

## **Pharmazie und Politik – Wechselwirkungen**

### **Programm des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) vom 21. Juni 2009**

#### **Vorbemerkungen zum Programm 2009**

Im April 1989 einigten sich auf einem Treffen in Kaufungen die dort versammelten Pharmazeutinnen und Pharmazeuten erstmals auf ein Vereinsprogramm für eine patientenorientierte Arzneimittel- und Standespolitik. Angesichts der Veränderungen der internationalen Lage seit Herbst 1989, der Vereinigung beider deutscher Staaten im Jahre 1990 und der Veränderungen der im Programm angesprochenen Probleme wurde das Programm 1992 und 1999 entsprechend weiterentwickelt. Mit dem 2009 wiederum überarbeiteten Programm tragen wir den gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und rechtlichen Veränderungen Rechnung.

#### **Wesentliche Ziele unseres Vereins:**

- Politische Umsetzung der Definition der World Health Organisation (WHO) von Gesundheit als physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden
- Demokratisierung des Gesundheitswesens auf der Grundlage des Solidaritätsprinzips und transparenter Strukturen
- Patientenorientierte Arzneimittelberatung und Versorgung
- Stärkung des Verbraucherschutzes und der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen
- Einbeziehung aller Beschäftigten im Gesundheitswesen in die gesundheitspolitischen Entscheidungen
- Begrenzung der Marktmacht der pharmazeutischen Industrie
- Zugang aller Menschen weltweit zu einer ausreichenden Arzneimittelversorgung und zu gesundheitlich notwendigen Leistungen
- Umsetzung einer ökologisch orientierten Arzneimittelversorgung
- Verwirklichung von Frieden und Abrüstung im gemeinschaftlichen Einsatz sowie Bekämpfung rechtsextremistischer Tendenzen und Ausländerfeindlichkeit

#### **Warum brauchen wir einen Verein?**

Für alle, die

- Gleichgesinnte bei der Verwirklichung einer patientenorientierten Berufspraxis suchen
- sich nicht mit der Macht der Anbieter und der Ohnmacht der PatientInnen im Gesundheitswesen abfinden wollen
- eine Überwindung des Widerspruchs zwischen Ethik und Monetik anstreben
- eine allein auf Wahrung und Ausbau wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Privilegien ausgerichtete Standespolitik ablehnen
- die Geschlechterdemokratie in der Pharmazie durchsetzen wollen,

brauchen wir eine überregionale Organisationsstruktur, wie sie mit der Gründung des VDPP im Juni 1989 geschaffen wurde.

Der VDPP steht KollegInnen aller Berufsgruppen in der Pharmazie offen, die den Grundpositionen unseres Programms zustimmen und auf deren Grundlage aktiv an der Entwicklung von Inhalten und Stellungnahmen mitwirken möchten. Er bietet allen, die unabhängig von ihrem Status - selbständig, angestellt, beamtet, arbeitslos, in der Ausbildung - gemeinsam die hier vorgestellten Positionen umsetzen wollen, die Gelegenheit zur Mitarbeit.

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

Weil wir im VDPP nicht alle anstehenden Probleme selbst effektiv bearbeiten können, unterstützen wir andere Vereine und Organisationen, mit denen wir in wichtigen Zielen übereinstimmen, in ihrer Arbeit und kooperieren mit ihnen.

### **Warum diese Namensgebung?**

Wir treten ein für mehr Demokratie in unserem Sozial- und Gesundheitswesen. Angesichts einer fortschreitenden Privatisierung und Ökonomisierung des Gesundheitswesens verbunden mit einem gleichzeitigen Abbau sozialstaatlicher Verantwortung unterstreichen wir mit unserer Namensgebung die Bedeutung demokratisch legitimierter Entscheidungs- und Mitbestimmungsstrukturen sowie unseren Anspruch auf Teilhabe.

Gerade die Standespolitik der ApothekerInnen ist ein Beleg für einen Mangel an demokratischen Mitbestimmungsmöglichkeiten. Den wichtigen Gremien vor allem auf Bundesebene fehlt eine ausreichende demokratische Legitimation, im Namen der Apothekerschaft zu sprechen, weil hier die überwiegende Mehrheit des Berufsstandes, die angestellt Beschäftigten, nur marginal vertreten sind. Sie haben kaum eine Chance, ihre Interessen wirksam zur Sprache zu bringen oder durchzusetzen, sodass einseitige Entscheidungen der Unternehmerseite die politische Ausrichtung der Gremien und damit die Außendarstellung der pharmazeutischen Berufe prägen.

## **I. Pharmazie und Berufsalltag**

### **1. Die öffentliche Apotheke**

#### **Apotheke heute**

Die bisherige Gesundheitspolitik war allein auf Einsparungen ausgerichtet. Kostenreduktion, Selbstbeteiligung, Leistungsabbau, Markt und Wettbewerb sind die Schlagworte, die die politischen Entscheidungen beschreiben. Strukturreformen im Gesundheitswesen waren Kostendämpfungsprogramme zu Lasten von Versicherten und PatientInnen. Inzwischen erfasst der Wirtschaftsliberalismus das Gesundheitswesen und damit auch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die auf Grund des Solidaritätsprinzips und des Sachleistungsbezugs bislang verschont geblieben war. Wenn statt medizinischer Notwendigkeit die finanziellen Möglichkeiten der Einzelnen über die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen entscheiden und wenn Privatversicherungen junge, gutverdienende Mitglieder der

Solidargemeinschaft der Krankenversicherten abwerben, schreitet die Entsolidarisierung für die gesetzlich Versicherten immer schneller fort.

Die wachsende Kommerzialisierung macht auch vor den Apotheken nicht halt. Insbesondere in den Großstädten verschärft sich der Konkurrenzkampf und weitet sich auf Drogeriemärkte, Sanitäts- und Reformhäuser und Arztpraxen aus. In dem Maße aber, wie der Druck auf die Apotheke als Wirtschaftsunternehmen wächst, verschärft sich der im System angelegte Konflikt zwischen dem Auftrag, als Arzneimittelexperten für die PatientInnen zu wirken und der Notwendigkeit, als UnternehmerInnen erfolgreich sein zu müssen.

Dieser Konflikt zeigt sich in unterschiedlicher Weise, in

- einer Ausweitung der Selbstmedikation
- einem verschärften Ausweichen auf das sogenannte Randsortiment
- der Ausweitung des Versandhandels und der Einrichtung von „Pick-up-Stellen“ mit vergleichsweise geringen Personal- und Geschäftskosten
- der Beanspruchung von Aufgabengebieten, die Schnittstellen zu anderen Versorgungsbereichen darstellen (z. B. Blutwertbestimmung, Ernährungsberatung)
- in einer Werbe- und Verkaufspraxis, die eine patientenorientierte Beratungstätigkeit sehr erschwert
- in einer zunehmenden Zahl von Teilzeitbeschäftigten oder in Personalabbau.

Zunehmender wirtschaftlicher Druck fördert die Dominanz rein ökonomisch handelnder KollegInnen und schwächt Kräfte in unserem Berufsstand, die eine patientenorientierte Pharmazie verwirklichen wollen.

Die Fülle von Regulierungen, die immer weiter wächst, um die kontinuierlich steigenden Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu bremsen, belastet die tägliche Apothekenpraxis. Ohne im Rahmen der Zulassung direkt Einfluss auf die Preisbildung der Industrie zu nehmen, sind wir bei einer nahezu wirkungslosen Überregulierung auf dem Arzneimittelmarkt angekommen. Die einzig wirksame, jedoch nicht ausreichende Maßnahme ist die von den Herstellern heftig bekämpfte Festbetragsregelung.

Rabattverträge zwischen Kassen und Herstellern lehnen wir ab, nicht nur, weil es sich hier um völlig intransparente Vorgänge handelt, sondern auch, weil die PatientInnen verunsichert werden. Wir bezweifeln, dass damit die wirtschaftlichen Ziele erreicht werden. Zugleich steht weniger Zeit für pharmazeutische Beratung und Information der PatientInnen zur Verfügung, und die Compliance wird gefährdet bzw. verschlechtert.

