER DOCH NICHT?!«
DATEN und FAKTEN

WANN: 30. 6. 2008 ab 18.30 Uhr Buffet;
ab 19.00 Uhr Vortrag
WO: Hotel Corvinus
Wr. Neustadt, Bahngasse 29–33
VORTRAGENDER: *Dr.med.univ. Hans-Peter Kluza*
Anmeldung bis spätestens bis **24. 6. 2008** unter Telefon 01/404 14 - 410, Fax 01/404 14 - 414 oder E-Mail info@vaaoe.at!
Wir freuen uns auf Ihr Kommen!

STAMMTISCH FÜR ANGESTELLTE APOTHEKERINNEN UND ASPIRANTINNEN – INNSBRUCK

WANN: 3. 7. 2008 ab 19.00 Uhr
WO: Gasthaus Riese Haymon,
Innsbruck, Riese Haymongasse 4

4. WALDVIERTLER PARKINSON INFORMATIONSTAGE

vom 12.–13. Juli 2008
Karlstein a.d. Thaya

Diese vom **Dachverband Parkinson Selbsthilfe Österreich** zum 4. Mal organisierte Veranstaltung soll zur Begegnung von Gesunden und Menschen, die mit einer unheilbaren Krankheit leben müssen, beitragen.
VERANSTALTER: Dachverband Parkinson Selbsthilfe Österreich
EHRENSCHUTZ: LH *Dr. Erwin Pröll*
ERÖFFNUNG VOR DEM RATHAUS:
Samstag 12. Juli 2008; 14.00 Uhr

Morbus Parkinson-Programm für Selbsthilfegruppen
im Vortragsaal des Internats der HTBLA für Uhrmacher Karlstein (freier Eintritt!)

Fortbildungsseminar – Morbus Parkinson für Apotheker und Ärzte
Landgasthaus Pohnitzer, Karlstein, Hauptstraße 20

Anmeldung und Auskunft:
Mag. Elfriede Oswald, Vizepräsidentin PSHÖ
Bahnzeile 12/5, 3500 Krems
0676/3195247 tägl. ab 18.00 Uhr
elfriedeoswald@gmx.at

Der Verband Angestellter Apotheker Österreichs ist die einzige gewerkschaftliche Vertretung der angestellten Apotheker Österreichs.

Unsere wichtigste Aufgabe ist die Vertretung der beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen der angestellten ApothekerInnen.
Für die individuelle Beratung in arbeits-, entlohnungs-, sozialversicherungs- und steuerrechtlichen Fragen stehen allen Mitgliedern rechtskundige MitarbeiterInnen zur Verfügung.
Wir bieten auch andere Serviceleistungen an, wie z. B. günstige Gruppenversicherungen für unsere Mitglieder, verschiedene Zeitschriften.
Wenn Sie sich näher über unser umfangreiches Serviceangebot informieren möchten, rufen Sie uns an.
Unter der Telefonnummer (01) 404 14-403 gibt Ihnen Fr. *Dimitrijevic* gerne weitere Auskünfte über die Vorteile einer Mitgliedschaft beim VAAÖ.

Liebe Leserin, lieber Leser!

Qualität und Sicherheit beim Arzneimittel nur durch Apothekerinnen und Apotheker!

An dieser Feststellung darf in Zukunft kein Weg vorbeiführen. Sie ist jedenfalls zu 1.000 % richtig, wie die Erfahrung beim Arzneimittelumgang (Internethandel uam) in vielen Ländern zeigt. Die Gefahren für die Bevölkerung, die sich aus einem liberaleren Zugang zu Arzneimitteln ergeben, dürfen nicht übergangen oder klein geredet werden. Damit wird nicht der Bürger entmündigt, sondern nur die gefährdende Situation realistisch und ehrlich wahrgenommen. Denn auch der »…-politisch« mündige Bürger ist kein Apotheker, Steuerberater, Rechtsanwalt, Arzt, Installateur, Rauchfangkehrer oder…
Nicht nur in besonderen Situationen und bei speziellen Waren wie Arzneimittel, Alkohol oder Waffen bedarf es immer aus Gründen der Qualität und Sicherheit einer Beschränkung des Zuganges, und nicht nur in den aufgezählten Fällen wird dies seit jeher bejaht und durchgeführt. Dabei ist es unerlässlich außer der **Vertriebsbeschränkung** auch **Vorschriften über die Weitergabe** an die Bevölkerung (»Missbrauch und Abhängigkeit«) zu haben und zu beachten. Auf Apotheken und Arzneimittel übertragen bedeutet das **»Apothekenpflicht«** einerseits und **»Apothekerarbeit«** andrerseits mit Bejahung aller ökonomischen Zwänge.

Arzneimittelabgabe und Beratung nur direkt durch Apothekerinnen

Die Beschränkung des Vertriebsweges **(»Apothekenvorbehalt«)** leitet ihre Begründung und Existenz vom **»Apothekervorbehalt«** des Apothekengesetzes, der Fachkräfteverordnung und der Apothekenbetriebsordnung ab. Denn nur dann, wenn in den Apotheken die Arzneimittel ausnahmslos von ApothekerInnen und mit fachlicher Beratung abgegeben werden, ist die Arzneimittelabgabe an die Bevölkerung ordnungsgemäß und sicher, auch hier mit Bejahung aller ökonomischen Folgen (Volksgesundheit!).
Daraus folgt zwingend, dass eine Arzneimittelversorgung nicht sinnvoll und ordnungsgemäß ist, wenn die Berufsgruppe nur auf einem Kriterium der Sicherheit besteht und das andere – aus welchem Grund immer – vernachlässigt oder umgeht bzw gar versucht, den **Apothekervorbehalt** mit »PKA-Colleges« zu **unterlaufen.**
Ich kann mir nicht vorstellen, dass diese Richtung die Zukunft der Apotheker ist. Wir alle, insbesondere alle Funktionäre, sollten gegen diese Aufweichungstendenzen vorgehen und mutige Kolleginnen und Kollegen in der gesamten Berufsgruppe dabei aktiv unterstützen. Wer zurecht gegen einen Arzneimittelvertrieb (nicht nur verschreibungspflichtige!) durch Versandhandel oder in Drogerien und Tankstellen uam ist, der muss mit gutem Beispiel in der Beschäftigung von **Apothekerinnen und Apothekern als Arzneimittelfachleute** vorangehen. Und wir angestellte Apothekerinnen und Apotheker sollten unsere fachliche Arbeit überall noch besser erkennbar machen.

Ihr

Mag. pharm. Mag. iur. Albert Ullmer
Präsident Verband Angestellter Apotheker

Bereit für die Zukunft in Europa!

Gemeinsam mit unseren europäischen Kollegen wollen wir unsere Position im vereinigten Europa stärken.

Im Frühjahr letzten Jahres wurden die Repräsentanten der österreichischen Apotheker, darunter auch wir vom VAAÖ, nach Brüssel zur Einweihung des neuen Büros des Österreichischen Apothekerverbandes eingeladen. Da mittlerweile viele Entscheidungen im Gesundheitswesen zentral von der Europäischen Union entschieden werden, wurde diese Dependance von ÖAK und dem Apothekerverband gegründet, um Lobbying für die österreichischen Apotheken zu betreiben.

Beitrag von Raimund Podroschko

Nach diesem Besuch kam uns vom VAAÖ die Idee, eine eigene Organisation für angestellte Apotheker beziehungsweise Angestellte in Apotheken auf europäischer Ebene zu gründen, da sich das neu gegründete Büro vor allem zum Ziel gesetzt hat, die österreichischen Apotheken und weniger die darin beschäftigten Apotheker zu vertreten.

Da es auch im Zeitalter des Internets sehr schwer ist, herauszufinden, welche Schwesterorganisationen wir in Europa haben, folgten wir einer Einladung der ABDA, der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (es handelt sich hierbei um die Dachorganisation der deutschen Apotheker), die im Herbst ihre Generalversammlung abhielt, um herauszufinden, welche Verbände in Deutschland der Rolle des VAAÖ gleichkommen.

Man teilte uns mit, dass diese Aufgaben von »ADEXA – die deutsche Apothekengewerkschaft« erfüllt werden.

Da parallel zum deutschen Apothekertag auch die EXPOPHARM, die internationale pharmazeutische Fachmesse, stattfindet und unsere Kollegen von der ADEXA dort einen Stand gebucht hatten, machte ich mich mit meiner Ehrenpräsidentin *Gertraud Buresch* auf den Weg zu einer ersten Kontaktaufnahme.

Begrüßt wurden wir, praktischerweise, von der Vorstandsvorsitzenden Fr. *Barbara Neusetzer*, die sich sehr für unseren Vorschlag interessierte. Bei dem am Abend abgehaltenen Sektempfang hatten wir Zeit, unsere Vorstellungen und Ziele genauer zu definieren und Anregungen von unseren deutschen KollegInnen aufzunehmen. Wir vereinbarten ein Treffen für den Februar 2008 in Wien, um unsere Pläne zu konkretisieren.

Bei der Sitzung in Wien wurde uns ADEXA genauer vorgestellt. Hauptmerkmal ist, dass die deutsche Apothekengewerkschaft alle Angestellten in deutschen Apotheken vertritt. Wir erfuhren, dass österreichische ApothekerInnen durchschnittlich mehr verdienen als ihre deutschen Kolleginnen und es den deutschen Apotheken finanziell aufgrund der allgemeinen Niederlassungsfreiheit, dem erlaubten Ver-

sandhandel und den so genannten Rabattverträgen in unserem Nachbarland schlechter geht als den Österreichischen. In Deutschland gibt es weit mehr apothekenspezifische Berufe als bei uns: neben Apothekerinnen und PKA's verdienen auch Pharmazieingenieure (ein Beruf aus der ehemaligen DDR) und Pharmazeutisch-technische Assistentinnen, kurz PTA's, ihr Geld in deutschen Apotheken. Ein unserer Gehaltskasse vergleichbares Besoldungssystem sucht man bei unseren Nachbarn vergeblich.

Am Ende unseres Treffens beschlossen wir, einen gemeinsamen europäischen Verein zu gründen – Arbeitstitel: Europäische Vereinigung der Apothekenangestellten, kurz EVA – mit dem Ziel, den gemeinsamen Interessen der Angestellten in europäischen Apotheken und auch in anderen pharmazeutischen Bereichen tätigen Apothekern mehr Gehör zu verschaffen. Abgesehen von der Möglichkeit, sich als gemeinsame europäische Vereinigung auch bei der EU wirksamer einzubringen, ist es unser Bestreben, als Teil einer europaweiten Organisation die Position der nationalen Vereine in den einzelnen Mitgliedsländern zu stärken.

Bei einem anschließenden Treffen Ende April in Hamburg arbeiteten wir an einer gemeinsamen Organisationsstruktur und einer gemeinsamen Satzung, ebenso legten wir erste Ziele unseres künftigen Verbandes fest:

1.) Das Arzneimittel muss als besondere Ware gelten und kann somit nicht wie gewöhnliche Handelsware ge- und behandelt werden.

2.) Apothekervorbehalt von Arzneimitteln (auch OTC-Produkten): der Handel und der Umgang mit Arzneimitteln muss an pharmazeutisches Fachpersonal unter Assistenz von geschulten pharmazeutisch-kaufmännischen Personal gekoppelt werden.

3.) Zur Aufrechterhaltung der hohen Qualität des pharmazeutischen Fachpersonals und der pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten muss die Möglichkeit auf kontinuierliche Fortbildung – die als Arbeitszeit zu gelten hat – gegeben und mit einer Honorierung verbunden sein.

Ganz herzlich möchte ich mich bei den beiden Vorstandsvorsitzenden der ADEXA, *Barbara Neusetzer* und *Tanja Kratt*, sowie der Vorsitzenden der Fachgruppe Apotheker, *Ellen Oetterer*, für die gute und zielorientierte Zusammenarbeit bedanken.

Gemeinsam werden wir unser Bestes geben, um noch mehr Partnerorganisationen auf europäischer Ebene für unser Vorhaben zu begeistern, um so gemeinsam für die Rechte des pharmazeutischen Fachpersonals und der pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten – national und international – einzutreten und unsere Position im Gesundheitsbereich in ganz Europa zu stärken!

Thema

Mut zum Neubeginn

Eigentlich war ich mitten im Redefluss, denn endlich habe ich sie per Handy erreicht, meine Freundin. Aber plötzlich bremste mich ein Satz von ihr.

Fast hätte ich ihn (bewusst) überhört, konnte es aber doch nicht, da sie ihn mit trauriger Stimme wiederholte: „Ich bin heute gekündigt worden".

