VDPP • RUNDBRIEF

19. Jahrgang 66 4 / 2007

Mitteilungen des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

Unsere Ziele:

- Demokratisierung des Gesundheitswesens
- Verantwortungsvolle Arzneimittelversorgung
- Berufspraxis in einem sozial orientierten Heilberuf
- umsatzunabhängige Apotheken
- ökologische Kriterien bei der Arzneimittelproduktion
- verbraucherfreundliche Arzneimittelgesetzgebung

- unabhängig
- überparteilich
- patientenorientiert

RB 66 aus dem INHALT

Systemwechsel durch die Hintertür

Interview mit Rolf Rosenbrock

Arzneimittel im GKV-WSG

Substitutionstherapie mit retardiertem Morphin

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

der Schwung der letzten Mitgliederversammlung hält weiter an, schon wieder liegt ein neuer Rundbrief vor euch. Wir hoffen, dass euch der eine oder andere Beitrag gefällt, und wir wünschen uns, dass vielleicht auch einmal ein Beitrag, mit dem ihr weniger übereinstimmt, eine Diskussion im Rundbrief anregen kann.

Und noch eine Bitte: Wollt ihr auch auf dem Titelblatt des nächsten und übernächsten Rundbriefs wieder ein Bild von der Bootsfahrt während der Berliner MV sehen? Ihr wollt nicht? Dann schickt uns Fotos, die irgendetwas – und sei es nur am Rande – mit Pharmazie oder Gesundheitspolitik zu tun haben, egal ob Papier oder Datei.

Nun aber genug der Ermahnungen, setzt euch hin und vertieft euch in diesen Rundbrief.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

das Redaktionsteam

Redaktionsschluss für den VDPP-Rundbrief Nr. 67: 31. Mai 2007

INHALT

Grußwort des Vorstands
Bernd Rehberg *3*

Der Systemwechsel kommt durch die Hintertür
Ingeborg Simon *4*

Schuldprinzip: ein Fuß in der Tür
Interview mit Rolf Rosenbrock *6*

Arzneimittel im GKV-WSG
Ulrike Faber *8*

Heroin: Mittel der ersten Wahl für die Erhaltungstherapie?
Therese Unbehaun *10*

Vorstandssitzung vom 16. 12. 2006
Uschi Blöcker *14*

Stellungnahme zum DAMA-Errichtungsgesetz
Thomas Schulz *15*

Antwort von Bündnis 90/ Die Grünen
Reinhard Bütikofer *16*

TERMINE *17*

DOKUMENTATION

Zecken haben kein Gewinde
GPSP *18*

Wirtschaftsförderung oder Verbraucherschutz? *19*

Wie kann Gesundheitswissen öffentlich gemacht werden?
BUKO Pharmakampagne *19*

Kritik an Eckpunkten zum Gentechnikrecht
vzbv *20*

What is more dangerous to your health: flu or Tamiflu?
ISDB *21*

Versprochen ist versprochen
AIDS-Kampagne *21*

Urteil des OVG Berlin-Brandenburg *22*

IMPRESSUM

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

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

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

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

Grußwort des Vorstands

Liebe Leserinnen und Leser,

kennt ihr den: Treffen sich zwei Planeten im Weltall, sagt der eine: „Na, wie geht's?" Antwortet der andere: „Ach, nicht so gut", „Wieso, was ist denn los?", „Ach, ich habe Homo sapiens", „Ach so, mache dir keine Sorgen, das habe ich auch gehabt, das verschwindet von alleine wieder!".

Genauso wird es kommen, wenn wir den Umweltschutz nicht ernster nehmen, den CO_2-Ausstoß nicht erheblich verringern. Tempolimit in Deutschland, das wage einmal einer zu fordern, da kocht die Volksseele hoch. Meine beiden Neffen, 19 und 22 Jahre alt, beim Mittagessen: „Wenn das einer versucht, dann gehen wir auf die Barrikaden, da sollen die anderen erst mal den CO_2-Ausstoß verringern, die Amerikaner, die Chinesen. Uns diese Freiheit zu nehmen, dagegen werden wir kämpfen – immer nur Regeln, Regeln und Verbote, die sollen erst mal woanders beginnen!"