### **Apotheke der Zukunft**

Die bisherige privilegierte Situation der Apotheken hat unseres Erachtens nicht per se zu einer hohen Qualität bei der Arzneimittelversorgung geführt. Die zunehmende Deregulierung kann zahlreiche neue Organisationsformen im Apothekenwesen hervorbringen.

Jedes Apothekenmodell muss sich an folgenden Qualitätskriterien messen lassen:

- wohnort- und zeitnahe Versorgung mit Arzneimitteln rund um die Uhr

- hohe Qualität bei allen pharmazeutische Leistungen der Apotheke
- patientengerechte Kommunikation in der pharmazeutischen Betreuung
- Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit
- industrieunabhängige Arzneimittelabgabe und -information
- qualifiziertes Personal, das sich obligatorisch, industrieunabhängig und zertifiziert fort- und weiterbildet
- Überprüfung aller Apotheken durch sanktionsberechtigte Aufsichtsbehörden
- Beteiligung aller an der Notfallversorgung (Bereitschaftsdienst, Notfallsortiment, Pandemiepläne)
- Einbindung der Apotheken in lokale Strukturen des Gesundheits- und Sozialwesens.

Neue Formen der Zusammenarbeit und Arbeitsteilung erfordern auch neue Organisationsstrukturen der Präsenzapotheken. Wir lehnen kommerzielle Apothekenketten ab, halten die freiberuflich geführte Apotheke aber nicht für alternativlos. Für die Apotheke der Zukunft sind unterschiedliche Eigentumsformen denkbar - private, gemeinnützige, genossenschaftliche. Denkbar erscheint uns die Apotheke z. B. als Teil eines medizinischen Versorgungszentrums unter kommunaler oder genossenschaftlicher Trägerschaft.

Wir fordern eine Schwerpunktverlagerung der Gesundheitsversorgung von der Krankenbehandlung zur Prävention und Gesundheitsförderung. Dazu sind neue Formen der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen notwendig (z. B. mit ÄrztInnen, MitarbeiterInnen von Heimen, Pflege- und Sozialstationen und ambulanten Diensten, Beschäftigten des öffentlichen Gesundheitsdienstes, SozialarbeiterInnen und VertreterInnen der Krankenkassen).

Im Bereich der Selbstmedikation trägt der Berufsstand eine besondere Verantwortung. Deswegen halten wir es für notwendig, dass die Apothekerkammern gemeinsam Instrumente in Zusammenarbeit mit Verbraucherorganisationen, gesundheitswissenschaftlichen Einrichtungen sowie Zulassungs- und Überwachungsbehörden zur Beobachtung des Selbstmedikationsmarktes entwickeln. Dabei sollten Apotheken Daten zur Bewertung von Nutzen und Risiken liefern und Beiträge zur Nutzenoptimierung und Risikominimierung durch sachgerechte und zielgruppenspezifische Information der VerbraucherInnen leisten. Auf die Beobachtung, Analyse und Bewertung der Arzneimittel mit verschreibungspflichtigen Stoffen, die im Rahmen der Freidosenregelung dem Selbstmedikationsmarkt zur Verfügung stehen oder insgesamt ihren verschreibungspflichtigen Status gerade erst verloren haben, ist besonderer Wert zu legen.

Wir fordern die Apothekenpflicht für alle Arzneimittel. Sie sind Waren der besonderen Art und bedürfen der Beratung.

### **Apotheke und Arzneimittelpolitik**

Die Qualität des Arzneimittelmarktes und damit auch der Arzneimittelversorgung wird wesentlich durch das geltende Arzneimittelrecht bestimmt. Allerdings beruhen das Arzneimittelrecht und die Arzneimittelpolitik in Deutschland heute weitgehend auf

EU-Gemeinschaftsrecht. Kein Arzneimittel kann in Deutschland vermarktet werden, ohne dass es durch die nationalen oder die europäische Zulassungsbehörden geprüft wurde und von ihnen eine Zulassung erhalten hat. Die Zulassungsbehörden nehmen somit eine wichtige Stellung ein zwischen dem Anspruch der PatientInnen auf eine optimale Arzneimittelversorgung einerseits und der pharmazeutischen Industrie andererseits, die ein dominierendes ökonomisches Interesse hat.

### EU-Arzneimittelpolitik

Die Arzneimittelpolitik und das daraus abgeleitete Arzneimittelrecht in der EU werden von zwei wesentlichen Motiven bestimmt:

der Herstellung eines gemeinsamen Marktes und die Sicherstellung eines freien Warenverkehrs, von dem die Arzneimittel als besondere Waren nicht ausgenommen sind.

Dies hat sowohl positive als auch negative Auswirkungen. Da ein freier Warenverkehr gleiche Eigenschaften und gleiche Qualitätsstandards der Produkte gebietet, fordert das EU-Recht eine weitgehende Harmonisierung von Prüfung, Herstellung und Vertrieb, einschließlich der Produktinformationen.

Die Mitgliedstaaten können allerdings zum Schutz der Gesundheit der eigenen Bevölkerung gesonderte nationalstaatliche Regelungen und Gesetze erlassen.

Die Mitgliedstaaten und die Europäische Kommission verfolgen das Ziel, den BürgerInnen in der EU wirksame, unbedenkliche und qualitativ einwandfreie Arzneimittel zur Verfügung zu stellen und insofern deren gesundheitliche Versorgung zu verbessern. Eine Bewertung der EU-Politik zeigt aber, dass im Vergleich zur Industriepolitik eine umfassende Gesundheitspolitik in der EU nur eine nachgeordnete Bedeutung hat.

Die Harmonisierung des Arzneimittelrechtes mit den Folgen für Herstellung, Überwachung und Pharmakovigilanz hat aber auch zur Erhöhung von Arzneimittelqualität und -sicherheit beigetragen. In vielen Fällen wirkt sich die gemeinsame Stärke der EU-Mitgliedstaaten bei der Durchsetzung von Zulassungs- oder Sicherheitsentscheidungen positiv aus und einzelne Mitgliedstaaten hätten sie gegen die Lobby der pharmazeutischen Industrie allein nicht durchsetzen können. Auch die strengeren Regeln bei der Durchführung von klinischen Studien (GCP = Good Clinical Practice) bedeuten mehr Schutz für ProbandInnen und PatientInnen.

### Nationale Gesetzgebung

Das Arzneimittelrecht in Deutschland spiegelt zum überwiegenden Teil wider, was in EU-Recht festgeschrieben ist. Das Arzneimittelrecht lässt also nur noch Detailregelungen zu, die entweder auf die besondere Lage in Deutschland (Sozialversicherungssysteme, Versorgungsstrukturen etc.) Rücksicht nehmen oder im EU-Recht nur allgemein formuliert worden sind.

Zu bemängeln ist, dass es weder im EU-Recht noch im deutschen Arzneimittelrecht eine Bedürfnisprüfung für die Zulassung von Arzneimitteln gibt. Eine solche würde nach Auffassung der EU-Kommission und der pharmazeutischen Industrie den freien Warenverkehr behindern. Diese Regelung führt dazu, dass in Deutschland etwa 55.000 Arzneimittelzulassungen bestehen, viele von ihnen für Arzneimittel ohne Beleg eines klinisch relevanten Nutzens für die Patienten oder eines tatsächlichen Bedarfs. Diese Zulassungspraxis leistet nach unserer Überzeugung keinen Beitrag zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung und Markttransparenz. Sie

beeinträchtigt somit die Beratung über Arzneimittel. Wir fordern eine Bedürfnisprüfung im Rahmen der Zulassung.