Erst dann begriff ich ihre Situation… sie hatte auf einen Schlag keinen Job mehr.

Sofort kam die Verknüpfung zu meinen eigenen Erfahrungen zu diesem Thema: am Anfang der Schock, das entsetzliche Gefühl den Boden unter den Füßen verloren zu haben, das Gefühl des Ausgestoßenseins aus der gewohnten Umgebung, das geschrumpfte Selbstbewusstsein, Existenzängste…

Alles sehr unangenehme Gefühle… aber oft bewegt uns das Leben dazu, bestimmte Erfahrungen zu machen, zu denen wir uns freiwillig nie entscheiden würden.

Faktum ist, dass wir angestellten Apotheker das Risiko einer Kündigung tragen.

Eine Kündigung ist immer eine schmerzhafte Sache, egal welche Gründe dazu geführt haben oder wie lange das Dienstverhältnis angedauert hat.

Warum ich heute gerade über dieses Thema schreibe ist:

Ich möchte Mut machen, all jenen betroffenen Kolleginnen und Kollegen. Mut zur Herausforderung und Veränderung. Sie als Chance zur Verbesserung zu sehen. Auch wenn es am Anfang nicht leicht fällt.

Wir angestellten Apotheker haben einige große Vorteile gegenüber vielen anderen Angestellten anderer Berufsgruppen:

Wir können uns auf den Support des VAAÖ – unsere berufliche Interessensvertretung – verlassen, denn hier bekommen wir kompetente juristische Beratung, welche uns individuell zur Verfügung steht.

Zusätzlich können wir auf ein wichtiges Service der pharmazeutischen Gehaltskasse zurückgreifen, welche ein eigenes »Portal für Stellensuchende«, auch auf ihrer Website, anbietet.

Von großem Vorteil kann »networking« sein – natürlich in jeder Hinsicht, nicht nur beruflich, denn persönliche Kontakte können vieles erleichtern und geschlossene Türen öffnen.

Meine Freundin hat sich übrigens auch wieder erholt… sie hat inzwischen eine neue Arbeitsstelle gefunden, mit der sie glücklich ist.

Alles Liebe

Eure Kollegin
susanne.e-b@chello.at

Südbahn-Schmerzgespräche 2008 – 1. Teil

Auch heuer fanden wieder im schönen Reichenau vom 4. 4.–6. 4. 2008 die Südbahn-Schmerzgespräche statt. Breiter Raum wurde heuer konservativ-orthopädischen sowie physikalischen Methoden zur Schmerztherapie eingeräumt.

Ca. 84 % aller Patienten, die zu einem Institut für physikalische Medizin zugewiesen werden, haben Schmerzen bei unterschiedlichen Krankheitsbildern.

Schwerpunkte der physikalischen Schmerztherapie:
- Therapie von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates sowie Erkrankungen des Nervensystems
- Ergänzung zur medikamentösen, invasiven bzw. operativen Schmerztherapie bei starken und sehr starken Schmerzen → Dosisreduktion
- Schmerzzustände im Rahmen der Rehabilitation (posttraumatisch oder postoperativ)
- Verhinderung von funktionellen Defiziten

An physikalischen Therapieformen steht ein breites Spektrum zur Verfügung:
- aktive und passive Bewegungstherapieformen
- Rekonditionierung – medizinische Trainingstherapie
- Ergotherapie – Ergonomie und Rückenschulen
- Elektrotherapie
  Mechanotherapie – z. B. Extension
- Massage
- Thermotherapie (Wärme/Kälte)
- Peloide – Munari, Moor, Fango, …
- Ultraschall- und Stoßwellentherapie
- Manuelle Therapie, Chirotherapie
- Akupunktur, etc.

Das Wirkprinzip beruht auf einer planmäßigen, seriellen Anwendung von Reizen (kinetisch, mechanisch, thermisch, elektrisch oder physikochemisch), die zu Primärreaktionen (Regulation) und Sekundärreaktionen (Adaption) führen.

Die Reizqualität ist abhängig von:
■ Reizart ■ Reizort ■ Reizstärke ■ Reizdynamik ■ Reizdauer, Reizfläche ■ Reizwechselwirkungen ■ Reizintervall ■ Reizfrequenz

Je nach **Reizart** werden verschiedene Rezeptoren angesprochen, wichtig ist auch die Eindringtiefe des Reizes. Die verschiedenen Reizarten haben auch unterschiedliche Kontraindikationen.

Reizstärke: als Leitsatz gilt: schwache Reize regen an, mittelstarke fördern, starke Reize hemmen die Reizantwort

Bei der **Reizdauer** gilt: je akuter das Schmerzgeschehen, desto kürzer.

Das **Reizintervall** richtet sich nach der Krankheitsphase.

Generell gilt: je akuter der Schmerz, desto weniger Trainingseinheiten und desto mehr Therapie: mit niedriger Intensität, kurzer Dauer, kurzen Intervallen und kurzen Serien mit engmaschiger ärztlicher Kontrolle.

Artikel von
Mag. pharm.
Andrea Vlasek

Bei chronischem Geschehen geht man über zu vielen Trainingseinheiten sowie hohen Therapieintensitäten, starken Reizsetzungen, langen Therapieserien sowie längeren Therapieintervallen.

Therapieansätze:
- bei akuten Schmerzzuständen: Immobilisation vermeiden, danach Wiederherstellung der körperlichen Fitness, Schmerzreduktion
- bei chronischen Schmerzzuständen: es kam bereits zu einem Schmerzvermeidungsverhalten – daher Rekonditionierung und Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit

© Sebastian Kaulitzki

Der chronische Schmerzpatient gerät in einen Teufelskreis:
Chronische Schmerzen am Bewegungsapparat → Schmerzvermeidungsverhalten → Angst vor Aktivität/Bewegung als Schmerzauslöser → Verlust der körperlichen Leistungsfähigkeit → Schmerzausbreitung auf funktioneller/konditioneller Basis → Abnahme der körperlichen Leistungsparameter
Prinzipiell lässt sich über alle physikalischen Methoden zur Funktionsverbesserung und Schmerzverringerung sagen:
Man kann selten zu früh und niemals zu spät beginnen.

Elektrotherapie:

Darunter werden alle Behandlungsverfahren verstanden, bei denen elektrische Energie therapeutisch genutzt wird. Der Strom wird mittels Oberflächenelektroden transkutan durch die Haut eingebracht (»TENS«) oder über Nadelelektroden (»PENS«).

Abhängig von der applizierten Stromart bewirkt die Behandlung:
- Veränderung des elektrischen Gleichgewichts der Nervenzellmembran
- Vasodilatation
- Erregung von Nerven- und Muskelgewebe
- Wundheilungsverbesserung

Man unterscheidet – **»Galvanisation«** = konstanter Gleichstrom und **»Reizstrom-Therapie«** = monophasische oder biphasische Impulsströme.

1) Galvanisation:
Es darf zu keinem Kontakt zwischen Haut und Elektroden kommen, diese müssen unterpolstert werden, sonst kommt es zu schweren Nekrosen. Nicht zum Eigengebrauch geeignet!

Anwendung:
- Große Elektroden, um möglichst viele Chemorezeptoren zu erfassen.
- Stromdichte: maximal 0,1 mA/cm^2 Elektrodengröße
- Dauer: 20 Minuten
- Wiederholungen: 10–20 Tage; 1x täglich
- Gelenke werden quer, Muskelketten längs behandelt

Wirkungen:
- Analgesie
- Trophische Wirkung: Stimulation der Proteinsynthese, des ATP, des Aminosäurentransports; Wachstum von Fibroblasten, Epithel, Neuritän; Osteogenese
- Hyperämie
- Dämpfende Nachwirkung

Iontophorese = konstante Galvanisation plus Medikation

Von der Kathode bringt man ein:
Na-salicylat; viele Rheumasalben und -gele, Heparinsalben, Fentanyl

Von der Anode bringt man ein:
Lidocain, Procain, Scandicain, Novocain, Butazolidin, Adrenalin, Acetylcholin, Histamin, Steroide

KI:
Herzschrittmacher, implantierter Defibrillator, schwere Herzkreislaufstörungen, aktue Entzündungen, Metallimplantate im Behandlungsbereich, Schwangerschaft, Varizen, Thrombosen, Thrombophlebitis

2) Reizstromtherapie
High-frequency low-intensity Impulsstrom:
■ 100 Hz ■ Spinaler Mechanismus ■ Rascher Wirkeintritt ■ Stimulation im Segment ■ Wirkung auf A-β-Fasern

Low-frequency high-intensity Impulsstrom:
■ 2–10 Hz ■ Opioid mediierte Mechanismen ■ Wirkungseintritt langsamer mit ca. 30 Minuten Nachwirkung ■ Wirkung auf A-δ und C-Fasern

Bei fehlender analgetischer Wirkung erhöht man die Stromstärke
- Hemmt die Hinterhornneuronen
- Aktivierung der A-δ Nociceptoren

Im Gegensatz zur konstanter Galvanisation ist die Elektrodenpositionierung von entscheidender Bedeutung:
■ Im Schmerzgebiet ■ Einkreisen des Schmerzgebiets ■ Über dem peripheren Nerv ■ Im zugehörigen Segment ■ Über myofaszialen Triggerpunkten ■ Über Akupunkturpunkten ■ Kontralateral ■ Bilateral

Diese Therapieform ist auch für den Heimgebrauch geeignet.
Quelle: Südbahn-Schmerzgespräche 2008
(wissenschaftliche Leitung *Prim. Univ.-Prof. Dr. Wilfried Ilias)*

Alpinamed® Kühlgel

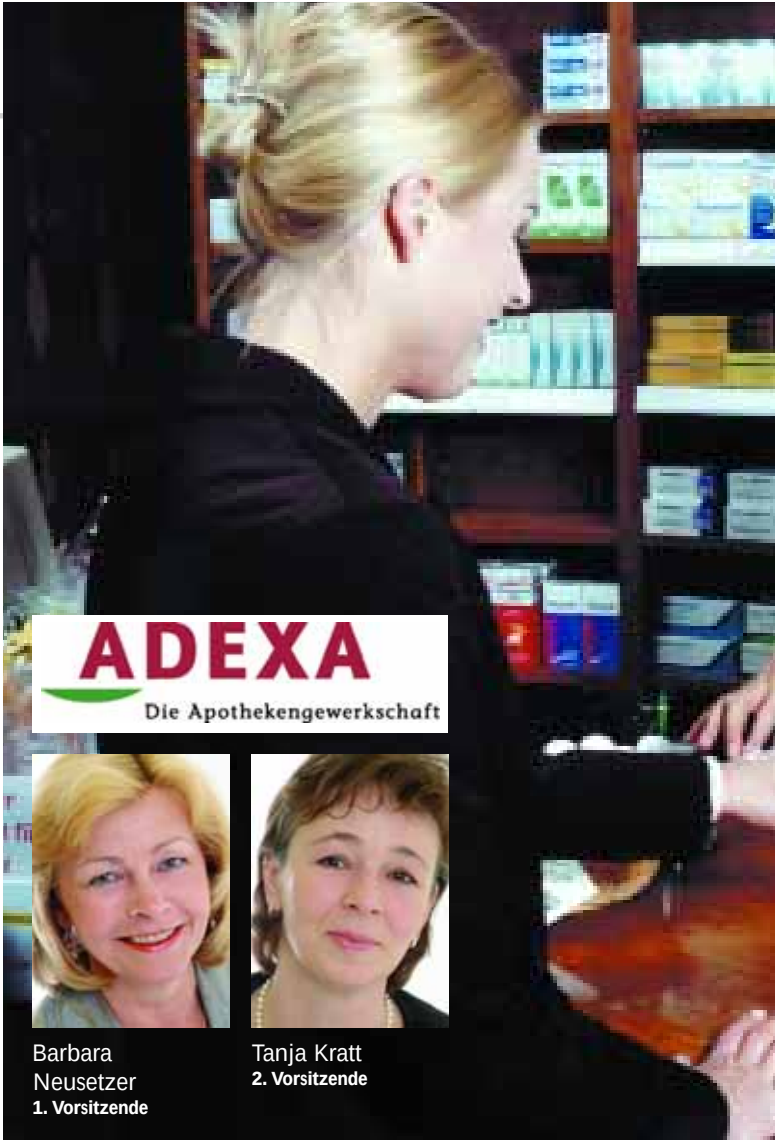
beruhigend bei leichtem Sonnenbrand, Insektenstichen und Hautreizungen

Eine einzigartige Kombination für heiße Sommertage: das Alpinamed® Kühlgel mit hohem Gehalt an essigsaurer Tonerde ergänzt durch Extrakte aus Spilanthes und Arnikablüten.
Die essigsaure Tonerde ist seit vielen Jahren als adstringierende, entzündungshemmende Komponente bei Hautreizungen durch externe Einflüsse etabliert.
Unterstützt wird die Wirkung der Tonerde durch Auszüge aus der Parakresse (Spilanthes).
Von der Parakresse kennt man die lokalanästhetische und abschwellende Wirkung. Bei Prellungen und Verstauchungen, bei Sonnenbrand und Insektenstichen kommt diese Wirkung wohltuend zum Tragen.
Der Extrakt aus Arnikablüten enthält ätherische Öle, die unter anderem Azulen, Thymol und Thymoläther enthalten. Von Helenalin, einem weiteren Bestandteil des Extraktes, ist die abschwellende, entzündungshemmende Wirkung wissenschaftlich belegt.
Bei leichten Sportverletzungen wie Prellungen, Quetschungen, Zerrungen und Verstauchungen sowie leichtem Sonnenbrand und Insektenstichen verschafft das Alpinamed® Kühlgel Linderung. Nicht auf offene Wunden auftragen!