VDPP-Mitgliederversammlung 2007

8. – 10. Juni 2007

Hanns-Lilje-Haus
Knochenhauerstraße 33
30150 Hannover

Es ist doch wirklich erstaunlich, über alles gibt es in Deutschland Gutachten und Untersuchungen, nur was ein Tempolimit uns bringen würde, darüber gibt es keine Untersuchung. Da müssen wir nach England schauen, dort gibt es jedes Jahr einen Bericht, wie schnell die englischen Autofahrer unterwegs sind. In Deutschland gibt es darüber keine Zahlen. In England würde ein Tempolimit von 100 km/h, wenn alle sich daran hielten, eine Einsparung von 5 % beim CO_2-Ausstoß bringen. Tempo 120 km/h brächte immer noch 3 %! Das würde sich bei uns in Deutschland noch erhöhen, wenn wir Deutschen im Durchschnitt schneller fahren als die Engländer – und davon gehe ich aus!

Ich weiß, ich weiß, das ist alles eine Petitesse gegen die Umweltbelastung des Flugverkehrs, aber wenn wir die Erderwärmung eindämmen wollen, müssen wir an allen Fronten kämpfen.

Aber nun zum Gesundheitswesen. Oha, der Schierlingsbecher ist an uns vorüber gegangen! Ja, ist er das denn wirklich?! Es bleibt die Erhöhung des Krankenkassenrabatts von 2 Euro auf 2,30 Euro, also die Senkung des verbleibenden Aufschlags von 6,10 Euro auf 5,80 Euro. Das sind wieder einmal 6 bis 7 % vom Gewinn – so wird die „Präsenzapotheke" Schritt für Schritt in die Pleite geführt. Ich sehe das genau, wie lange kann und wird es noch so weitergehen können?

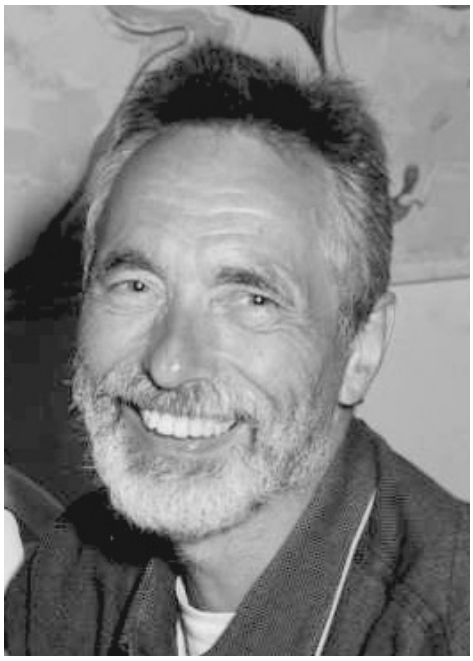
Aber nun diskutiert einmal mit euren Freunden, Bekannten und Verwandten. Das Verständnis für die Probleme der Apotheken ist im Gegensatz zu dem von vor fünf Jahren sehr viel besser geworden, aber es bleiben die hohen Preise der „Präsenzapotheke" im Vergleich zum Ausland und zum Internet. Dagegen an zu diskutieren ist verdammt schwer – jedenfalls für mich. Versorgung um die Ecke, Beratung, Arzneimittelsicherheit, der Schnack mit den Alten am Handverkaufstisch, die Blume zum Frühlingsanfang, die Arbeitsplätze – alles Allgemeinplätze, wo sind die Fakten, wo die Zahlen! Ich weiß, ich habe Recht, aber ich spüre auch, ich komme an die Menschen nicht wirklich heran: „Aber, die vielen Apotheken, an jeder Ecke eine, und Pleiten? Wo denn, bei uns im Stadtteil hat noch eine Apotheke neu aufgemacht!"