Weiterhin bedarf es entsprechender Maßnahmen auf der Ebene der ärztlichen Verordnungstätigkeit. Hier unterstützen wir die Einführung einer Positivliste. Mit einer solchen Entscheidungshilfe ließen sich Arzneimittelsicherheit, Rationalität und Wirtschaftlichkeit gewährleisten. Ebenso unterstützen wir die Arbeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Re- und Parallelimporte namensgleicher Arzneimittel aus anderen EU-Staaten bieten eine Möglichkeit der Kostenreduktion. Allerdings können Arzneimittelsicherheit und Compliance darunter leiden, da häufig die Aufmachung der Importarzneimittel wechselt. Zudem sind sie nur schwer von Fälschungen zu unterscheiden. Die sozialversicherungsrechtliche Bevorzugung von Re- und Parallelimporten lehnen wir daher ab. Auch unter ökologischen Gesichtspunkten sind die Zulassung von und der Verkehr mit Re- und Parallelimporten wegen des zusätzlichen Transport- und Verpackungsaufwandes abzulehnen. Die genannten Probleme wiegen für uns schwerer als der vergleichsweise geringe wirtschaftliche Nutzen.

### Arzneimittelwerbung

In Deutschland werden pro Jahr viele Milliarden Euro für Arzneimittelwerbung ausgegeben. In den vergangenen Jahren sind in Deutschland frühere Vorschriften zur Arzneimittelwerbung gelockert worden, ohne dass dazu neue EU-Vorschriften erlassen worden sind. Wir beobachten seit langem, dass die Überwachung der Arzneimittelwerbung, die von den Gesundheitsbehörden der Bundesländer vorzunehmen ist, völlig unzureichend ist. Diese Behörden sind weder von den personellen Ressourcen noch von der fachlichen Qualifikation her in der Lage, rasant wechselnde, geschickt und irreführend aufgemachte Arzneimittelwerbungen zu identifizieren und zu ahnden.

Immer wieder gibt es Bestrebungen der EU-Kommission, das Werbeverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel außerhalb der Fachkreise aufzuweichen und der pharmazeutischen Industrie die Direct-To-Customer(DTC)-Information zu erlauben. Wir lehnen dies aus Gründen des Verbraucherschutzes ab. Alle, aber insbesondere verschreibungspflichtige Arzneimittel, bergen neben dem Nutzen teilweise erhebliche Risiken, über die PatientInnen von Seiten der ÄrztInnen und ApothekerInnen beraten und aufgeklärt werden müssen.

Die aggressive Werbung für Arzneimittel suggeriert darüber hinaus die Therapierbarkeit jeder gesundheitlichen Störung und definiert problematische Lebensphasen als Erkrankungen. Sie hat bei vielen VerbraucherInnen eine gefährliche Arzneimittelgläubigkeit geschaffen, die einerseits einen vermehrten Arzneimittelgebrauch zur Folge hat und andererseits einen stärkeren Einsatz nicht medikamentöser Therapien behindert.

Die Industrie findet bereits heute genügend Schlupflöcher, bestehende Restriktionen bei der Arzneimittelwerbung zu umgehen. Beispiele dafür sind:

- Werbung auf firmeneigenen Internetseiten
- Beeinflussung von ÄrztInnen durch PharmareferentInnen
- industriefinanzierte Fortbildungen

## Druckfassung

- industriefinanzierte Selbsthilfegruppen
- als Anwendungsbeobachtungen getarntes Marketing, bei dem ÄrztInnen eine finanzielle Belohnung pro Verschreibung erhalten.

Der Umfang der heutigen Arzneimittelwerbung macht es unwahrscheinlich, dass mit strengeren Regelungen und einer Aufstockung qualifizierten Personals irreführende Arzneimittelwerbung unterbunden werden kann. Deshalb kann eine wirksame Maßnahme gegen unlautere und irreführende Arzneimittelwerbung nur das generelle Verbot der Arzneimittelwerbung zugunsten objektiver, geprüfter und industrieunabhängiger Arzneimittelinformation sein, deren Vermittlung eine der wichtigsten Aufgaben von ApothekerInnen ist.

## Versandhandel

Misst man Versandapotheken an den von uns im Kapitel „Apotheke der Zukunft“ formulierten Qualitätskriterien für eine hochwertige Arzneimittelversorgung, stellen wir fest, dass diese von ihnen nicht erfüllt werden können.

Hierbei sind folgende Aspekte hervorzuheben:

- Eine wohnort- und zeitnahe Versorgung mit Arzneimitteln kann nicht gewährleistet werden.
- Eine persönliche Beratung, die niederschwellig angeboten wird, fehlt weitgehend.
- Für die VerbraucherInnen ist es trotz des Qualitätssiegels beim DIMDI schwierig, zwischen legalen und illegalen Angeboten zu unterscheiden. Der illegale Versandhandel stellt jedoch ein Einfallstor für gefälschte, illegale und gesundheitsgefährdende Arzneimittel dar.
- Mittelfristig ist die flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum bedroht.
- Die Einbindung der Apotheken in lokale Strukturen des Gesundheits- und Sozialwesens (z. B. Pflegestützpunkte) ist nicht gegeben.

Die Versorgung immobiler PatientInnen kann durch die wohnortnahe Apotheke gewährleistet werden. Somit ist auch hier kein Zusatznutzen des Versandhandels erkennbar.

## Elektronische Gesundheitskarte

Wir begrüßen prinzipiell die neuen Möglichkeiten der Telematik. Digitale Datenverarbeitung und Kommunikation können die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung verbessern und die Effizienz des Gesundheitssystems erhöhen. Keinesfalls dürfen jedoch andere als die genannten Punkte im Vordergrund von Telematik im Gesundheitswesen stehen. Bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte muss der Missbrauch von sensiblen Daten durch Dritte mit größtmöglicher Sicherheit verhindert werden. Außerdem muss die Funktionsfähigkeit der Datenübertragung eine größtmögliche Zuverlässigkeit besitzen. Wir sehen das aktuelle Konzept der Speicherung auf wenigen, großen Servern sowie die damit

verbundene Online-Kommunikation als nicht geeignet an. Die Verwendung der gespeicherten Daten für sogenannte Mehrwertdienste stellt für uns einen weiteren Schritt in Richtung Kommerzialisierung des Gesundheitswesens dar. Das gegenwärtige Konzept verursacht immense Kosten, die in keinem Verhältnis zu dem zu erwartenden Nutzen stehen.

## 2. Sozialpharmazie und Verbraucherschutz

Wir sind überzeugt, dass Pharmazie bislang zu einseitig durch naturwissenschaftliche Inhalte geprägt ist. Alle in der Pharmazie Tätigen sind mit Problemen und Herausforderungen konfrontiert, die nicht allein mit naturwissenschaftlichen Mitteln gelöst werden können. Die Ausbildungsinhalte müssen dahingehend erweitert werden.

Nach ihrem Selbstverständnis untersucht die Sozialpharmazie jene Beziehungen, die ÄrztInnen, ApothekerInnen und PatientInnen untereinander und zum Arzneimittel eingehen und ordnet sie in soziale und ökonomische Zusammenhänge ein. Die Sozialpharmazie

- macht uns PharmazeutInnen die gesellschaftliche Einbindung der Arzneimittelversorgung und unseres Berufes besser verständlich
- analysiert die Funktionsmechanismen und Regelungsinhalte des Arzneimittelmarktes, lässt den interessen gebundenen Einfluss der AkteurInnen, insbesondere der Pharmahersteller, erkennen und zeigt die Notwendigkeit von evidenzbasiertem Arzneimitteleinsatz und unabhängiger Beratung z. B. in der Selbstmedikation auf
- schafft die Voraussetzungen für eine patientenorientierte Berufstätigkeit
- vermittelt wissenschaftliche Methoden der Sozial-, Wirtschafts- und Geisteswissenschaften, um diese in der Analyse der Einflussfaktoren auf den Arzneimittelmarkt nutzen zu können.