Tarifliche Arbeitsbedingungen für Angestellte in öffentlichen Apotheken

Ein Blick nach Deutschland

Bereits zum zweiten Mal in diesem Jahr trafen sich der Verband der Angestellten Apotheker Österreichs (VAAÖ) und die Apothekengewerkschaft ADEXA. Inhalt der Gespräche in Hamburg war der Austausch aktueller gesundheitspolitischer und tarifpolitischer Belange. Außerdem wurde das Ziel weiterverfolgt, eine europäische Plattform zu schaffen, um den gemeinsamen Interessen der Angestellten in ganz Europa mehr Gehör zu verschaffen. Doch wie sieht die Situation der Apothekenangestellten in Deutschland aus und für welche Ziele steht die deutsche Apothekengewerkschaft?



ADEXA: historische Wurzeln, moderne Konzepte

Die Geschichte der Angestelltenvertretung reicht im Apothekenbereich bis 1904 zurück. Damals wurde der Verband konditionierender Apotheker gegründet. Bereits 1919 gab es den ersten Tarifabschluss zwischen dem Verband deutscher Apotheker und dem Deutschen Apotheker-Verein. Jedoch erfolgte während der Schreckensherrschaft des Dritten Reichs die Auflösung der freien Gewerkschaften.

Nachdem das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland die Koalitionsfreiheit garantierte, wurden 1949 die Tarifgemeinschaft deutscher angestellter Apotheker gegründet, aus der 1954 der Bundesverband der Angestellten in Apotheken (BVA) wurde. Anlässlich des 50-jährigen Bestehens gab sich der BVA eine neue Corporate Identity mit neuem Namen und neuem Erscheinungsbild: ADEXA, die Apothekengewerkschaft.

Über die Jahre ändern sich zwar die Probleme und Sorgen der Apothekenangestellten. ADEXA stand und steht immer in engem Kontakt mit der Basis sowie mit wichtigen Akteuren des Gesundheitsbereichs, um die bestmöglichen Konditionen für alle Angestellten zu erwirken.

Arbeitsteilung in der Apotheke

In Deutschlands Apotheken arbeiten Apotheker/innen, Pharmazeutisch-technische AssistentInnen (PTA) und Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte (PKA) eng zusammen.

Angehende Apotheker/innen lernen im Rahmen des Pharmaziestudiums neben den naturwissenschaftlichen Grundlagen alle für das Fach relevanten Inhalte nach aktuellem Stand der Forschung. Seit 2001 gilt eine Neuregelung der Approbationsordnung für Apotheker, die gesteigerten Wert auf medizinisch-pharmakologische Grundlagenfächer legt und die durch die Einführung der klinischen Pharmazie der intensivierten Beratungstätigkeit der Apotheker Rechnung trägt. Die Studierenden unterziehen sich einer dreiteiligen Prüfung, dem Staatsexamen. Nach dem ersten und zweiten Staatsexamen schließt sich ein praktisches Jahr an, das zumindest zur Hälfte in der öffentlichen Apotheke absolviert werden muss.

Schwerpunkt der Ausbildung zur/zum pharmazeutisch-technischen Assistenten/in sind naturwissenschaftliche Fächer. Nach der zweijährigen Ausbildung an einer PTA-Fachschule und dem sechsmonatigen Praktikum in einer Apotheke arbeiten PTA selbständig – jedoch unter Aufsicht von Apothekern. In der öffentlichen Apotheke sind die Beratung der Kunden und die Anfertigung von Rezepturen im Labor der Apotheke Kernbereiche des Berufs.

Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte erlernen in ihrer dreijährigen Ausbildung kaufmännische Kenntnisse und pharmazeutische Grundlagen. Die Inhalte werden nach dem dualen Ausbildungskonzept in der Berufsschule und am Arbeitsplatz vermittelt. In der Apotheke sind PKA für die Warenwirtschaft (Einkauf und Lagerung von Arzneimitteln und anderen apothekenüblichen Waren, Buchhaltung) verantwortlich. Weitere Schwerpunkte sind Dekoration und Marketing.

Wichtige Akteure: die Tarifpartner

Für alle Angestellten in den öffentlichen Apotheken handelt ADEXA als alleinige Tarifpartnerin mit dem Arbeitgeberverband Deutscher Apotheken (ADA) den Gehalts- bzw. Bundesrahmentarifvertrag aus. Der Gehaltstarifvertrag regelt die Entlohnung der Angestellten, der Bundesrahmentarifvertrag die vertraglichen Eckpunkte wie die Arbeitszeit, den Urlaubsanspruch oder Anspruch auf Freistellung zur Fortbildung. Beide Regelwerke gelten für Angestellte in öffentlichen Apotheken, also nicht für Angestellte in Krankenhausapotheken, in der Industrie oder an Forschungseinrichtungen des Landes bzw. des Bundes.

Im Bereich der Apothekerkammer Nordrhein gibt es seit 1952 mit der Tarifgemeinschaft Nordrhein (TGL) einen vom ADA unabhängigen Arbeitgeberverband. Die Tarifabschlüsse haben sich in der Vergangenheit an den zwischen ADA und ADEXA abgeschlossenen Verträgen orientiert.

© ABDA

Highlights der letzten Jahre

ADEXA bzw. der damalige BVA konnten in den letzten Jahren zahlreiche Verbesserungen erwirken, so die Möglichkeit flexibler Arbeitszeiten durch die Einführung eines Jahresarbeitszeitkontos und sechs Wochen Urlaub für einen großen Teil der Angestellten. Der gesetzliche Urlaubsanspruch beträgt dagegen lediglich 24 Werktage.
Der Tarifvertrag sieht eine Sonderzahlung in Höhe des tariflichen Monatsgehalts vor.
Weitere wichtige Ergebnisse waren die Angleichung der Ostgehälter an das Westniveau sowie die Gültigkeit des Bundesrahmentarifvertrages für die Angestellten in den neuen Bundesländern. Eine Ausnahme bildet hier nur das Bundesland Sachsen, dessen Arbeitgeber Ende der 90-er Jahre den Arbeitgeberverband verlassen haben.
Auch die überproportionale Steigerung der Gehälter für Berufsanfänger bei den PKA und PTA konnte umgesetzt werden.
Die Gültigkeit der Tarifverträge wurde auf Auszubildende, PTA- und PharmaziepraktikantInnen ausgedehnt und der Anspruch auf Bildungsurlaub auch in den Ländern festgeklopft, die über kein eigenes Bildungsurlaubsgesetz verfügen.

Die Details: Vergütung von Apothekenangestellten

Approbierte erhalten in Deutschland eine Brutto-Vergütung, die von € 2.898,– im ersten Berufsjahr über mehrere Stufen auf € 3.516,– ab dem elften Berufsjahr anwächst. Das Gehalt der PTA bewegt sich im Bereich von € 1.724,– in den ersten beiden Berufsjahren über mehrere Schritte bis zu € 2.253,– ab dem 15. Berufsjahr. PKA erhalten € 1.497,– in den ersten beiden Berufsjahren. Der Betrag steigert sich bis auf € 1.852,– ab dem 14. Berufsjahr.
In den öffentlichen Apotheken wird der Notdienst größtenteils vom approbierten Personal übernommen. Darüber hinaus können auch PharmazieingenieurInnen, ein Beruf, der in der ehemaligen DDR erlernt wurde, Notdienste leisten. Die Vergütungsbeträge in der Nacht liegen zwischen € 58,63 und € 71,13. Für die Bereitschaft an Sonn- und Feiertagen werden Beträge zwischen € 175,89 bis 213,40 Euro angesetzt, je nach Gehaltsstufe.

LOB: Fortbildung soll sich lohnen

In den nächsten Monaten wird die Einführung eines Tarifs zur leistungsorientierten Bezahlung (LOB) eine große Herausforderung für ADEXA. Durch die Verankerung entsprechender Eckpunkte im Tarifvertrag wird das Fortbildungsengagement der Angestellten endlich auch durch Gehaltszusätze honoriert werden. Als untere Messlatte sollen aber die bisher von Berufsjahren abhängigen Tarife gelten. Deshalb fordert ADEXA auch Regelungen, um gerade langjährigen und erfahrenen MitarbeiterInnen Bestandsschutz zu gewähren.
Das geplante Modell wird sich mittelfristig als profitabel für die Apotheken erweisen. Beide Seiten wissen, dass Arbeitgeber und Angestellte die Beratungsqualität in den Apotheken kontinuierlich verbessern müssen, um die Arbeitsplätze zu sichern und sich im Gesundheitsmarkt der Zukunft zu behaupten. Außerdem wird die Kundenbindung durch kompetente Beratung gestärkt werden, was wiederum zu einer besseren Gewinnsituation der Apotheken führt. Sollten ab 2009 Ketten in Deutschland möglich werden, wird engagiertes, kompetentes Personal noch wesentlich knapper. Sich auf diese möglichen Änderungen vorzubereiten, ist für beide Seiten von fundamentaler Bedeutung.

Unter der Lupe: Besonderheiten

Alle Apotheker/innen sind in Deutschland Pflichtmitglieder der Apothekerkammer (Landesapothekerkammer), in deren Gebiet die berufliche Tätigkeit ausgeübt wird. Die Apothekerkammern fungieren dabei als Träger der berufsständischen Selbstverwaltung der Apotheker. Sie sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts für die Wahrung der beruflichen Belange der Apothekerschaft verantwortlich.
Die Grundversorgung für das Alter müssen Approbierte über das berufsständische Versorgungswerk absichern. Vom Leistungsumfang her bietet dieses neben der eigenen finanziellen Absicherung auch die Vorsorge für die Angehörigen und den Schutz bei Berufsunfähigkeit. Angestellte Apotheker bzw. Pharmaziepraktikanten können aufgrund der Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk die Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung in Anspruch nehmen.

Vorwärts in Richtung Europa

Um auch weitere Informationen anderer europäischer Gewerkschaften zu bekommen, haben sich VAAÖ und ADEXA auf die Fahnen geschrieben, eine Interessensgemeinschaft ins Leben zu rufen, die sich für alle Berufsgruppen einsetzt, die in Apotheken vertreten sind. Sie soll die beruflichen, sozialen, wirtschaftlichen und rechtlichen Interessen auf europäischer Ebene fördern und vertreten; die Arzneimittelabgabe – im Sinne eines Apotheker- und Apothekenvorbehaltes – an die ApothekerInnen in den Apotheken bzw. das pharmazeutische und pharmazeutisch-kaufmännische Personal binden, dort wo Gesundheitsdienstleistung sowie Verantwortung und Arzneimittelkontrolle für das Wohl der Patienten eine Rolle spielt. Die neue Gemeinschaft soll sich für adäquate Bezahlung sowie Fort- und Weiterbildung des Apothekenpersonals mit finanziellem Anreiz einsetzen und als appellierbares Kontrollgremium für positive und negative Entwicklungen der Arbeitsbedingungen in den europäischen Ländern fungieren. Das nächste Treffen findet in München am 20. und 21. September parallel zur Expopharm statt.

Arbeitszeit und Flexibilität

Ein **Arbeitsverhältnis** ist primär dadurch gekennzeichnet, dass ein Arbeitnehmer als essentiellen Vertragsbestandteil einen Teil seiner freien **Zeit** dem Arbeitgeber **gegen Bezahlung** zur Verfügung stellt und in dieser Zeit (=Arbeitszeit) für den Arbeitgeber nach dessen Anweisungen die vertraglich vereinbarten Tätigkeiten ausführt (=Bemühen).