Es ist zum auf die Bäume klettern, denn was ist das alles im Gegensatz von nur

- *einer* guten Beratung, die Schaden am Menschen, am Patienten verhindert hat,
- *einem* guten, praktischen Tipp für die Lebensführung an
- *einem* Tag in jeder deutschen Apotheke.
- Das sind 21.500-mal 365 Tage Gesundheit für unsere Mitbürgerinnen und Mitbürger,
- ist das nicht Berechtigung genug?
- Ich sage: Ja, das ist es,
- und deshalb muss jetzt unbedingt Schluss sein mit den Einsparungen.

Das jedenfalls ist meine Meinung

Bernd Rehberg
(für den Vorstand des VDPP)



Der Systemwechsel kommt durch die Hintertür

von Ingeborg Simon

Vor der parlamentarischen Verabschiedung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) wurden im Verlauf mehrtägiger Anhörungen viele Stellungnahmen dazu abgegeben. Die wichtigsten Beteiligten auf der Kosten- und Leistungsträgerseite kamen zu Wort. Allerdings beschränkten sich fast alle auf lobbyistisch geprägte Aussagen und verzichteten darauf, den Gesetzentwurf im Ganzen in gesellschafts- und gesundheitspolitischer Hinsicht zu bewerten. Eine der wenigen rühmlichen Ausnahmen war die Stellungnahme des VDÄÄ, die zu der Schlussfolgerung kam, dass mit der Einführung von Elementen einer Kopfpauschale und von Elementen der Privaten Krankenversicherung in die GKV ein weiterer Schritt der Transformation des auf Sozialausgleich beruhenden Gesundheitswesens in Deutschland vollzogen wird.

Ich teile diese Einschätzung, auch da, wo sie vor der drohenden Privatisierung unserer solidarisch organisierten Gesetzlichen Krankenversicherung warnt. Ergänzend hinzufügen möchte ich, dass die Anfänge dieses einst unauffällig scheibchenweise eingeleiteten Prozesses weit zurückreichen, mindestens bis zum Beginn der 80er-Jahre. Es begann mit der Einführung einer geringen Rezeptblattgebühr für Arzneimittel, die schon bald in eine Arzneimittelzuzahlung pro Verordnung überführt wurde sowie ersten Leistungsausgrenzungen. Spätestens mit den Beschlüssen von Lahnstein 1992 unter der gesundheitspolitischen Verantwortung von Minister Seehofer (CSU), die den Wettbewerb zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen einführten, wurden die von der Politik damit verfolgten Deregulierungs- und Ökonomisierungsabsichten der GKV offenkundig.

Ideologisch flankiert wurden diese Maßnahmen von neoliberalen „think tanks“ und den ihnen nahe stehenden Experten in der Rolle hoch dotierter Hilfstruppen der politischen Exekutive (sog. Expertenkommissionen). Regierungskoalitionen aller Couleurs von schwarz-gelb über schwarz-rot bis rot-grün ließen sich als „Vollstrecker“ des eingeleiteten Ökonomisierungs- und Privatisierungsprozesses instrumentalisieren. Die seit Beginn der 80er-Jahre verabschiedeten Kostendämpfungs- und Reformgesetze vom Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz 1983 über das Gesundheitsreformgesetz 1989, das Gesundheitsstrukturgesetz 1992, das Beitragsentlastungsgesetz 1996, das 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz 1997 bis hin zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 und GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 bilden jeweils Etappen auf dem geduldig aber hartnäckig verfolgten Weg in die ordnungspolitisch sich verändernde gesundheitliche Versorgungslandschaft neoliberaler Prägung.