Wir setzen uns dafür ein, dass sozialpharmazeutische Aspekte in allen Berufsfeldern stärker berücksichtigt werden, wobei dies in den folgenden Bereichen für uns besonders wichtig ist:

### 1. Sozialpharmazie und Gesundheitsförderung:

Die Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung (1986) muss für alle PharmazeutInnen handlungsleitend sein. Das bedeutet:

- Die im Gesundheitswesen Beschäftigten müssen sich bewusst sein, dass Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit die Grundvoraussetzungen für Gesundheit sind.
- Neben der Behandlung von Krankheiten und der Prävention soll die Gesundheitsförderung in das Zentrum der pharmazeutischen Berufsausübung rücken und allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen. Dabei müssen soziale und kulturelle Unterschiede berücksichtigt werden.



- Nicht jeder Mensch ist von sich aus in der Lage, die Grundvoraussetzungen für ein gesundes Leben zu erfüllen. Deshalb ist es notwendig, dass sich einzelne Menschen, Gruppen, Organisationen und Verbände sowie staatliche Einrichtungen für die Schwachen einsetzen und so aktives, anwaltschaftliches Eintreten praktizieren.
- Nicht nur die Gesundheitspolitik, sondern auch alle anderen Politikbereiche, z. B. Verkehrs-, Bildungs-, Innen-, Außen-, Familien- und Wirtschaftspolitik, haben Rückwirkungen auf die Gesundheit. Dies ist uns bewusst, wenn wir uns beispielsweise in der Ökologie- oder Friedenspolitik engagieren. Wir setzen uns ebenso für sichere, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen ein.
- Die Zukunft der Pharmazie sehen wir in einer verstärkten Vernetzung mit anderen Berufsfeldern des Gesundheits- und Sozialwesens, aber auch mit Selbsthilfe- und Patientenverbänden sowie mit Initiativen zur Gesundheitsförderung (z. B. durch integrierte Versorgung). Durch die Vernetzung können auftretende Probleme schneller erkannt und angegangen werden bzw. Chancen rechtzeitig ergriffen werden.

## 2. Sozialpharmazie in pharmazeutischen Dienstleistungen:

PharmazeutInnen sind fast ausschließlich in Gebieten tätig, in denen sozialpharmazeutische Grundlagen an Bedeutung gewinnen. An erster Stelle ist die Pharmazeutische Betreuung zu nennen. Dieses systematische Betreuungskonzept verlangt von den Berufsangehörigen mehr Kenntnisse und Fertigkeiten, z. B. aus den Sozialwissenschaften, der Psychologie und der Kommunikationswissenschaft.

## 3. Sozialpharmazie und Verbraucherschutz:

Die BürgerInnen müssen dort, wo sie sich selbst nicht schützen können, vor Gefahren geschützt werden. Das bedeutet, dass sie sich auf wirksame, unbedenkliche und qualitativ einwandfreie Arzneimittel, auf sichere Vertriebswege und qualitativ hochwertige medizinische und pharmazeutische Dienstleistungen verlassen können müssen. Dafür müssen die richtigen Anreize gesetzt werden sowie die notwendigen Überwachungsressourcen zur Verfügung stehen. Wir setzen uns in politischen Diskussionen für diese Ziele ein.

Zum Verbraucherschutz gehört auch das Bereitstellen von ausreichenden, hersteller- und vertreiberunabhängigen Arzneimittelinformationen. Die Informationen müssen leicht verfügbar und adressatengerecht aufbereitet sein. Wir treten dafür ein, dass Verbraucherschutzorganisationen in die Lage versetzt werden, hier mehr als bisher zu leisten und fordern von den Vertretungen der Apothekerschaft ein verstärktes Engagement.

Wir setzen uns dafür ein, dass all diese Aspekte in der Weiterentwicklung unseres Berufes stärker berücksichtigt werden.

## 3. Krankenhauspharmazie

Auch die Krankenhauspharmazie steht im Spannungsfeld zwischen der Entwicklung immer teurerer Arzneimittel für neue Therapien einerseits und der Forderung nach Begrenzung der Arzneimittelausgaben andererseits.

Über die traditionellen Aufgaben wie Arzneimittelbeschaffung, -herstellung, -kontrolle

und -verteilung hinaus hat sich die Krankenhausapotheke daher neuen Anforderungen zu stellen.

Wir unterstützen die Festlegung und Weiterentwicklung krankenhausspezifischer Arzneimittellisten. Dass solche verbindlich geltenden Arzneimittellisten ein Beleg für das Funktionieren von Positivlisten sind, wird von unserer Landespolitik gern verschwiegen.

Die Krankenhausapotheke muss ein Zentrum der Arzneimittelkompetenz sein, das aktuelle, industrieunabhängige Arzneimittelinformationen schnell zur Verfügung stellen kann.

Wir halten die pharmazeutische Betreuung der KrankenhauspatientInnen für eine unverzichtbare Aufgabe der Krankenhauspharmazie. Die Arzneimittelanamnese am Anfang des Krankenhausaufenthalts, die persönliche und schriftliche Arzneimittelberatung während der stationären Therapie und bei der Übergabe in die ambulante Versorgung sind wichtige Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit und sollten in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser als Angebote aufgeführt werden. Dies muss u. a. durch Teilnahme der PharmazeutInnen an den Visiten gewährleistet werden. Beim Verhältnis ApothekerInnen pro Krankenhausbetten bildet Deutschland im europäischen Vergleich das Schlusslicht.

Wir sehen die krankenhauseingebundene Apotheke nicht als geeignetes Modell, eine solche anspruchsvolle Krankenhauspharmazie umzusetzen.

#### **4. PharmazeutInnen in anderen Berufsfeldern**

Wir verstehen uns ausdrücklich als Verein für alle pharmazeutisch ausgebildeten KollegInnen. Wir kritisieren die einseitige Orientierung der Landespolitik auf die Institution der öffentlichen Apotheke und deren Rahmenbedingungen. Nicht diese Institution, sondern unsere gemeinsame Profession gehört in das Zentrum unserer Berufspolitik. Gerade weil eine Überzahl der PharmazeutInnen in Apotheken arbeitet, muss es Aufgabe der Berufs- und Kammerpolitik sein, berufliche Minderheiten zu beachten und einzubeziehen, zumal sie zur inhaltlichen Qualifizierung der Kammerarbeit erheblich beitragen könnten. Im öffentlichen Bewusstsein werden die Vielfalt und die Breite des Spektrums apothekerlicher Tätigkeiten nicht wahrgenommen.

Unsere BerufskollegInnen in Bundes- und Landesbehörden, in den Krankenkassen, in Verbänden, in der Forschung und Lehre, im öffentlichen Gesundheitsdienst, in Krankenhäusern, in der Industrie oder in Organisationen des Verbraucherschutzes leisten täglich eine von der offiziellen Landespolitik weithin ignorierte Arbeit.

Da diese KollegInnen immer wieder die Erfahrung machen, dass ihr Wissen, ihre Interessen und ihre Erwartungen in der Landespolitik ohne Resonanz bleiben, haben sie sich in verschiedenen berufsspezifisch ausgerichteten Organisationen und Gruppen zusammengefunden und ihr Interesse an einer Beteiligung in den offiziellen Organen ist daher gering. Dieser Umstand widerlegt das ideologisch propagierte Bild von der Einheit des Berufsstandes. Diese Isolierung bedeutet für den gesamten Berufsstand aber auch den Verzicht auf Profilierung, die er für seine dauerhafte Anerkennung als akademischer Heilberuf nutzen könnte.

Das erworbene Erfahrungswissen unserer KollegInnen u. a. in Patientenberatungsstellen, in Gremien der Risikoüberwachung und -einschätzung, im Öffentlichen Gesundheitsdienst, in der PTA-Ausbildung, in der Suchtbekämpfung, in Veterinär- und Lebensmittelämtern würde entsprechend aufbereitet eine unschätzbare Unterstützung bei der Qualifizierung der Beratungs-, Informations- und Abgabebetätigkeit in der öffentlichen Apotheke bieten.

## **5. Berufliche Qualifizierung**

Der VDPP hat sich stets für eine Weiterentwicklung der Approbationsordnung im Sinne einer Schwerpunktverschiebung von der Chemie zur Pharmakologie, klinischen Pharmazie, zu medizinischen Fächern und Fächern der Sozialpharmazie eingesetzt, wohl wissend, dass die naturwissenschaftliche Ausbildung die Basis der Pharmazie ist.