Der Arbeitnehmer schuldet daher nur in zweiter Linie die Tätigkeit an sich (es liegt beim Arbeitgeber, ihn entsprechend zu verwenden), in erster Linie aber hat er dem Arbeitgeber eine bestimmte **vereinbarte Stundenzahl** in der **vereinbarten Lage** zur Verfügung zu stehen.

Beitrag von
Albert Ullmer
Präsident des VAAÖ, Obmann der Gehaltskasse 1980–1997

Der Arbeitgeber schuldet als essentiellen Vertragsbestandteil primär das vereinbarte Gehalt und allenfalls eine Beschäftigungspflicht. Er zahlt regelmäßig auch das **Gehalt nach Zeiteinheiten** bemessen. Er schuldet also vertragliches Entgelt pro Arbeitszeiteinheit zu bestimmten Terminen (zB: Monatsletzten oder Sonderzahlungen). Der Dienstnehmer schuldet seine Arbeitszeit ebenfalls (nur) nach Fälligkeitsterminen, die der wöchentlichen Diensteinteilung zu entnehmen sind.

Durch diese zentrale Rolle der Arbeitszeit für das einzelne Arbeitsverhältnis liegt auf der Hand, dass es von **essentieller Bedeutung** ist, festzulegen, einerseits **wie viel Arbeitszeit mit welcher zeitlichen Lage** und welches **Entgelt** geschuldet ist.

Beitrag von
Vera Moczarski

Da ein Vertrag dadurch gekennzeichnet ist, dass die Vertragspartner sich auf die wesentlichen Punkte einigen und er erst dadurch zum Abschluss kommt, muss **bei Beginn des Arbeitsverhältnisses** die **geschuldete Stundenzahl** – regelmäßig pro Woche – ausgemacht werden.

Für die **Festlegung** der **Lage** dieser **Arbeitszeit** gilt das gleiche: man vereinbart bei Beginn des Dienstverhältnisses die Lage der Arbeitszeit durch eine **Diensteinteilung,** sonst müßten sich die Vertragspartner für jede Stunde die Fälligkeit, wann sie geleistet wird, einzeln ausmachen, was weder praktikabel noch rechtlich vorgesehen ist.

Oft wird uns in der Beratung an diesem Punkt entgegengehalten, dass der Arbeitgeber oder/und auch der Arbeitnehmer die Arbeitszeit lieber flexibel gestalten wollen. Das kann aber nicht nach Willkür geschehen.

Es hat dabei jeder Vertragspartner zunächst im Auge, dass die Leistung aufgrund der Flexibilität zu dem für ihn günstigsten Zeitpunkt erbracht wird. Dieser ist aber nicht zwangsläufig auch für den anderen der gewünschte Leistungszeitpunkt.

Wenn es aber keine grundsätzlich getroffene Diensteinteilung (Fälligkeit) gibt, wer bestimmt dann im Fall der Nichtübereinstimmung, wann die geschuldete Arbeit erbracht werden muss, also fällig ist?

Die **bei Beginn des Dienstverhältnisses getroffene Diensteinteilung verhindert** die **Flexibilität nicht,** sie bildet die notwendige **rechtliche Basis** und **löst** nur die **Konfliktfälle im vorhinein:** die Diensteinteilung stellt die Regel dar, die Flexibilität wird durch (kurzfristige) Ausnahmen von der Regel gewährleistet.

Der Arbeitgeber gibt an, wann er die Arbeitskraft des Arbeitnehmers zusätzlich braucht, der Arbeitnehmer bietet die zusätzliche Zeit an, die er aufgrund seiner sonstigen Lebensdispositionen bereit ist, dem Arbeitgeber zur Verfügung zu stellen. Stimmen – von anderen wesentlichen Punkten abgesehen – die diesbezüglichen Vorstellungen überein, kommt es zum Abschluss des Arbeitsvertrages über die zusätzliche Arbeitszeit. Im laufenden Arbeitsverhältnis soll kein Partner mit für ihn nicht vorhersehbaren und eventuell unerwünschten Gegebenheiten konfrontiert werden **(Konsensprinzip).**

Ändern sich die Voraussetzungen, können nur **beide Vertragspartner miteinander die ursprüngliche Absprache ändern,** einer allein kann und darf dem anderen seine Wünsche nicht aufzwingen.

Unser Leben funktioniert in der Regel nur aufgrund einer gewissen Vorhersehbarkeit. Zeit ist rar und daher kostbar. Nur wer vorausplanen kann, kann die knappe Ressource »Zeit« effektiv einsetzen.

Der Arbeitnehmer kann seine familiären und sonstigen privaten Verpflichtungen und Interessen nur aufgrund einer Diensteinteilung im Voraus planen. Aber auch der Arbeitgeber kann das Funktionieren seines Betriebes nur dadurch erreichen, dass er vorher weiß, wer wann die Arbeit macht.

Sowohl in der Sphäre des Arbeitnehmers wie auch des Arbeitgebers können Situationen auftreten, die den Wunsch nach einer Änderung des Dienstausmaßes oder der Diensteinteilung – ohne Vorliegen gesetzlich oder kollektivvertraglicher Dienstverhinderungen – hervorrufen. Die Änderung kann auf Dauer oder nur punktuell angestrebt werden.

Wichtig ist, dass beide Vertragspartner sich darüber klar sind, dass einseitige Dispositionen nicht getroffen werden können, weil dies dem Vertragsverhältnis zuwiderlaufen würde.

Beachten Sie daher folgendes:

- Die **Lage der Normalarbeitszeit** und ihre Änderung **ist zu vereinbaren,** soweit sie nicht durch Normen der kollektiven Rechtsgestaltung (Kollektivvertrag, Betriebsvereinbarung) festgesetzt wird (§ 19c Abs 1 und 19d Abs 2 AZG und Art IV KollV für Apotheker).
- Jeder **vertretungsberechtigte Apotheker** ist nach dem Kollektivvertrag zur **Leistung von Bereitschaftsdiensten** in dem Ausmaß **berechtigt und verpflichtet,** das sich aus dem Verhältnis zwischen den nach dem Turnus auf den Betrieb fallenden Diensten und dem Anteil des eigenen Dienstausmaßes am im Betrieb gemeldeten Gesamtdienstausmaß an Bereitschaftsdienst leistenden Apothekern ergibt. Es kann aber auch vertraglich eine von dieser Quotenregelung

abweichende bindende Vereinbarung getroffen werden. Die Bereitschaftsdiensteinteilung ist zu Jahresbeginn im regelmäßigen Wechsel der Fachkräfte zu erstellen.

■ Unter folgenden gesetzlich geregelten Voraussetzungen kann der **Arbeitgeber** die **Diensteinteilung einseitig ändern:**
die Änderung muss aus **objektiven,** in der Art der Arbeitsleistung gelegenen **Gründen** sachlich **gerechtfertigt** sein, die veränderte Lage der Arbeitszeit muss dem Arbeitnehmer mindestens **zwei Wochen im vorhinein** mitgeteilt werden und es dürfen **berücksichtigungswürdige Interessen des Arbeitnehmers** nicht entgegenstehen. Wer besonderen Wert darauf legt bzw aus Familienpflichten Wert legen muss, dass die Diensteinteilung auch bei Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen **nicht vom Dienstgeber einseitig geändert** werden kann, kann dies durch eine **entsprechende Vereinbarung** im Dienstvertrag sicherstellen.

■ Niemand braucht sich **kurzfristig nach Hause schicken** zu lassen, wenn wenig zu tun ist, um dann die Arbeitsleistung an einem anderen Tag zu erbringen: Der **Dienstgeber** kann die **geschuldete Arbeit** grundsätzlich **nur im Rahmen der vereinbarten Diensteinteilung verlangen.** Nimmt er sie in dieser Zeit nicht an, können Sie ihn unter ausdrücklichem Verweis auf Ihre Bereitschaft zur Arbeit zum vereinbarten Zeitpunkt darauf aufmerksam machen, dass er durch das **Nach-Hause-Schicken** diese **Arbeitszeit verliert** (Nichtannahme der geschuldeten Leistung zum vereinbarten Zeitpunkt ist juristisch **Annahmeverzug** und führt zum **Verlust des Leistungsanspruches).**

■ Volldienstleistende dürfen zur **Überstundenarbeit** nur im gesetzlich erlaubten Ausmaß herangezogen werden, und nur im eingeschränkten Umfang, soweit nicht **berücksichtigungswürdige Interessen** des Arbeitnehmers der Überstundenarbeit entgegenstehen.

■ Teildienstleistende sind zur **Mehrarbeit** nur insoweit verpflichtet, als dies **gesetzlich, kollektivvertraglich** (Einspringen für Bereitschaftsdienste im Falle der Verhinderung von Kollegen) oder **einzelvertraglich vorgesehen** ist, ein **erhöhter Arbeitsbedarf** vorliegt oder **Vor- und Abschlussarbeiten** anfallen, und **berücksichtigungswürdige Interessen** des Arbeitnehmers der Mehrarbeit nicht entgegenstehen (z. B. Kinderbetreuung, anderes Dienstverhältnis, aber auch private Freizeitdispositionen). Beachten Sie, bitte, die **neuen Bestimmungen** über den **Mehrarbeitszuschlag** von 25 % oder lassen Sie sich im Einzelfall von uns beraten.

Achtung! Manche Vertragsformulare enthalten die Verpflichtung, für eine bestimmte Zeit pro Jahr die Leitung der Apotheke zu übernehmen. Da dies rechtlich eine Volldienstmeldung voraussetzt, sollten sich insbesonders Teildienstleistende gut überlegen, ob sie eine solche Verpflichtung vertraglich eingehen wollen und können!

■ **Überstunden sind** primär **in Geld** (individueller Grundstundenlohn + Zuschlag) **abzugelten,** nur bei entsprechender Vereinbarung in **Zeit,** wobei **auch** in diesem Fall der **Zuschlag** (in Zeit oder Geld) zusteht.

■ **Mehrstunden Teildienstleistender sind** bis zu Erreichung einer Volldienstmeldung grundsätzlich in der Woche der Leistung bei der **Gehaltskasse höher zu melden.** Damit erwerben Sie zusätzliche Gehaltskassendienstzeiten und haben die Sicherheit, dass zumindest für das Gehaltskassengehalt die – gesetzlich geforderte und dem Dienstnehmer zustehende – Einbeziehung der Mehrstunden in die Sonderzahlung ohne Ihr weiteres Zutun gewährleistet ist. Auch hier gibt es mögliche Mehrarbeitszuschläge, die direkt vom Betrieb zusätzlich auszuzahlen sind.

■ **Bereitschaftsdienste am Tag** sind primär mit **Zeitausgleich 1:1** oder - bei Vereinbarung der Bezahlung - in **Geld mit Grundstunde und 50 %igem Zuschlag,** Bereitschaftsdienste während der **Nacht** sind (dzt.) mit **Nachtdienstgrundlohn** und **Nachtdienstzuschlag** oder **3 Stunden Zeitausgleich und Nachtdienstzuschlag** abzugelten. Für Bereitschaftsdienste mit freier Bewegungsmöglichkeit durch ordnungsgemäß eingerichtete Rufbereitschaft (Dauerdienstbereitschaft der Apotheke und Apothekenfunk oder -handy) wird die Abgeltung in Zeit oder Geld halbiert.

■ Bei **Urlaub und Krankheit** sind neben dem laufenden Gehalt aufgrund der Gehaltskassenmeldung auch die für diesen Zeitraum der Dienstverhinderung eingeteilten und üblicherweise in Geld abgegoltenen **Bereitschaftsdienste und Überstunden weiterzubezahlen** (Ausfallsprinzip). Gibt es keine ordnungsgemäße Einteilung der Bereitschaftsdienstleistung im vorhinein, sind die durchschnittlichen Mehrdienstleistungen der letzten drei vollen Kalendermonate vor dem Urlaub bzw. der Erkrankung in die Entgeltfortzahlung einzubeziehen (Durchschnittsprinzip).

■ Für jedes **nicht fix** auf einen bestimmten Kalendertag **eingeteilte Zehntel** und Urlaubsjahr steht Ihnen ein **zusätzlicher Urlaubstag** als Ersatz für die entgangenen Feiertage zu.