Neue Begriffe markieren diesen Wandel, der für den Sozialstaat und seine Wertvorstellungen zur Bedrohung geworden ist. Der gesetzlich Krankenversicherte hat sich daran gewöhnt, als Kunde wahrgenommen zu werden, der bei einem Serviceunternehmen versichert ist und Gesundheitsprodukte oder -dienstleistungen nachfragt. Aus dem leidenden Patienten wurde der eigenverantwortlich handelnde mündige Bürger, aus dem Arzneimittel eine Ware.

Mit dem GKV-WSG hat die endgültige Demontage des Solidaritätsprinzips die Zielgerade erreicht. Das Tempo, mit dem jetzt ganz unverhohlen auf die Auflösung der Solidargemeinschaft der GKV hingearbeitet wird, hat zuvor mit dem von Rot-Grün ein- und durchgebrachten Gesundheitsmodernisierungsgesetz eine deutliche Beschleunigung erfahren u. a. über enorme Zuzahlungsausweitungen, weitere Leistungsausgrenzungen, Wettbewerbsverschärfungen innerhalb des GKV-Systems, die Übernahme von Privatisierungselementen aus der Privaten Krankenversicherung wie Kostenerstattungs-, Prämien- und Selbstbehaltsregelungen für freiwillig Versicherte, die jetzt erlaubte früher als wettbewerbswidrig verurteilte Vermittlung von privaten Zusatzversicherungen durch die gesetzlichen Kassen, die Abschaffung der Härtefallregelung für sozial Benachteiligte und die Einführung der Praxisgebühr beim Arztbesuch. Alle diese Maßnahmen gehen vor allem zulasten von finanzschwachen Bevölkerungsgruppen und verschärfen den Trend der Risikoselektion innerhalb des GKV-Systems. Ganz offenbar wurde von der Politik dabei billigend in Kauf genommen, dass eine wachsende Zahl von GKV-Mitgliedern trotz ihrer gesetzlich garantierten Rechte auf eine ausreichende humane medizinische Versorgung gem. SGB V diese nicht mehr realisieren kann, weil ihnen die für Zuzahlungen und Praxisgebühr erforderlichen Finanzen nicht zur Verfügung stehen. Sozial und finanziell Benachteiligte wie Hartz-IV-Empfänger, Sozialhilfebezieher, Heimbewohner, behinderte und chronisch kranke Menschen, Bafög-Studenten und Wohnungslose werden an der Wahrnehmung ihrer gesundheitlichen Rechte gehindert. Die Solidarität des Starken mit dem Schwachen kommt nicht mehr zur Wirkung.

Gleichzeitig wurde Besserverdienenden die Möglichkeit eröffnet, vom Gesetzgeber gestrichene Leistungen durch private Zusatzversicherungen „zurückzukaufen“. Besserverdienende belastet der ausgeweitete Trend zur Privatisierung gesundheitlicher Risiken finanziell weniger, während der Obdachlose am Bahnhof Zoo in Berlin zehn Euro erbetteln muss, um die im Bahnhof angebotene ärztliche Betreuung in Anspruch nehmen zu können.

Dieser mit dem GMG sanktionierte Entsolidarisierungsprozess erfährt jetzt mit dem GKV-WSG eine nochmalige Steigerung u. a. mit der

- Einführung einer einkommensunabhängigen Kopfpauschale für alle GKV-Mitglieder,
- Verschärfung des Verschuldensprinzips,
- Aufweichung der Überforderungsklausel für chronisch Kranke,
- Ausweitung von Teilkasko-, Selbstbehalts-, Prämien- und Kostenerstattungsmodellen auf alle GKV-Mitglieder, die es sich finanziell und gesundheitlich leisten können und dafür mit Prämien und Beitragsrückerstattungen aus dem Kassentopf belohnt werden,
- Nichtanrechnung von Krankenhauspauschalen auf die Überforderungsregelung,
- Zuzahlung für verordnete innovative Arzneimittel, wenn der Hersteller sich nicht zur Einhaltung eines Höchstbetrages bereit erklärt,
- Ausdünnung einer flächendeckenden wohnortnahen Versorgung durch die Reduzierung der Anbieterzahlen (bei Hilfsmitteln und im Rahmen von Sonderverträgen).