Wir begrüßen die Einführung des Faches „Klinische Pharmazie“ in die Pharmazeutische Prüfung. Wir fordern die konsequente Umsetzung an allen pharmazeutischen Instituten. Das Gleiche gilt auch für die Berücksichtigung der Toxikologie bei der Einrichtung von Lehrstühlen der Pharmakologie. Da der Prävention von Krankheiten sowie der Gesundheitsförderung in der Gesellschaft ein größerer Stellenwert beigemessen wird, fordern wir hier eine Ausweitung der Wissensvermittlung.

Wir vertreten weiterhin unsere Forderung nach der Abschaffung der Multiple-Choice-Prüfung, die Lexikonwissen und nicht Verständnis abprüft.

Das im Berufsleben benötigte hochspezifische Fachwissen, um u. a. auch klinische Studien kritisch beurteilen und die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung sachkundig reflektieren zu können, erfordert ein wissenschaftliches Studium an der Universität. Die Umwidmung zu einem Bachelor-Abschluss oder gar die Verlagerung der Ausbildung an Fachhochschulen lehnen wir entschieden ab.

Einige Themen der Sozialpharmazie werden bereits im Fach „Klinische Pharmazie“ aufgegriffen, z. B. Pharmakoepidemiologie und Pharmakoökonomie. Weitere Lehrveranstaltungen mit sozialpharmazeutischen Inhalten sollten in die Approbationsordnung aufgenommen werden.

Sowohl Fort- als auch Weiterbildungsveranstaltungen müssen auf hohem Niveau und unabhängig von der pharmazeutischen Industrie durchgeführt werden. Dies ist durch die Kammern sicherzustellen. Dabei dürfen Fortbildungsveranstaltungen, die von der pharmazeutischen Industrie bezahlt werden, von den Kammern nicht mit Kompetenzpunkten akkreditiert werden. Vergleichbare Anforderungen stellen wir auch an Weiterbildungsveranstaltungen. Wir halten eine spezifische Fortbildung für weitergebildete ApothekerInnen auf allen Gebieten der Weiterbildungsordnungen für notwendig. Für die Gebiete, die von einzelnen Länderkammern nicht angeboten werden können, ist die Bundesapothekerkammer gefordert. Generell sollen ReferentInnen zu Beginn ihrer Präsentationen mögliche Interessenskonflikte darlegen. Als Mitglied unterstützen wir die Arbeit von MEZIS e. V. (Mein Essen zahl ich selbst!). Den Zielen dieser ärztlichen Organisation sollten sich auch PharmazeutInnen verpflichtet fühlen.

## 6. Frauen in der Pharmazie

Ein Blick in die jährlich vorgelegten ABDA-Geschäftsberichte macht es deutlich: von einer wirklichen Gleichberechtigung sind die Frauen in der Pharmazie noch weit entfernt. Obwohl 67 % der Approbierten Frauen sind, liegt der Anteil der Apothekenleiterinnen nur bei 45 %. Die Tatsache, dass über die Hälfte der approbierten Mitarbeiterinnen teilzeitbeschäftigt arbeitet, lässt die Vermutung zu, dass sich auch hier die typische Doppel- und Mehrfachbelastung der Frauen widerspiegelt. Noch krasser stellt sich das Missverhältnis der Zahlen bei einem Blick in die Landespolitik dar. In den Vorständen der ABDA, der Apothekerkammern, der Apothekerverbände und anderer Landesorganisationen sitzen fast ausschließlich Männer, obwohl in den Apotheken unter Einbeziehung aller Berufsgruppen 85 % Frauen arbeiten. Auch in der Industrie, in den Krankenhausapotheken und in Lehre und Forschung sind Frauen – insbesondere in leitenden Positionen – noch immer unterrepräsentiert.

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

Die Situation in den anderen Berufsgruppen in der Pharmazie stellt sich ähnlich dar.

Wir fordern, dass es im Sinne der Geschlechtergerechtigkeit einen ausgewogenen Zugang zu Bildung, Arbeit und Ämtern bei gleicher Bezahlung für Männer und Frauen geben muss. Wir treten dafür ein, dass es keine Benachteiligung aufgrund des Geschlechtes geben darf und achten sorgfältig auf die Umsetzung der bereits durchgesetzten theoretischen Rechte und Pflichten in diesem Bereich, insbesondere in pharmazeutischen Institutionen, berufsständischen Organisationen und Apotheken.

Insbesondere fordern wir:

- Quotenregelung in Lehre und Forschung, im Öffentlichen Dienst und in den Landesvertretungen
- Wahl einer Frauenbeauftragten in allen Kammern
- Ächtung frauenfeindlicher Werbung und einer Medizin, die das Frau-Sein zur Krankheit erklärt
- geschlechterspezifische Arzneimittelforschung und -therapie
- Ausbildung, die von Beginn an für geschlechtsspezifische pharmakologische Fragestellungen sensibilisiert.

## 7. Landespolitik

Die Apothekerkammern der Länder sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts beauftragt, Aufgaben des Staates im Interesse der Allgemeinheit wahrzunehmen, für die sie eine besondere Sachkenntnis haben. Vor dem Hintergrund der EU-weit fortschreitenden Deregulierung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen

stehen auch die Körperschaften der Heilberufe und die ihnen übertragenen staatlichen Aufgaben auf dem Prüfstand.

Solange aber die Apothekerkammern noch als Körperschaften Bestand haben, gilt für alle Berufsangehörigen die Zwangsmitgliedschaft, die der Staat mit der damit verbundenen Chance jedes einzelnen Mitgliedes begründet, im Rahmen der Selbstverwaltungsorgane der Kammern an deren Wirken teilzuhaben und Einfluss auf Entscheidungen nehmen zu können.

Unsere Erfahrungen in den Kammern lehren uns etwas anderes. Apothekerkammern betreiben in erster Linie eine privilegienwahrende statt eine an Verbraucher- und Patienteninteressen ausgerichtete Politik.

Um diesen Missstand zu beseitigen, fordern wir:

- Die Stärkung der Bundesapothekerkammer (BAK) als Arbeitsgemeinschaft der Landeskammern. Sie braucht einen eigenen, allein aus Kammerbeiträgen finanzierten Haushalt.
- Wie bei der Bundesärztekammer soll die BAK den Apothekertag einberufen, der auch die Eckdaten des Haushalts beschließt.
- Als wichtige Aufgabe der Demokratisierung der Kammern sehen wir die Öffnung und institutionalisierte Einbeziehung von Patienten-, Selbsthilfe- und Verbraucherorganisationen, um unserem gesellschaftlichen Auftrag für diese Gruppen besser als bisher gerecht zu werden.

Darüber hinaus repräsentiert die Zusammensetzung der Kammerorgane nicht das breite berufliche Spektrum apothekerlicher Tätigkeitsfelder und die Mehrheit der in den Apotheken angestellten KollegInnen, sondern schafft sichere Mehrheiten für die Unternehmenseite. Die Einheit unseres Berufsstandes, die von den Kammervorständen öffentlich behauptet wird, gibt es nicht. Die jährlich einberufene Hauptversammlung aller ApothekerInnen als höchstes Entscheidungsorgan des Berufsstandes zeigt in ihrer Zusammensetzung nach Geschlecht, Status und berufspolitischer Funktion, für deren Offenlegung wir viele Jahre kämpfen mussten, ein schwerwiegendes Demokratiedefizit. Deshalb fordern wir, dass die Zusammensetzung der Kammerorgane auf Landes- und Bundesebene von dem Ziel bestimmt sein muss, Männer und Frauen, Selbständige und Angestellte sowie den außerhalb der Apotheken tätigen PharmazeutInnen die demokratische Teilhabe u. a. durch entsprechende Quotenregelungen zu ermöglichen.