Es ist nicht empfehlenswert, von der Meldung an die Gehaltskasse abweichend zu arbeiten. Das **gemeldete** - und damit laufend bezahlte – **Dienstausmaß sollte** auch **laufend abgeleistet werden,** sonst entsteht für den Dienstnehmer eine **Drucksituation:** er hat die bereits bezahlte Arbeit noch nicht geleistet und ist dann u. U. zu einem Zeitpunkt (außerhalb der vereinbarten Diensteinteilung) mit einem Leistungswunsch des Arbeitgebers konfrontiert, zu dem er vielleicht aus Gründen in seinem Bereich die Arbeit nicht leisten kann oder will. Die berechtigte Ablehnung mit der Begründung der Kinderbetreuung fällt in diesem Fall sowohl rechtlich als auch praktisch wesentlich schwerer. Da ist es jedenfalls besser, im Einzelfall ein Einspringen gegen **entsprechende Höhermeldung** bis zum Volldienst (mit allfälligem **Mehrarbeitszuschlag)** bzw. **Überstundenbezahlung** zu vereinbaren, **ohne dazu vorab vertraglich verpflichtet** oder durch **bereits erfolgte Bezahlung »gezwungen«** zu sein.
Sie können das **Einspringen** von der ordnungsgemäßen, vorher abgeklärten Entlohnung (oder fix festgelegtem Zeitausgleichskonsumtermin) **abhängig machen.** Lassen Sie sich **nicht mit einer Zeitgutschrift abspeisen,** von der Sie schon im vorhinein wissen, dass es wegen Personalmangels nie zum Konsum kommen wird!
Eine **fixe Diensteinteilung** schützt nicht vor jeder Auseinandersetzung, sie bietet aber doch einen soliden rechtlichen Rückzugspunkt und *schützt Ihre Interessen.*
Zu Fragen der Arbeitszeit und anderen arbeitsrechtlichen Problemen steht Ihnen die Autoren unter 01/404 14/411 oder rechtsberatung@vaaoe.at Montag bis Freitag 8.30 Uhr bis 16.30 Uhr gerne zur Verfügung.

Impressum:
Eigentümer und Herausgeber: Verband Angestellter Apotheker Österreichs, gegr. 1891, Berufliche Interessenvertretung mit Sitz in Wien.
Vereinsleitung: Mag. pharm. Mag. iur. Albert Ullmer, Präsident, Spitalgasse 31, A-1091 Wien, Postfach 85, Tel. 01/404 14-410, Fax -414, E-Mail: info@vaaoe.at
Für den Inhalt verantwortlich: Mag. iur. Norbert Valecka.
Verleger und Gesamthersteller: Druckerei Ferdinand Berger & Söhne GesmbH, Wiener Straße 80, 3580 Horn. Die Zeitschrift erscheint vier mal im Jahr. Der Bezugspreis beträgt € 10,90 inkl. MWSt jährlich.
Redaktion: MMag. Albert Ullmer, Mag. Ulrike Mayer, Mag. Raimund Podroschko, Mag. Andrea Vlasek, Mag. Susanne Ergott-Badawi, Mag. Norbert Valecka, Dr. Vera Moczarski, Mag. Ursula Thalmann, Borislava Dimitrijevic, Helga Rois.
Anzeigenrepräsentant, Grafik und Produktion: AFCOM – Alexander Fauland Communication – Verlag & Medienproduktionen GmbH, Josefstädter Straße 44, 1080 Wien, 01/811 40 700, office@afcom.at
Copyright Titelseite: Sebastian Kaulitzki
Urheberrecht: Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne schriftliche Genehmigung des Herausgebers oder Verlegers in irgendeiner Form reproduziert oder in eine von Maschinen insbesondere Datenverarbeitungsanlagen, anwendbare Sprache übertragen werden. Auch die Rechte der Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fernsehsendungen, im Magnettonverfahren oder auf ähnlichem Weg bleiben vorbehalten. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne jede besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Waren- und Markenschutzgebung als frei zu betrachten wären und von jedermann benutzt werden dürfen. Einschaltungen gemäß § 26 Mediengesetz.

Unsere Reise zum Kongress der kroatisch-pharmazeutischen Gesellschaft…

Da es unser Ziel ist, einen Verein von angestellten Apothekerinnen und Apothekern auf europäischer Ebene zu gründen, um unsere Position auch im Rahmen der EU zu stärken, haben wir in den letzten Monaten mit unseren Schwesterorganisationen in ganz Europa Kontakt aufgenommen. Das Resultat war eine Einladung des EU-Beitrittskandidaten Kroatien, genauer gesagt von der »Kroatischen Pharmazeutischen Gesellschaft«, kurz CPG, die alljährlich einen Kongress, diesmal von 15. 5.–17. 5. in der schönen Stadt Osijek, abhält.

Bericht von Raimund Podroschko

Wir wurden gebeten, im Rahmen des Kongresses unseren Verband näher vorzustellen, da es in Kroatien zwar auch eine gemeinsame Kammer aus Angestellten und Selbstständigen, aber keine dem VAAÖ vergleichbare Organisation oder Interessenvertretung speziell für angestellte Apotheker gibt.

Wir mussten erfahren, dass es in Kroatien keinen Kollektivvertrag für angestellte Apotheker gibt, so verdient man in manchen Gegenden doppelt soviel (oder so wenig) wie in anderen, Arbeitszeiten werden in Einzelverträgen ausgemacht, ebenso das Ausmaß an Urlaubstagen.

Am 15. 5. 2008 machten wir, *Ulrike Mayer* und ich, uns auf den Weg in den Süden. Osijek, das ca. 120.000 Einwohner hat, liegt in der kroatischen Region Slawonien. Wir fühlten uns von Anfang an heimisch, da die Landschaft sehr an das Wiener Becken erinnert. Die CPG ist ein Verein mit freiwilliger Mitgliedschaft, dem man sowohl als Arbeitgeber wie auch als Arbeitnehmer beitreten kann. Die Hauptaufgabe der »Hrvatsko Farmaceutsko Drustvo« besteht vor allem in der fachlichen Fort- und Weiterbildung der kroatischen Pharmazeuten.

Die perfekt von der Direktorin der PCG, *Dr. Maja Jakševac Mikša*, organisierte Veranstaltung, die unserer Fortbildungswoche in Saalfelden ähnlich ist, stand unter dem Motto »Was können Pharmazeuten zu einer besseren Gesundheitsverordnung beitragen«. Leider kamen wir nur in den Genuss eines einzigen Vortrages, da alle, bis auf diesen in Englisch gehaltenen, in Kroatisch vorgetragen wurden.

Im Unterschied zu Saalfelden, das zumeist von Selbstständigen »heimgesucht« wird, besuchten in Osijek auch viele angestellte Apothekerinnen und Apotheker diese Fortbildungstagung.

Da unser Vortrag nach dem Mittagessen angesetzt war, begannen wir vor »nur« ca. 150 Personen, mit der Zeit wurde es aber voller und gegen Mitte unserer Vorstellung hatte sich der Saal gefüllt. Um die dreihundert interessierte Kolleginnen und Kollegen bekamen von uns das österreichische Apothekensystem, die Apothekerkammer, die Pharmazeutische Gehaltskasse und selbstverständlich unseren Verband präsentiert.

Bei der anschließenden Diskussionsrunde wurden uns zahlreiche Fragen vom interessierten Publikum gestellt. Vor allem der Umstand, dass auch PKA's bei uns an der Tara stehen und auch Nicht-fachspezifisches Personal in österreichischen Apotheken beschäftigt werden darf, stieß auf großes Erstaunen.

Wir gaben unser Versprechen, dass der VAAÖ mit Rat und Tat zur Seite stehen wird, wenn sich mutige Kolleginnen und Kollegen in Kroatien zusammenfinden, um einen »VAAK-Verband angestellter Apotheker Kroatiens« zu gründen.

Wir bedanken uns ganz herzlich bei der PCG und insbesondere bei Frau *Dr. Maja Jakševac Mikša*, für die nette Einladung und die Möglichkeit, unseren Verband in Kroatien vorzustellen und hoffen, bei der Gründung einer kroatischen Schwesterorganisation helfen zu können und diese bald in einer gemeinsamen europäischen Vereinigung für angestellte Apothekerinnen und Apotheker begrüßen zu dürfen.

Anti-Aging

Zusammenfassung eines Vortrags, der von Dr. med. Gerhard Gattringer im Rahmen einer Veranstaltung des VAAÖ am 5. 3. 2008 in Steyr gehalten wurde.

Jedes Lebewesen kann theoretisch 7mal so alt werden, wie es braucht bis sein Knochengerüst komplett ausgebildet ist.Neben Lebensstil, Lebensbedingungen, Qualität des Gesundheitswesens und Vererbung spielt die richtige Balance der Hormone und Vermeidung von Umweltschäden eine wichtige Rolle.

Es gibt ein Alterungsprogramm im genetischen Code. Ob es abgerufen wird hängt von verschiedenen Faktoren ab. Einfluss nehmen vor allem Hormone und freie Radikale. Freie Radikale sind chemische Verbindungen, die von anderen Verbindungen ein Molekül rauben wollen. Sie entstehen im Rahmen aller Vorgänge, die wir Leben nennen. Die Evolution hat Schutzmechanismen aufgebaut. Dies sind zunächst die Endokrinen Hormone (Testosteron, Östrogen, Adrenalin, Insulin, Glucagon…),die über die Blutbahn wirken. Serotonin und Melatonin wirken über die Nervenstränge. Melatonin, ein Hormon der Zirbeldrüse, ist für den Wach-Schlafrhytmus verantwortlich.(Winterschlaf im Tierreich)

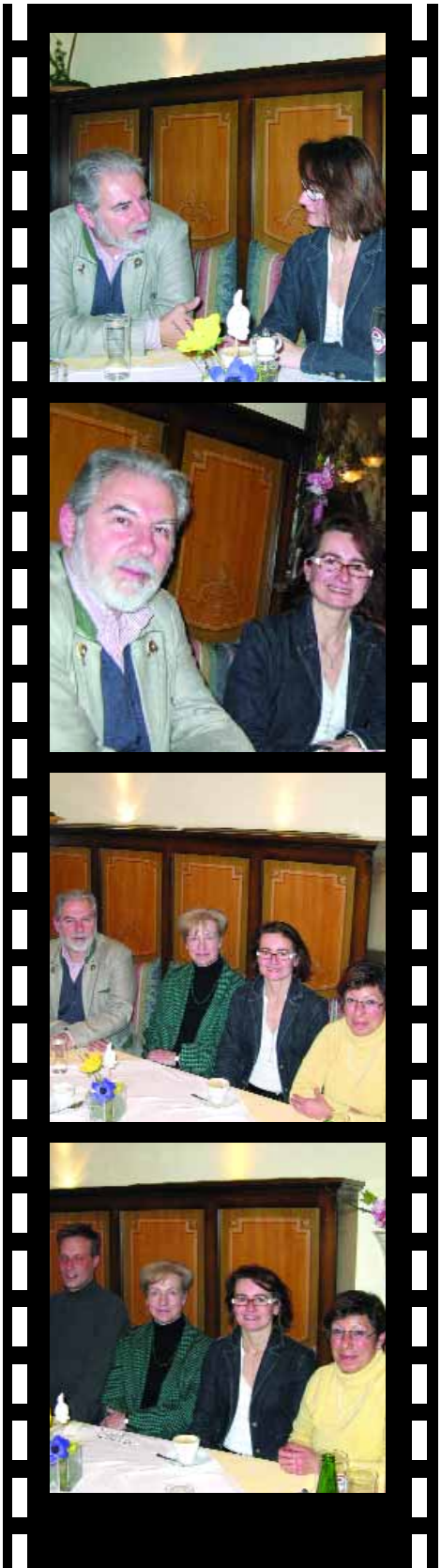
Beitrag von
Christine Zavarsky

Hinweis: Neues Schlafmittel Circadin retard! Urhormone – Eicosanoide, von Zelle zu Zelle abgegeben, – moderieren z. B. Entzündungen.

Ein Mangel ist nach neuen Erkenntnissen für die Entstehung chronischer Erkrankungen verantwortlich. Das Wachstumshormon Somatroptin wird in der Tiefschlafphase gebildet. Es fördert den Muskelaufbau durch Einbau von Aminosäuren. Testosteron und Östrogen sind ebenfalls für jugendliches Aussehen verantwortlich. Die Hormonproduktion nimmt ab dem 25. Lebensjahr kontinuierlich ab.

Gegenstrategien:

Neben vernünftiger Ernährung ausreichend Bewegung im Ausdauerbereich (Moderate Bewegung). Das an der Gefäßinnenwand vorbeistreichende Blut regt durch Scherkräfte die Freisetzung von Stickstoffmonoxyd aus dem Endothel an (– Gefäßerweiternd).