Alle diese Maßnahmen treffen arme und kranke Menschen ganz besonders, da sie größeren gesundheitlichen Gefährdungen ausgesetzt sind und von daher einen höheren Versorgungsbedarf haben, den sie aber wegen der damit verbundenen Zuzahlungen nicht befriedigen können. Gleichzeitig werben die Kassen in einem harten Verdrängungswettbewerb untereinander mit Anreiz- und Belohnungsinstrumenten um sog. gute Risiken.

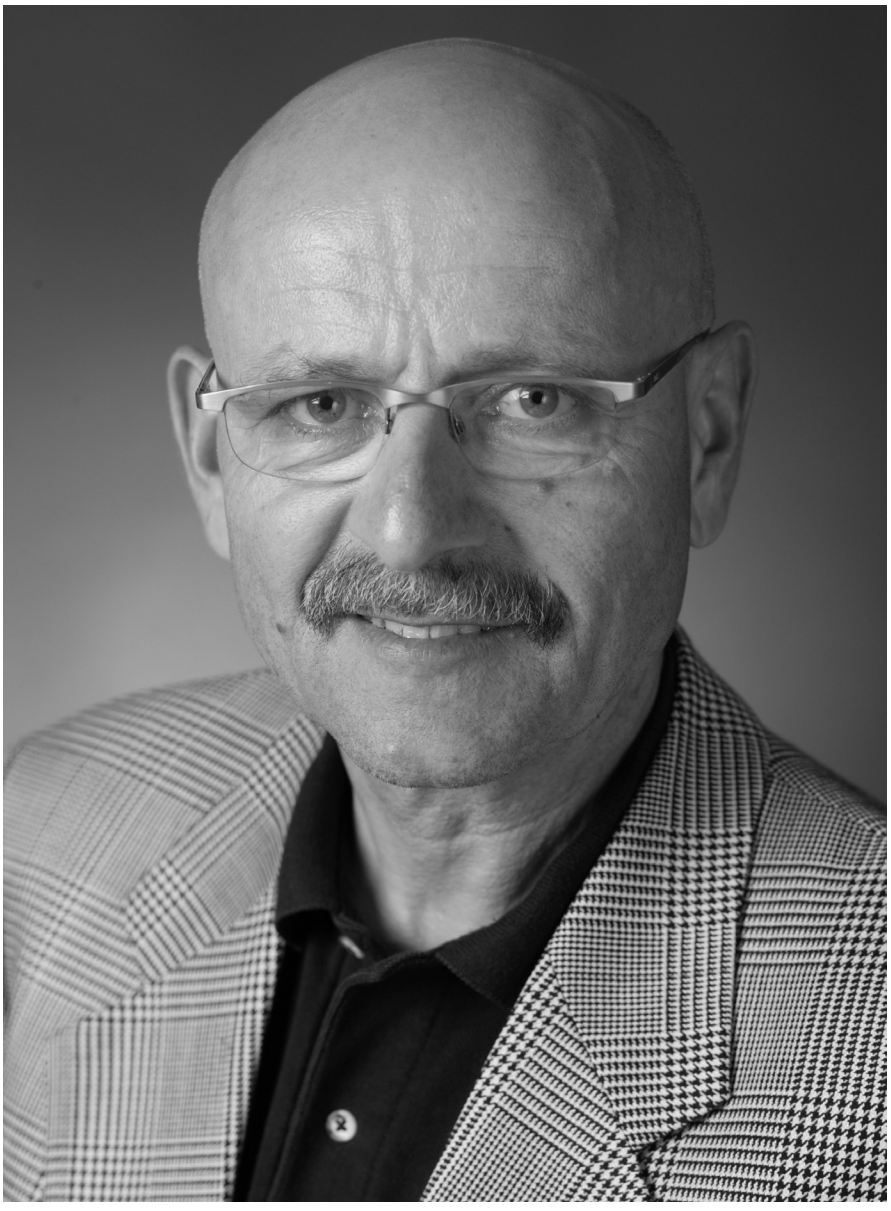
Seit vielen Jahren werden die bei uns beschlossenen und umgesetzten „Gesundheitsreformen“ mit ihrem wachsenden Anteil an GKV-fremden d. h. unsozialen Elementen auch vom Europäischen Gerichtshof mit großer Aufmerksamkeit verfolgt. Deutsche Kommentare zur EuGH-Rechtssprechung im Bereich der Sozialversicherung warnen immer öfter vor den wettbewerbsrechtlichen Folgen der Deregulierung und Entsolidarisierung in der GKV. In einem interessanten Aufsatz vom November 2006 (Soziale Sicherheit 11/06) macht Prof. R. Schlegel, Richter am Bundessozialgericht in Kassel, darauf aufmerksam, dass der Europäische Gerichtshof bisher noch anerkennt, dass die Träger unserer Sozialversicherung im Leistungsbereich keine wirtschaftliche Tätigkeit ausüben im Sinne des europäischen Wettbewerbsrechts, weil sie nach dem Grundsatz der Solidarität rein soziale Zwecke erfüllen ohne jegliche Gewinnerzielungsabsicht. Unter Verweis auf das GKV-WSG fährt Prof. Schlegel dann fort: „Je mehr die Sozialversicherungsträger nach Prinzipien und Gesichtspunkten der privaten Versicherungswirtschaft agieren dürfen, desto eher liegt eine wirtschaftliche und keine soziale Tätigkeit vor, mit der Folge, dass das europäische Wettbewerbsrecht zur Anwendung gelangen kann. Dies gilt erst recht, wenn der Gesetzgeber den Kassen selbst klassische wettbewerbssichernde Maßnahmen wie Ausschreibungen und Vergabeverfahren zur Pflicht macht. Das GKV-WSG geht diesen Weg.