## **II. Pharmazie und Gesellschaft**

### **1. Gesundheitspolitik**

Gesundheit ist ohne Politik nicht machbar. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung wird durch die gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen wesentlich beeinflusst. Gesundheit ist mehr als nur der Erhalt der Arbeitsfähigkeit oder die Abwesenheit von Krankheit. Sie schließt neben dem physischen immer auch das psychische und soziale Wohlbefinden ein. Darum sind gute Bildung, ein sicherer Arbeits-

platz, ein ausreichendes Einkommen und befriedigende Wohnbedingungen wesentliche Voraussetzungen für den Erhalt und die Förderung von Gesundheit.

Über ein Jahrhundert garantierte die gesetzliche Krankenversicherung eine ausreichende gesundheitliche Versorgung für alle ihre Mitglieder unabhängig von der Höhe ihrer Beitragszahlungen. Auf der Basis des Solidarprinzips wurden die für eine angemessene Versorgung erforderlichen Leistungen zur Verfügung gestellt.

Wir stellen fest, dass Zuzahlungen, Leistungsabbau, Praxisgebühr und die Ausweitung privater Zusatzversicherungen die Prinzipien der solidarischen und paritätischen Beitragserhebung in den letzten Jahren schrittweise immer stärker ausgehöhlt haben. Hier liegen auch die wesentlichen Ursachen dafür, dass finanziell benachteiligte gesellschaftliche Gruppen, wie Alleinerziehende, NiedriglohnempfängerInnen, Hartz-IV-Betroffene, von Altersarmut bedrohte Menschen und MigrantInnen, nachweislich immer seltener rechtzeitig medizinische und therapeutische Hilfen in Anspruch nehmen, obgleich sie ihnen als gesetzlich Versicherte zustehen. Der 2004 erfolgte Wegfall einer Härtefallregelung für Menschen mit geringen Einkommen hat diese Entwicklung noch beschleunigt.

Arme Menschen erkranken früher, häufiger, länger und sind darum besonders auf die solidarische und zuzahlungsfreie gesundheitliche Versorgung angewiesen. Darum setzen wir uns für die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung ein, in der alle BundesbürgerInnen pflichtversichert sein müssen. Die bestehenden Beitrags- und Versicherungspflichtgrenzen sind abzuschaffen und alle Einkommensarten der Versicherten in die Beitragserhebung einzubeziehen. Wir unterstützen bestehende Bemühungen, alle Unternehmen entsprechend ihrer Produktivitätsentwicklung stärker an der Beitragsfinanzierung zu beteiligen. Die private Krankenversicherung soll dann nur noch zuständig sein für den Abschluss privater Zusatzversicherungen für Dienstleistungen und Produkte, die von der GKV nicht angeboten werden.

Da rezeptfreie Arzneimittel grundsätzlich nicht mehr von den gesetzlichen Kassen bezahlt werden und bei einem Arztbesuch die Praxisgebühr fällig wird, wählen immer mehr Menschen gerade mit geringem Einkommen den Weg der Selbstbehandlung mit Arzneimittel. Auch die erheblichen Zuzahlungen auf verordnete Rezepte führen viele oftmals statt in die Arztpraxis in die Apotheke.

Damit obliegt den Apotheken und ihren Beschäftigten eine wichtige Steuerungsfunktion bei der Information, Beratung und der Abgabe von Arzneimittel. Die hierfür erforderliche soziale Kompetenz muss erlernt werden, für kommende Generationen im Fach Sozialpharmazie. Der verbreitete Vielgebrauch und Missbrauch bei der Selbstmedikation hat seine Ursachen vielfach in der Hoffnung der VerbraucherInnen, ihre persönlichen sozialen und psychischen Probleme durch den Erwerb von Arzneimitteln zu lösen. Hier muss für die Verantwortlichen in der Apotheke ausreichend Wissen vermittelt und Handlungsspielraum geschaffen werden, um erste Hilfestellungen leisten zu können.

Auch auf dem Feld der Gesundheitsförderung und Prävention müssen die Apotheken deutlicher als bisher ihren Beitrag zur gesundheitlichen Aufklärung leisten.

Liberalisierung und Deregulierung haben zudem den Arzneimittelmarkt in den letzten Jahren verändert und den Verbraucherschutz ausgehöhlt. Das zeigt sich z. B. in folgenden Punkten:

- Immer mehr Wirkstoffe werden aus der Verschreibungspflicht entlassen.
- Der Arzneimittelbegriff wird von der EU-Gesetzgebung und der Rechtsprechung immer enger ausgelegt, sodass viele Wirkstoffe heute nicht mehr nur in Arzneimitteln, sondern auch in anderen Produktgruppen, wie Nahrungsergänzungsmitteln, Kosmetika, Medizinprodukten, Functional Food und Diätetika, vermarktet werden. Die Behörden können den Markt nicht mehr überwachen, auch weil ihnen die personellen und finanziellen Ressourcen fehlen.
- Neue Vertriebsformen vermitteln den VerbraucherInnen, dass Arzneimittel keiner besonderen Beratung bedürfen, sondern überall verfügbar sind.

Da die Leistungsanforderungen an die Menschen größer geworden sind und die Werbung für arzneimittelähnliche Produkte suggeriert, dass die Anforderungen mit diesen Produkten gemeistert werden könnten, besteht die Gefahr der weiteren Medikalisierung der Gesellschaft. Risiken der Produkte werden von der Bevölkerung nicht mehr wahrgenommen. Andere, nicht produktbezogene Lösungsansätze verlieren an Bedeutung. Arzneimittel sollen von der Gesellschaft als das wahrgenommen werden, was sie sind: risikobehaftete und daher erklärungsbedürftige Mittel zur Behandlung und Vorbeugung von Krankheiten sowie zur Linderung von Beschwerden.

Deshalb fordern wir:

- keine weitere Deregulierung im Arzneimittelmarkt, die zu einer weiteren Verharmlosung der Arzneimittel führt
- den Ausbau der anbieterunabhängigen Information für Verbraucher und Angehörige der Gesundheitsberufe über Arzneimittel.

## 2. Geschichte der Pharmazie

Die Beschäftigung mit der Geschichte der Pharmazie ermöglicht ein besseres Verständnis der heutigen Bedingungen für den Beruf und für die Arzneimittelversorgung. Deswegen greifen wir pharmaziehistorische Themen auf.

VDPP-Mitglieder untersuchten bereits vor der Vereinsgründung innerhalb der Gewerkschaft ÖTV z. B. die Geschichte des Reichsgesundheitsamtes in der NS-Zeit, die Angestelltenbewegung der ApothekerInnen in der Weimarer Republik und die Zusammenarbeit von ApothekerInnen mit dem Zivilschutz zur Vorbereitung von Kriegen.

Zu folgenden Themen haben wir Ausstellungen auf Deutschen Apothekertagen vorgestellt: „Vertreibung und Vernichtung jüdischer Apotheker“ (1991) und „100 Jahre Frauenpharmaziestudium“ (1999). Zu Letzterem wurde 2001 das Buch „Frauen in der Pharmazie“ veröffentlicht.

Uns interessieren vor allem:

1. Das Verhältnis unseres Berufsstandes und der pharmazeutischen Industrie zum Nationalsozialismus:

Die Verstrickungen der ApothekerInnenschaft mit dem NS-Staat gilt es aufzudecken, nach den Ursachen zu fragen und die Ergebnisse dieser Forschung in der Berufsöffentlichkeit breit zu diskutieren. Gleiches gilt für die pharmazeutische Industrie: die IG Farben (u. a. Hoechst, BAYER, BASF, Cassella, Kalle) lieferte einen

großen Teil des notwendigen Kriegsmaterials und bediente sich für dessen Produktion der Häftlinge der Konzentrationslager. Die IG Farben verdiente auch direkt an der fabrikmäßigen Ermordung der KZ-Häftlinge durch die Lieferung von Zyklon B nach Auschwitz. Sie nahm zudem den Tod von Menschen bei Experimenten zu „Forschungszwecken“ in Kauf. Die pharmaziehistorische Forschung muss die Fragen klären: Warum waren die Apotheker in überdurchschnittlichem Maße für den Nationalsozialismus anfällig? Warum ließen sich die Berufsorganisationen so leicht gleichschalten? Wir fordern, sich verstärkt dieser Problematik zu stellen und entsprechende Projekte zu unterstützen. Es gilt, die Erinnerung an diese Vergangenheit wach zu halten.