»Entspannung«

- Entspannung als gleichberechtigter Teil jedes healty aging Konzeptes
- »Glück«, »erfülltes Leben«
- Psychoneuroimmunologie

folgende Maßnahmen können hilfreich sein:

Verbesserung der Ausschüttung des Somatotropins durch Sekretagoga, wie Blütenpollen, Gelee Royal und Aminosäuren. Phytohormone aus Rotklee und Soja vermindern die Beschwerden, die durch den Hormon abfall entstehen. Isoflavone aus Rotklee sind übrigens auch für Männer geeignet! Die hormonartige Wirkung von Rotklee wurde dadurch entdeckt, dass Rotklee fressende Schafe nicht trächtig wurden. Auch die Bausteine der Eicosanoide müssen mit der Nahrung aufgenommen werden.

Es sind dies essentielle Fettsäuren und Omega 3- bzw. Omega 9 Fettsäuren. Radikalfänger oder Antioxidantien machen freie Radikale unschädlich, in dem sie ihnen ein Elektron anbieten.

Die Liste der Antioxidantien ist hinlänglich bekannt: Vitamin A, C, E Knoblauch, Selen Magnesium, Flavonoide wie Resveratrol (gibt es auch in Tablettenform, für alle, die keinen Rotwein trinken wollen oder dürfen) usw. Zink hemmt die Aromatase, ein Enzym, das aus Testosteron ein östrogenartiges Molekül macht.

Je mehr Fettgewebe vorhanden ist, umso mehr Aromatase wird gebildet. Ein Mittel dagegen – Dinner Cancelling oder (gelegentlicher) Verzicht auf das Abendessen – war angesichts des reichhaltigen Buffets im Gasthof Mader nicht möglich!!

Abschließend gab uns *Dr. Gattringer* zum Thema Anti-Aging Ausblicke in die Zukunft!

Dolly, das Klonschaf war erst der Anfang!

Die Stammzelle als Retter in der Not!

Ausnützung des „Homing Effekts“

Symposium über Posthumanismus

Von den Menschen selbst gesteuerte Evolution in Richtung postbiologische Zivilisation!

Klonen, Downloaden, Reloaden…

Ich weiß nicht, ob ein solches Anti-Aging Konzept wünschenswert ist.

Ein Erfolg des VAAÖ

10 Jahre Gleichbehandlung in der Vorrückung

Auch Teilzeitbeschäftigte rücken nach zwei Jahren Dienstleistung ohne Aliquotierung in die nächste Gehaltsstufe vor

© Philip Lange

Das System der **Gehaltskassen-Besoldung** in 18 Gehaltsstufen mit Biennialvorrückung für die angestellten Apotheker und die Mittelaufbringung über eine Quote für jeden angestellten Apotheker war und ist hervorragend. Es brachte durch Einführung einer quotenmäßig ermittelten Umlage pro angestelltem Apotheker unabhängig vom Dienstalter eine Entlastung bei den Gehaltskosten für ältere Kollegen und begünstigte deren **Weiterbeschäftigung anstatt der Kündigung aus Kostengründen** und anschließender **Altersarbeitslosigkeit.** Ebenso war die Teilzeitdienstleistung vorbildlich in fixen 4-Stundenblöcken geregelt und brachte einen sehr starken Überhang von Kolleginnen im Teildienst in den Apothekerberuf.

Es gab aber wegen des Erfordernisses eines Volldienstjahres für ein Jahr Vorrückung in den Gehaltsstufen

1. eine **Benachteiligung der Teilzeitbeschäftigten** beim Gehalt und
2. in der Quote eine **Quersubventionierung** der Volldienstleistenden.

Es benötigte nämlich ein Halbdienst 4 Jahre, ein Zweizehnteldienst 10 Jahre zur Vorrückung in die nächste Stufe. Diese Benachteiligung im Gehalt vornehmlich angestellter Apothekerinnen wurde zwar durch **Dienstzeitanrechnungen** und **Dienstzeitaufwertungen** zugunsten der Kolleginnen **abgemildert,** aber es blieb im Grunde die **Ungleichheit** in der Behandlung der Kolleginnen beim Gehalt bestehen.

Nachdem sich anfangs zwölf Kolleginnen an der Berufung gegen den Vorrückungsbescheid beteiligten, haben wir in einem Fall die Bescheidbeschwerde erwogen und nach Scheitern der einvernehmlichen Lösung an den VfGH eingereicht.

Immer wieder wurde **in den späteren 80er Jahren** seitens der Kolleginnen an der verzögerten Vorrückung im Teildienst nach dem Gehaltskassengesetz **berechtigte Kritik** an dieser benachteiligenden Regelung geübt. Wir vom **Pharmazeutischen Reichsverband** (heute: **VAAÖ)** wurden von unseren Kolleginnen aufgefordert, dagegen rasch vorzugehen und den Zustand der diskriminierenden Ungleichbehandlung im Gesetz zu bereinigen. Das Thema war klar zu erkennen und die Kritik allzu berechtigt.

Bei den Berufungen gegen Vorrückungsbescheide der Gehaltskasse ging es um ca ATS 450.000 für die Kolleginnen, die bei Gleichbehandlung bisher auszuzahlen gewesen wären.

Die Auswirkungen in der Zukunft würden wesentlich mehr Kolleginnen betreffen und die Beträge höher sein.

Am Ende bekamen alle im Berufungsverfahren beteiligten Kolleginnen Ihre Ansprüche rückwirkend ausbezahlt. Dieser Erfolg war überwältigend, weil ja nicht nur diese Kolleginnen gewonnen hatten, sondern alle Teilzeitbeschäftigten nach der Feststellung des VfGH, dass Bedenken hinsichtlich der Gleichheit bestehen und bereits 1998 ein verfahren eingeleitet wurde.

Bis heute ist nicht bekannt, ob die Funktionäre des Apothekerverbandes uns dies nicht zugetraut haben oder nur Zeitschinden wollten. Es war ja durch viele »Gutachten« und eingeholte Rechtsmeinungen schon klar, dass in der aliquotierten Vorrückung eine Diskriminierung liegt.

Lösungsversuch innerhalb der Gehaltskasse

Die nach Zunahme der Zahl an kritisierenden Kolleginnen vorgenommenen ersten Prüfungen der Rechtslage – anfangs hatte man noch Respekt vor dem Gesetz – brachten 1992 zwar eine **Feststellung der Gleichheitswidrigkeit,** aber wir vom **VAAÖ** haben die **Beendigung der Diskriminierung** durch eine Gesetzesnovelle **auf dem Verhandlungsweg** über die Obmänner in der Gehaltskasse angestrebt, um eine Konfrontation zu vermeiden.

Beitrag von
Albert Ullmer
Obmann der Gehaltskasse 1980–1997

Dieser **einvernehmliche Weg mit Gesprächen** und Appellen an die Einsicht der Sozialpartner **brachte leider kein Ergebnis.** Als aber 1993 die gesetzlichen Bestrebungen, mit einem novellierten

Gleichbehandlungsgesetz **alle Formen der un/mittelbaren Diskriminierung von Frauen** zu **bekämpfen,** mehr und mehr Fuß fassten, wurde im VAAÖ die Ergreifung aller zielführenden Maßnahmen - immerhin war es ja kein Kollektivvertrag, der verhandelbar und am Gleichbehandlungsgesetz messbar gewesen wäre – beschlossen. In der Gehaltskasse konnte trotz ausführlicher Beratungen **keine Einigung über einen gemeinsamen Antrag auf Novellierung des Gesetzes** erreicht werden.
Als **Kompromiss** zur Klärung der Pattstellung in der Gehaltskasse wurde eine „Anfrage bei der **Gleichbehandlungskommission“** vorgeschlagen, was leider zusätzlich viel Zeit verschlungen hat. Die abschließende Feststellung der Kommission: **„Es liegt eine Diskriminierung von Frauen vor.“** gab unserem Standpunkt Recht, aber die **Funktionäre** des Apothekerverbandes **verweigerten** in der Gehaltskasse auch danach noch - mit dem Hinweis darauf, dass ein Gesetz vorliegt - die **Zustimmung zur Novellierung** der Vorrückung.

Beschwerde an den Verfassungsgerichtshof

Auch die **gemeinsam** über die Gleichbehandlungskommission **angegangene “Schiedslösung“** wurde (durch schlechte Verlierer) **nicht befolgt.** Auch die **Anfrage des Ministeriums,** ob nicht **doch novelliert werden** sollte, wurde abgelehnt und brachte nur weiteren Zeitverlust - den Kolleginnen ist zumindest ein Biennium entgangen. Nun war endgültig klar, dass **trotz aller “Beteuerungen“ keine gemeinsame Lösung** kommen soll und wir vom **VAAÖ den Verfassungsgerichtshof für die Kolleginnen anrufen** müssen, damit diese **Diskriminierung im Gehaltskassengesetz beendet** wird. Immerhin waren bald dreihundert Kolleginnen im Berufungsverfahren gegen die unrechten Vorrückungsbescheide. Festgehalten werden muss, dass der Beschluss zur VfGH Beschwerde im VAAÖ mit der Mehrheit der männlichen Funktionäre gefasst wurde.
Schon in der ersten Stellungnahme auf unsere im Namen der Kolleginnen für eine Kollegin eingebrachte Beschwerde wurde die **Ungleichheit rechtlich und mathematisch begründet festgehalten** und im Frühjahr 1998 das **Gesetzesprüfungsverfahren** eingeleitet. In diesem Verfahren stellte der VfGH im Herbst 1998 die Verfassungswidrigkeit (Verstoss gegen das Gleichheitsgebot) und auch die EU-Vertragswidrigkeit (wegen des EUGH-Urteils im Fall Hill-Stapleton) der “aliquotierenden“ Vorrückungsbestimmungen fest und zog den Schluss, dass sie wegen Vorrang des EU-Rechts nicht mehr Rechtsbestand des Gehaltskassengesetzes sind.
Die Kolleginnen, die den VAAÖ um Hilfe ersucht haben, sind voll zu ihrem Recht auf zweijährige Vorrückung gekommen!
Die **Kolleginnen im Teildienst,** denen allgemein mit dem Hinweis auf das Bestehen eines berechtigten Abstandes zu den Volldiensten lange ihr klares Recht vorenthalten wurde, **haben mit unserer Unterstützung Recht bekommen.** Der **Erfolg unseres Einschreitens** kam und kommt **auf Dauer allen Teilzeitbesoldeten** durch die Aufhebung der gesetzlichen Bestimmung **zu Gute.**
Der lange Weg zum Recht (Berufung beim Bundesministerium, Klagen beim Arbeitsgericht,...) hat sich für die von Anfang an teilnehmenden Kolleginnen gelohnt, weil sie die Gehaltsnachzahlungen mit Zinsen, die wir ebenfalls gerichtlich durchsetzen mussten, rückwirkend bekommen haben. Auf der Strecke blieb dabei leider das Vertrauen in die Partnerschaft in der Gehaltskasse und innerhalb der Berufsgruppe.
Das bestehende **Vertrauen** unserer Kolleginnen auf **Unterstützung** durch ihren **VAAÖ** mit seinen Funktionären bei der Durchsetzung dieser Rechtsansprüche wurde **nicht enttäuscht!**

Wir vom VAAÖ sind für Sie alle da!

Statement zu M.Parkinson

Allgemeine Gedanken

Die Facts

Die MDS, die Movement Disorders Society, erwartet für die nächsten Jahre ein kräftiges Ansteigen von Parkinson. Schon derzeit leiden 4,1 Millionen Menschen an dieser Krankheit, die zu den häufigsten neurologischen Leiden überhaupt zählt. Diese Zahl wird sich bis 2030 auf 8,7 Millionen erhöhen und somit mehr als verdoppeln.
In Österreich leiden angeblich rund 20.000 Menschen an Morbus Parkinson, eine Zahl, die bisher nur geschätzt werden kann. Konkret erfasst sind derzeit in den Parkinson-Ambulanzen an die 8.000 Patienten.

Die Probleme

Patienten, die mit der Diagnose Morbus Parkinson konfrontiert werden, haben Angst sie würden bald sterben, den Rest ihres verkürzten Lebens in Pflege verbringen oder in kürzester Zeit einen Rollstuhl brauchen. Das gilt für die moderne Parkinsontherapie nicht mehr. Wir wissen, dass den Patienten und deren Angehörigen Aufklärung über die Erkrankung, die dem Stand der Wissenschaft entspricht, extrem wichtig ist. Am Anfang wichtiger als die Behandlung selbst.

© pressefotos.at/Niko Formanek

Bericht von
Prim. Dr.
Dieter Volc
Vorstand der Neurologischen Abteilung und Parkinsonzentrum der Confraternität Privatklinik Josefstadt

Die Betreuung

Problematisch sehe ich in diesem Zusammenhang, dass nach wie vor 60 % aller Patienten nie den Spezialisten für Ihre Erkrankung, also einen Neurologen, aufsuchen. Sie bleiben beim Hausarzt oder Internisten, der oft nicht mit den neusten Erkenntnissen aus der Parkinson Therapie vertraut sein kann.
Es gibt in Österreich hervorragende Einrichtungen zur Diagnostik und Therapie des M. Parkinson. Praktisch alle großen Krankenhäuser und Universitätskliniken betreiben im Rahmen ihrer Neurologischen Abteilungen auch »Parkinson-Ambulanzen«, die sich in der Regel mit der Diagnosesicherung und medikamentösen Einstellung der Krankheit beschäftigen. Darüber hinausgehende Betreuung wird aber, von wenigen spitalsgebundenen Parkinsonturngruppen abgesehen, nicht angeboten.
Die Rehabilitation ist in den neurologischen Rehabilitationszentren sehr gut, nur ist die Genehmigung nicht immer leicht zu bekommen, da es sich um eine fortschreitende Neurodegeneration handelt ohne Aussicht auf eine Wiederherstellung. Außerdem ist die Zeit auf drei bis vier Wochen limitiert und eine Wiederholung nur einmal in fünf Jahren vorgesehen. Das reicht bei weitem nicht aus.
Schließlich bleiben jene Betroffenen oft unterversorgt, deren Angehörige die Pflege und Betreuung nicht gewährleisten können, weil ihnen das Wissen um die Krankheit und die Fähigkeiten für die Betreuung fehlen.
Und endlich haben nicht alle Angehörigen, die sich kümmern können oder müssen die Möglichkeit selbst einmal zur Erholung, zum Urlaub oder ins Spital zu gehen.

Unser Beitrag

Aus den genannten Gründen ist es notwendig über das Maß der direkten medizinischen Betreuung auch das soziale Netz zu knüpfen, für die Ausbildung der Betroffenen und deren Angehörige zu sorgen und Hilfestellung geben zu können.
Das medizinische und soziale Management gemeinsam mit den Betreuern und Angehörigen der Betroffenen dieses chronischen Leidens folgen den
Prinzipien der EPDA (European Parkinson's Disease Association):

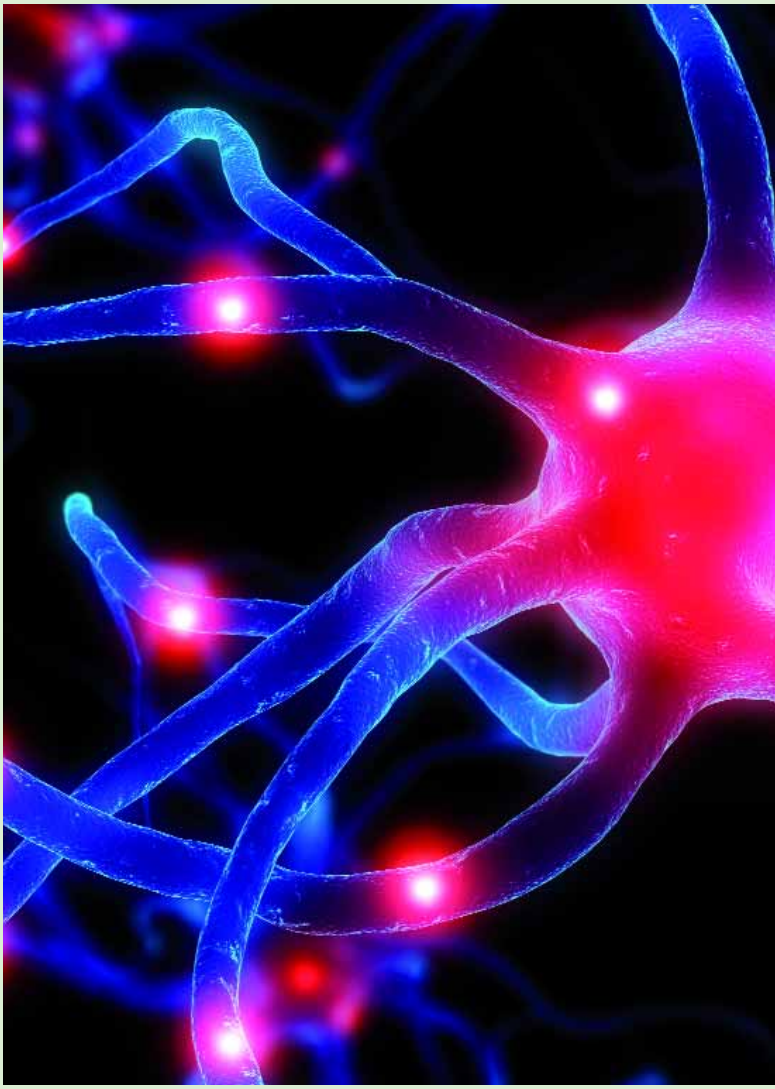
»Menschen mit Parkinson haben das Recht
- zu einem Arzt mit spezieller Ausbildung geschickt zu werden
- eine genaue Diagnostik zu erhalten
- Zugang zu Service-Einrichtungen zu bekommen
- betreut und unterstützt zu werden
- am Management ihrer Erkrankung selbst teilzunehmen«

Daraus folgt die Philosophie der 360°-Betreuung:

- Sorgfältige Differentialdiagnose als wissenschaftliche Grundlage einer fundierten Therapieplanung
- Medikamentöse Behandlung auf der Basis internationaler Standards, um dem Patienten weitgehende funktionale Unabhängigkeit und Lebensqualität zu sichern, dies solange wie möglich mit einer optimalen Therapie-Einstellung, um unerwünschte Medikamentenwirkungen zu vermindern.
- Schwerpunktmäßige Förderung der »Dritten Säule der Therapie« mit neurophysiologisch orientierter Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie, Atmungs-, Schluck und Sprechtraining und Diätberatung.
- Training der Alltagsaktivitäten und Wohnraum/Arbeitsplatz-Beratung
- Schulung und begleitende Therapie und Beratung der Angehörigen und Betreuer
- psychologische Betreuung der Patienten und Angehörigen

Die Basistherapie

ist die Behandlung der gestörten Chemie des Gehirnes mit Pharmaka. Es handelt sich um eine Störung der Neurotransmitterbalance mit einer besonderen Betonung im Dopamin-System. Deshalb ist die Grundlage der Behandlung der Versuch eines chemischen Ausgleiches.



Zweite Schiene

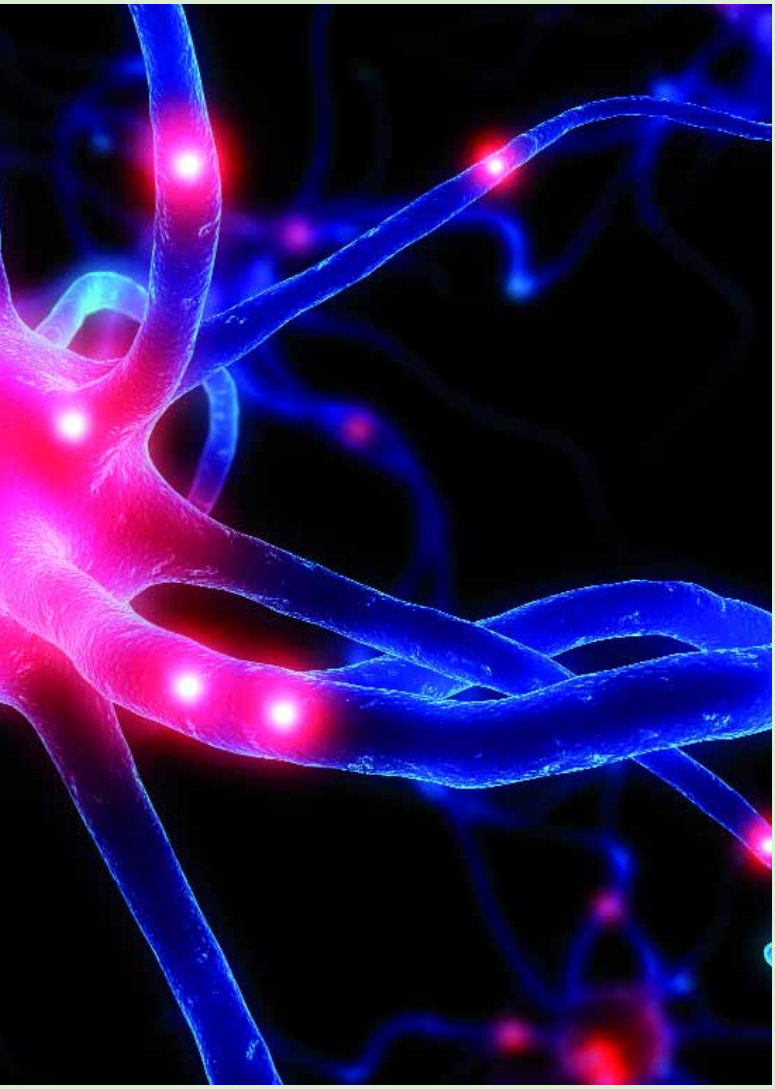
Die operativen Möglichkeiten sind vorerst noch den fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung vorbehalten. Die Tiefe Hirnstimulation gibt es seit 20 Jahren und kann mittlerweile in Vollnarkose durchgeführt werden, was zu einem breiteren Einsatz führt.
Medikamente können aber auch über Pumpensysteme zugeführt werden, was mit Duodopa als direkte Infusion in den Dünnndarm über eine Magen-Dünndarmsonde geschieht oder durch subcutane Infusion des Dopaminagonisten Apomorphin mittels einer kleinen außen am Körper getragenen Pumpe.

Die Behandlung mit L-DOPA, der Vorstufe des Neurotransmitters Dopamin, ist immer noch der Goldstandard der Therapie, bei Betroffenen unter 75 geht dem aber die Behandlung mit Dopaminagonisten voraus, die das Dopamin teilweise ersetzen und so den Verbrauch vermindern können.

Die Behandlung mit L-DOPA, der Vorstufe des Neurotransmitters Dopamin, ist immer noch der Goldstandard der Therapie, bei Betroffenen unter 75 geht dem aber die Behandlung mit Dopaminagonisten voraus, die das Dopamin teilweise ersetzen und so den Verbrauch vermindern können. Der frühe Einsatz von Dopaminagonisten vermindert die Gefahr des DOPA-Langzeitsyndroms.
Unterstützt werden diese Grundpfeiler durch Medikamente, die den Abbau des Dopamin hemmen, dazu gehören COMT- und MAO-B – Hemmer, die durch den gleichmäßigeren DOPA-Spiegel auch die DOPA-Nebenwirkungen vermindern. Aber auch der Einsatz des NMDA-Hemmers Amantadin bremst den überschießenden Anteil von Glutamat, dem Gegenspieler von Dopamin. Durch diese Kombinationen ist eine Feineinstellung der Therapie möglich.

Die »Dritte Säule der Therapie« umfasst

Physiotherapie: Wegen der im Vordergrund stehenden extrapyramidalen Bewegungsstörung hat sich diese Behandlungsform schon lange bewährt. Zunächst waren es Turnübungen, dann Heilgymnastik und sportliche Aktivitäten. Neue Strategien zur Kompensation des gestörten Gleichgewichtes, der Gangstörung und der Koordinationsstörung sind notwendig und müssen frühzeitig begonnen werden. Das heißt also neurophysiologisches Training und Kontrolle der täglichen Übungen das ganze Jahr hindurch. Hierbei werden die neuro-


© Sebastian Kaulitzki

physiologischen Erkenntnisse individuell den Bedürfnissen und Ausfällen angepasst eingesetzt, um mit aktiven und passiven Methoden die Beweglichkeit und Koordination zu trainieren.

Ergotherapie: Diese Therapieform hat immer noch nicht den Stellenwert, der ihr eigentlich zukommen muss. Bewegungsfähigkeit, Körperwahrnehmung und Sensibilität, aber auch Gedächtnis, Konzentration und körperliche Leistungsfähigkeit werden gefördert. Durch die Behandlung sollen die eingeschränkten oder verloren gegangenen Funktionen und Bewegungsabläufe geübt, kompensiert oder durch Hilfsmittel ersetzt werden.

Wegen der Koordinationsstörung, besonders auch der Zweihandkoordination und der apraktischen Symptome ist ihr Einsatz wichtig. Dazu kommt die Beratung für die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL-activities of daily living) mit Wohnungsadaptationen, kleinen Verbesserungen im Haushalt und im Badezimmerbereich. Sie will den Patienten beim Erreichen optimaler Funktionen und größtmöglicher Unabhängigkeit unterstützen.