2. Die Berücksichtigung von politischen, gesellschaftlichen und vor allem sozialen Zusammenhängen in der Pharmaziegeschichte:  
Es müssen Wechselwirkungen zwischen dem Entstehen und der Ausdifferenzierung der pharmazeutischen Disziplinen und der gesellschaftlichen Entwicklung herausgearbeitet werden.

3. Die stärkere Berücksichtigung der PatientInnenperspektive:  
Diese ist notwendig, um die Bedeutung der Arzneimittel und der ApothekerInnen in unterschiedlichen pharmazeutischen Berufsfeldern für das Leben der Menschen und den Umgang mit Gesundheit und Krankheit herauszuarbeiten.

4. Die Rezeption sozialer Bewegungen durch ApothekerInnen:  
Wie wurden soziale Bewegungen wahrgenommen? Warum ist die Mehrheit der Berufsangehörigen nicht innerhalb der sozialen Bewegungen anzutreffen, sondern stellt sich eher dagegen?

5. Die Beschäftigung mit der Geschichte der DDR-Pharmazie:  
Mit dem Zusammenbruch der DDR und ihrem Anschluss an die BRD 1990 ergab sich für das entstehende gesamtdeutsche Gesundheitssystem die Möglichkeit, die jeweiligen Vorteile der beiden Systeme miteinander zu verknüpfen. Im übereilten Tempo des Anschlusses wurde diese Chance jedoch nicht genutzt. Bei der Diskussion um neue Strukturen im bundesdeutschen Gesundheitswesen müssen die Erfahrungen und verpassten Möglichkeiten der DDR-Pharmazie berücksichtigt werden. Den damaligen Einfluss von Partei und Staat gilt es aufzudecken, systemimmanente Probleme sind zu benennen.

### **3. Globale Arzneimittelversorgung und geistiges Eigentum**

Wir unterstützen die Anwendung der „WHO Model List of Essential Medicines“. Die meisten dieser aufgeführten essentiellen Arzneimittel können kostengünstig als Generika für die Weltbevölkerung zur Verfügung gestellt werden. Problematisch zeigt sich der Zugang zu den patentgeschützten Arzneimitteln. Als De-facto-Monopole sorgen Patente dafür, dass selbst lebensnotwendige Medikamente unerschwinglich teuer sind (Aids) oder gar nicht erst entwickelt werden (Tuberkulose, Dengue-Fieber, Chagas- und Schlafkrankheit).

Der globale Patentschutz wurde 1994 im Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte am geistigen Eigentum (Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights - TRIPS) festgeschrieben. TRIPS als Teil des Welthandelsabkommens musste bis 2005 von allen Ländern (außer den 49



ärmsten), die am Welthandel teilnehmen wollen, in die nationale Patentgesetzgebung umgesetzt werden. TRIPS steht für eine „Rekolonialisierung“, denn über 90 % aller Patente befinden sich in den Industriestaaten. Wir unterstützen die Nutzung der Schutzklauseln des TRIPS. Zwangslizenzen stellen solch einen Schutz dar und können bei Bedrohung der öffentlichen Gesundheit auf patentierte Arzneimittel erteilt werden. Den Druck, den Pharmakonzerne und Regierungen auf Entwicklungs- und Schwellenländer ausüben, welche diese Möglichkeit nutzen, verurteilen wir. Die Anwendung von Zwangslizenzen darf nicht sanktioniert werden.

Mit der Durchsetzung der Patente und deren Ausweitung auf 20 Jahre wird ein weiteres Problem offensichtlich – Innovationen in der Arzneimittelforschung selbst werden gehemmt. Die Patente behindern freie Informationen und offenen Datenaustausch von Ergebnissen für die weitere Forschung. Im Mai 2006 wurde von der WHO eine Arbeitsgruppe beauftragt, ein Konzept der Forschungsförderung für Arzneimittel für vernachlässigte Krankheiten zu entwickeln. Wir unterstützen das Strategiedokument der Arbeitsgruppe (Intergovernmental Working Group on Public Health, Innovation and Intellectual Property - IGWG) vom Mai 2008. Es begreift die Arzneimittelentwicklung und -versorgung als globale Aufgabe und erkennt das Versagen der patentbasierten Forschungsförderung.

Wir unterstützen die Arbeit der Organisationen Ärzte ohne Grenzen, BUKO-Pharmakampagne, Health Action International und medico international und deren Forderung nach neuen Finanzierungsmodellen für die Forschung.

Wir unterstützen ebenfalls das Konzept des „equitable licencing“, welches den Technologietransfer von öffentlichen Einrichtungen an kommerzielle Unternehmen an soziale Bedingungen knüpft, sodass die Arzneimittelversorgung in den Entwicklungsländern gesichert werden kann.

Wir sehen mit Besorgnis die Abhängigkeit der Forschung von Drittmitteln und protestieren gegen intransparente Kooperationsverträge zwischen öffentlichen Bildungseinrichtungen und der Industrie. Wir sehen die an den Bedürfnissen des Gemeinwohls orientierte öffentliche Grundlagenforschung durch solche, auf kommerzielle Kriterien ausgerichtete Verträge akut gefährdet.

Im Zuge der Globalisierung werden auch klinische Studien in Entwicklungs- und Schwellenländer verlegt. Wir kritisieren diese Verlagerung, die auf Kosten der StudienteilnehmerInnen geht. Die Einhaltung der ethischen Standards vor Ort wird durch die Gesundheitsbehörden üblicherweise zu wenig überprüft. Die mangelnde Transparenz in Durchführung und Qualität der Forschung nutzt die Pharmaindustrie für ihre Zwecke. Aus ethischen Gründen steht zudem die Übertragung der Ergebnisse auf PatientInnen in den Industrieländern infrage. Deshalb fordern wir die Einrichtung eines öffentlich finanzierten Studienregisters, wie es schon seit Jahren in den USA existiert. Dies wäre ein erster Schritt in Richtung Offenlegung aller Ergebnisse klinischer Studien. Längerfristig streben wir jedoch die öffentlich finanzierte Durchführung von klinischen Studien an. Denn nur so kann ein Interessenkonflikt vermieden werden und eine objektive Beurteilung für den therapeutischen Nutzen erfolgen.

Wir unterstützen insbesondere die Arbeit von „Apotheker ohne Grenzen“. Wir lehnen die ungeplante Sammlung von Arzneimitteln für Krisengebiete ab, da durch Kommunikationsdefizite, Unbrauchbarkeit, fehlende Entsorgungskapazitäten und Rücksendungsmöglichkeiten vor Ort mehr Schaden als Nutzen gestiftet wird. Wir bevorzugen Geld- gegenüber Materialspenden. Diese ermöglichen es, die im

Empfängerland benötigten Arzneimittel auf dem Weltmarkt günstig einzukaufen. Sollten Materialspenden zur kurzfristigen Bedarfsdeckung unumgänglich sein, sollen sie gemäß den WHO-Richtlinien für Arzneimittelspenden organisiert und durchgeführt werden.

Ein weiteres Feld, das der Aufmerksamkeit bedarf, ist der Arzneimittelexport. Der Arzneimittelexport gerade auch deutscher Pharmakonzerne für die Dritte Welt besteht auch aus irrationalen Arzneimitteln. Dabei handelt es sich um Arzneimittel, die unsinnig zusammengesetzt, falsch dosiert, ohne positive Nutzen-Risiko-Bewertung, überteuert oder am Bedarf der Bevölkerung vorbei angeboten werden. Es werden sogar Arzneimittel in die Dritte Welt exportiert, die in dieser Form im Herkunftsland nichtverkehrs-fähig sind. Warnhinweise, z. B. zu Kontraindikationen, werden unterschlagen, neue Indikationen dazu erfunden.