Ernährungsberatung: Stoffwechselbilanzierung und Erstellen und Kontrollieren eines Ernährungsplanes. Hierher gehört die Zufuhr von Nahrungs- und Vitalstoffen und Flüssigkeit genau so wie die Kontrolle der Ausscheidung. Dieses besteht zunächst in einer ausgewogenen Mischkost, bei L-DOPA-Therapie zusätzlich in einer Eiweißreduktion mittags und DOPA-Einnahme unabhängig von den Mahlzeiten. Weiters sollte bei jeder Medikamenteneinnahme Grapefruit in jeder Form vermieden werden, da über die Beeinflussung eines Enzymsystems der Leber (Cytochrom-P450) Wirkungsänderungen hervorgerufen werden können.

Überdurchschnittlich viele Krankenhausaufnahmen im Alter sind auf schlichte Austrocknung zurückzuführen. Durch vermindertes Durstgefühl und wohl auch durch Inkontinenzprobleme kommt es zu einer Balance-Störung im Wasserhaushalt mit Ansammlung harnpflichtiger Substanzen im Körper und rascher Verschlechterung der Symptomatik. Ausreichende (»abgemessene«) Trinkmengen zwischen 1.500 und 2.000 ml pro Tag sind anzustreben.

Nicht zu vergessen sind Vitamine und Mineralstoffe, auf die besonders in der Zubereitung geachtet werden soll.

Desgleichen werden die Beschwerden der Stuhlverstopfung bis zur Koprostase nicht ernst genug genommen. Sie stellen einen entscheidenden Faktor im Wohlbefinden älterer Menschen dar, werden aber in prophylaktischer und therapeutischer Hinsicht nicht adäquat im ärztlichen Handeln verankert, meist den Betreuenden überlassen und führen zum übertriebenen Verbrauch von Abführmitteln.

Inkontinenzberatung: Gerade die basalen Bedürfnisse sind es, die am meisten die Lebensqualität beeinträchtigen. Wie bei der Obstipation ist die Inkontinenz ein zu selten angesprochenes Problem, wohl auch deshalb, weil viele Betroffene falsche Vorstellungen von den therapeutischen Möglichkeiten haben. Dabei ist der Dauerkatheter eher die Ausnahme, Inkontinenz nicht immer auf Blasenfunktionsstörungen zurückzuführen. Nicht nur die Fehlinnervation der Schließmuskel, die eher beim Parkinson selten ist, vielmehr Immobilität in OFF-Phasen und nicht rechtzeitiges Aufsuchen der Toilette führen zu Problemen.

Sexualberatung: Die Sexualität der von der Parkinson-Erkrankung betroffenen Paare wird ebenso wie die Sexualität Gesunder von zahlreichen Faktoren, wie z.B. dem Alter, dem Geschlecht, dem Familienstand, dem Zustand der Partnerschaft und nicht zuletzt von der bereits gelebten Sexualität des Paares beeinflusst. Mit dem Auftreten einer chronischen Erkrankung wie M. Parkinson können zusätzliche Einflüsse, wie die Auswirkungen krankheitsspezifischer Symptome und Pharmaka sowie soziale und psychische Faktoren (Ängste und Depressionen) die Partnerschaft und Sexualität der Patienten und deren Partner erheblich beeinträchtigen. Andererseits kann eine glückliche Partnerschaft und befriedigend erlebte Sexualität sehr stabilisierend auf die Betroffenen bzw. Paare wirken.

Cognitives Training: Wird von Psychologen und Ergotherapeuten oder auch gemeinsam durchgeführt und zielt auf die Selbständigkeit, Eigenverantwortung und bessere Orientierung ab.

Angehörigenbetreuung: Ständig mit schwer Erkrankten zu tun zu haben führt schon beim ausgebildeten medizinischen Personal zu burn out, dem Freizeit, Supervision und die Möglichkeit des Aufhörens gegeben ist. Umso mehr betroffen sind Angehörige, denen auch noch durch die emotionale Nähe und Bindung (in positivem wie negativem Sinne) die Betreuung, meist ohne Ruhepausen, schwer fällt.

Die vorbestehende (prämorbide) Persönlichkeit aller Beteiligten gilt es zu beachten, da logischerweise Interaktionen schon seit Jahren stattgefunden haben und das Verhalten prägen. Es lassen sich aber bestimmte Muster erkennen, die wiederum zu geeigneten Gegenmaßnahmen führen können. Hilfe zur Selbsthilfe ist wesentlich ökonomischer als dem Patienten alles abzunehmen und ihn mehr und mehr hilflos zu machen.

Eine Verbindung all der genannten Möglichkeiten ist in der Klima-& Erlebnistherapie des M. Parkinson alljährlich in Jordanien seit 10 Jahren verwirklicht, wo in etwas mehr als zwei Wochen eine Vielzahl der Einzelmaßnahmen kombiniert angeboten wird.

Da die Betroffenen durch diese Störung naturgemäß auch nicht immer in der Lage sind, die Umstände den Angehörigen und Betreuenden adäquat mitzuteilen, ist es eine Notwendigkeit die Bezugspersonen entsprechend zu informieren und sie selbst darauf achten zu lassen. Auch aus diesem Grund ist Parkinson-Therapie zeitaufwendig.

…ein paar kleine Bemerkungen zum leidigen »aut idem«

Im Moment hat man leider das Gefühl, dass die Vertreter der Ärztekammer den Sack (= die Apotheker) schlagen, obwohl sie den Esel (= den Hauptverband) meinen.

Natürlich ist es für einen ausgebildeten freiberuflichen Arzt nicht akzeptabel, dass er sich in seiner Verschreibungspraxis nach vom Hauptverband (und dort sitzen wohl nicht nur Ärzte und Apotheker, also Fachleute!) vorgegebenen finanziellen Fesseln halten muss. Es ist jedoch schon jetzt Usus, dass die Computersysteme von Ärzten die drei billigsten Generika jedes Arzneistoffs markieren – wenn ein Arzt also bei den Krankenkassen »lieb-Kind« sein möchte, muss er sich daran halten.

Dem Apothekerberufsstand jedoch jede fachliche Kompetenz abzusprechen – obwohl wir erwiesenermaßen eine intensivere pharmakologische Ausbildung haben als Ärzte – grenzt an Größenwahn.

Gerade ein Berufsstand, der sich anmaßt unbedingt unsere Arbeit machen zu wollen in Form einer ärztlichen Hausapotheke, die dann – es sei auch mir ein wenig Polemik gestattet – von der Sprechstundenhilfe mit Hauptschulabschluss oder von der am Standesamt promovierten Arztgattin geführt wird, sollte nicht mit den sprichwörtlichen Steinen werfen.

Beitrag von
Andrea Vlasek

In vielen Ländern der Welt, angefangen mit den USA, ist es schon lange so, dass der Arzt die Diagnose und die medikamentöse Therapie im Überblick festlegt, der Apotheker dann jedoch das spezifische Präparat auswählt. Dazu sind wir sowohl fähig als auch willens – mit einer ausführlichen Information der Generikafirmen, wie sich ihr Präparat im Verhältnis zum Originalpräparat pharmakologisch verhält und wie wir rechtlich abgedeckt sind.

Aus unserer täglichen Praxis wissen wir, dass die meisten Ärzte mit der Zusammenarbeit unserer beiden Berufsstände auf einem kollegialen Niveau sehr zufrieden sind, wir einander ergänzen und schätzen, schließlich sind wir beide den Patienten verpflichtet, um ihnen die bestmögliche Behandlung zu ermöglichen.

Die medienwirksame »Aufhetzungskampagne« der Ärztekammer gegen unseren Berufsstand ist also so notwendig wie ein Kropf!

Uns interessiert auch Ihre Meinung zu diesem Thema – bitte schreiben Sie uns Ihre Erfahrungen, Wünsche, Beschwerden an folgende E-Mail-Adresse: info@vaaoe.at. Vielen Dank!

© Zsolt Nyulaszi

Neu: »my love« von Billy Boy

Endlich im Handel: Ein Condom nur für Mädchen

Die MAPA GmbH, Zeven, übernimmt Verantwortung. Unter dem Namen »my love« gibt es jetzt erstmals ein Condom der Marke Billy Boy, das sich speziell an junge Mädchen richtet. Der Hintergrund: Laut Umfragen gibt es bisher keine Condome, mit denen sich junge Mädchen identifizieren können. Die Folge: Kaufbarrieren, die die Zahl folgenschwerer Infektionskrankheiten und ungewollter Schwangerschaften stetig steigen lassen. »my love« von Billy Boy ist cool für die junge Zielgruppe und gleichzeitig Partner für Eltern und Ärzte in der Präventionsaufklärung. Ab sofort lieferbar.

Zeven, im März 2008. Erstmals gibt es jetzt ein Condom nur für junge Mädchen. »my love« von Billy Boy passt in jede Handtasche und ist so unauffällig, dass es immer griffbereit sein kann. Besonders wichtig für Mädchen: fällt »my love« aus Versehen einmal aus der Tasche, fällt es ganz bestimmt nicht unangenehm auf. Und das ist gut so, denn damit ist das neue Condom idealer Begleiter für alle Mädchen im Alter zwischen 14 und 19 Jahren, die ganz selbstbewusst Verantwortung für sich und ihren Körper übernehmen wollen. Denn Verhütung und der Schutz vor Infektionskrankheiten ist ebenso Mädchensache – auch beim ersten Mal.

Unter dem Motto »Denk dran, denk mit, fühl Dich sicher« werden Billy Boy »my love« als aromatisierte Condome, die angenehm nach Erdbeere riechen, angeboten. Die schöne Metallbox mit den drei Condomen kostet ca. € 2,99 (UVP) und wird auf einer Blisterkarte ausgeliefert. Die my love-Box soll über Drogerien, Apotheken und im LEH angeboten werden. Die Auslieferung ist ab sofort möglich. Eine Verpackungseinheit sind 6 Stück pro Karton.

Kommunikationsoffensive zur Produkteinführung

Zur Unterstützung der Bekanntmachung wendet sich »my love« von Billy Boy im Frühsommer mit TV-Spots an die jungen Zuschauer des Musiksenders VIVA. Zusätzlich werden über Gewinnspiele in Jugendmagazinen Gratisproben mit Hinweis auf Kaufadressen verteilt und der Hersteller MAPA GmbH startet mit Billy Boy »my love« und Ärzten in ganz Deutschland eine Beratungsoffensive für junge Mädchen und ihre Eltern.

Mehr als ein Grund für my love

Häufig erleben junge Paare den ersten Geschlechtsverkehr immer früher und immer spontaner (Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). Laut der BzgA-Studie ist bei 64 Prozent der Mädchen das Condom das Verhütungsmittel Nummer 1, jedoch in knapp jedem zehnten Fall schützen sich die Mädchen gar nicht. Als Gründe nennen sie unter anderem, dass ihnen der Condomkauf peinlich sei. Ein Schamgefühl, das für Eltern, Ärzte und Condomhersteller nachvollziehbar, aber dennoch beunruhigend ist – genau darum gibt es jetzt »my love«, das diskret und doch immer dabei sein möchte. Denn nicht nur die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche bei unter 15 Jährigen steigt seit Jahren stetig an (1996 bis 2004 – Steigerung um 113 Prozent, Quelle: BzgA), auch Infektionen, durch Chlamydien die durch ungeschützten Geschlechtsverkehr übertragen werden, treten vermehr auf. Chlamydien lösen keinerlei Beschwerden aus und werden daher oft nicht erkannt, können aber unbehandelt zur Unfruchtbarkeit der Jugendlichen führen. Hier schützen nur Condome, Offenheit und frühe Aufklärung.

Pressekontakt: *Britta Benzenhöfer,* Agentur bauchgefühl,
Tel.: 069 / 800 87 37 0, E-Mail an benzenhoefer@bauchgefuehl.com

Sonnenbrand, Insektenstiche?

ALPINAMED®

Kühlgel

beruhigend bei leichtem Sonnenbrand und Hautreizungen

- kühlt sofort die Haut
- mit abschwellenden Eigenschaften
- lindert die Beschwerden
- aus essigsaurer Tonerde, Arnika und Parakresse
- exklusiv in der Apotheke

ALPINAMED®
NATÜRLICH GESUND

Gebro Pharma GmbH, Fieberbrunn, Österreich
Telefon: 05354/5300-0
info@alpinamed.at · www.alpinamed.at