Offensichtlich werden die unzureichenden Kontrollmöglichkeiten der Entwicklungs- und Schwellenländer von der Pharmaindustrie immer noch ausgenutzt. Um den Export irrationaler Arzneimittel aus Deutschland einzudämmen, fordern wir:

- eine wirksame Exportkontrolle
- Arzneimittel, die vom Hersteller „freiwillig“ vom Inlandsmarkt genommen werden, um den Verlust der Zulassung zu vermeiden, dürfen auch nicht mehr exportiert werden
- Arzneimittel müssen auch dann ein reguläres Zulassungsverfahren durchlaufen, wenn sie nicht für den Inlandsmarkt, sondern ausschließlich für den Export bestimmt sind.

Deutsche Pharmakonzerne exportieren aber nicht nur, sondern produzieren in diesen Ländern auch irrationale Arzneimittel. Dies verurteilen wir.

#### **4. Frieden und Gesundheit**

Gesundheit als Zustand des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens ist nur im Frieden erreichbar (Charta von Ottawa, 1986).

Das beginnt in unserem Umfeld, z. B. beim Umgang mit PatientInnen, KollegInnen, ÄrztInnen und Menschen mit anderem kulturellen Hintergrund, Konflikte gewaltfrei zu lösen. Wir versuchen, strukturelle Gewalt zu erkennen, zu benennen und aufzulösen.

Wir lehnen Gewalt, Krieg und Terrorismus oder die Androhung dieser Strategien als Mittel der Konfliktlösung ab. Wir unterstützen die Arbeit von Friedensinitiativen, insbesondere der IPPNW. Mit ihnen teilen wir die Position:

Zivile Konfliktlösung und diplomatische Verständigung müssen als friedliche Mittel eingesetzt werden; präventive Konflikt- und Krisenhilfe-Initiativen der UNO müssen konsequent und nachhaltig gestützt werden.

Die Erforschung, Produktion, Testung, Verbreitung und Anwendung atomarer, biologischer und chemischer Waffen müssen verboten werden. Wir fordern auch die kontrollierte Reduzierung der konventionellen Rüstungen und eine Rückführung der Rüstungsforschung.

## 5. Umweltschutz

Umweltbelastungen führen zu Erkrankungen, die mit Arzneimitteln nur vordergründig behandelt werden können. Als PharmazeutInnen sind wir in besonderer Weise aufgerufen, auf die Verbesserungen der ökologischen Bedingungen unseres (Berufs-)Alltags zu achten. In unserer Arbeit muss uns bewusst sein, dass der steigende Arzneimittelkonsum nicht ohne negative Auswirkungen auf die Umwelt bleibt. Besonders im Hinblick auf die Wildsammlung von Arzneipflanzen sowie die Herstellung und Entsorgung von Arzneimitteln, deren Verpackung und Werbematerialien ist der Umweltschutz zu lange vernachlässigt worden.

Wir fordern daher:

- Konsequenter Umweltschutz durch die Beschränkung des Arzneimittelangebotes auf notwendige Arzneimittel. Die Herstellung überflüssiger Arzneimittel bedeutet Ressourcenverschwendung und erhöht die Umweltbelastung.
- Bei der Zulassung von Humanarzneimitteln muss deren Umweltverträglichkeit nicht nur Prüfkriterium, sondern auch zulassungsrelevant sein.
- Die Entwicklung von Produktionstechnologien und analytischen Methoden unter ökologischen Gesichtspunkten.
- Die Beschränkung des in Apotheken vorgeschriebenen Reagenziensatzes auf umweltverträgliche und unbedingt notwendige Prüfsubstanzen. Zentrale Untersuchungsinstitute sind hier eine Alternative.
- Wirksame Kontrollen, damit das Müllproblem der industrialisierten Länder nicht durch den Export von Giftmüll in die Dritte Welt verlagert wird.

Unsere Forderungen beziehen sich auch auf die umweltgerechte Anwendung von Tierarzneimitteln.

Wir unterstützen alle Bemühungen zum Ausstieg aus der Atomenergiewirtschaft und die Entwicklung von Programmen der alternativen Energiegewinnung.

## 6. Bioethik

Die Ausbeutung der natürlichen Ressourcen hat mit der Entwicklung der Bio- und Gentechnologie eine neue Dimension erreicht. Der Aneignung von materiellen Gütern folgt nun die Privatisierung der genetischen Vielfalt der Natur durch die Agrar- und Pharmaindustrie. Wir verurteilen Biopiraterie, d. h. die Privatisierung und Aneignung von Leben durch Patente.

Durch massive Lobbyarbeit im europäischen Parlament gelang es der Industrie 1998, die Richtlinie „Rechtlicher Schutz biotechnologischer Erfindungen“ durchzusetzen, die zum ersten Mal eine Patentierung auf Pflanzen, Tiere, menschliche Gene und Teile des menschlichen Körpers legalisiert hat.

Wurde mit der Biopatentrichtlinie der Grundstein für die Verwertung von Leben gelegt, so bildete das im Jahre 2003 beendete Humangenomprojekt und das Folgeprojekt ENCODE den Höhepunkt an theoretischen Grundlagen für eine grundlegend veränderte medizinische (Reproduktions-)Diagnostik, Arzneimittelentwicklung, Gentherapie und Regenerationsmedizin.

Nach unserer Überzeugung schaffen es genetische Tests nicht, Erkrankungsrisiken zu kontrollieren und zu korrigieren, sondern erzeugen nur neue Unsicherheiten. Wir wehren uns dagegen, dass Gendiagnostik immer mehr als Teil einer präventiven Medizin verstanden wird.

Wir protestieren gegen kommerzielle Gentestanbieter, die ohne Information und Beratung das „genetische Risiko“ feststellen. Wir vertreten generell den Arztvorbehalt für genetische Testungen. Eine Regulierung wie auch die Problematisierung des Datenschutzes ist dringend nötig.

Der Regierungsentwurf zum Gendiagnostikgesetz unterläuft zudem das Ziel, dass Menschen auf Grund ihrer genetischen Eigenschaften diskriminiert werden, in dem er u. a. Gentests für MigrantInnen vorsieht.

Noch hält in Deutschland das restriktive Embryonenschutzgesetz Versuchen zur Aufweichung stand. Anfang 2008 beschloss der Bundestag jedoch eine Erneuerung der umstrittenen Stichtagsregelung. In der vom Europarat 1997 verabschiedeten Bioethik-Konvention wird jedoch die Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen erlaubt und das Klonen von Menschen nur teilweise untersagt.

Eine adäquate Technologiefolgenabschätzung ist derzeit nicht möglich. Inhalte und Ziele der Gentechnologie werden von wirtschaftlichen Interessen bestimmt, ohne die Öffentlichkeit daran zu beteiligen oder ihre Bedürfnisse zu berücksichtigen.

Das lehnen wir ab und fordern daher bioethische Mindeststandards:

- keine Freisetzung gentechnisch manipulierter Organismen, die zur Produktion rekombinanter therapeutischer Proteine geschaffen werden
- keine Freisetzung von Pharmapflanzen, da pharmazeutische Wirkstoffe unkontrollierbar in Nahrungspflanzen ausgekreuzt werden und damit die Nahrungskette verunreinigen
- keine Patentierung von (gentechnisch veränderten) Lebewesen
- restriktiver Datenschutz für das menschliche Genom, insbesondere für die sich ausweitende Biobankforschung
- staatliche Förderung einer umfassenden Sicherheitsforschung
- Verbot militärischer Forschung mit gentechnischen Methoden
- Verbot des Eingriffs in die menschliche Keimbahn
- Verbot der (Gen-)Forschung an menschlichen Embryonen
- Verbot des Klonens von Menschen
- Verbot der fremdnützigen (Gen-)Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen

Deshalb unterstützen wir die Arbeit des Gen-ethischen Netzwerkes (GeN).