“ Er fragt sich deshalb, wie lange der EuGH noch bei seiner bisherigen Rechtsauffassung bleiben wird, also die Sozialversicherung nicht dem wettbewerblichen Unternehmensbegriff unterwirft. Sollte der EuGH angesichts des in Kraft getretenen GKV-WSG den sozialen Charakter der GKV, der auf dem Grundsatz der Solidarität zugunsten finanziell und gesundheitlich benachteiligter Menschen beruht, nicht mehr gewahrt sehen, dann wird er einen qualitativen Wandel des gesamten Steuerungssystems in der Gesundheitspolitik einleiten, der das Ende für die solidarische Krankenversicherung bedeutet und die Schleusen für den freien Waren-, Kapital-, Personen- und Dienstleistungsverkehr und -wettbewerb in der Europäischen Union für den Gesundheitsdienstleistungssektor weit öffnet. Bolkestein-Richtlinie ante portas als reale Drohung dank der Einführung des GKV-WSG!

Schuldprinzip: ein Fuß in der Tür

Interview mit Rolf Rosenbrock

Im gesundheitspolitischen Diskurs wird inzwischen ganz offen über Sanktionen für „Vorsorgemuffel" diskutiert. Anfang Februar hat der Bundestag beschlossen, dass Versicherte, die bestimmte Früherkennungsuntersuchungen nicht wahrgenommen haben, finanziell stärker belasten werden. Der GID sprach mit dem Experten für Gesundheitspolitik, Rolf Rosenbrock, über Sinn und Unsinn der Vorsorgepolitik.

Herr Rosenbrock, vor kurzem wurde in Deutschland eine Schutzimpfung gegen Gebärmutterhalskrebs zugelassen. Sie wird als nahezu sichere Vorsorgemaßnahme gegen eine Infektion mit bestimmten Papillomaviren und damit in Zusammenhang gebrachtem Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) gehandelt. Voraussetzung ist, dass „rechtzeitig" – bereits im Alter von circa neun Jahren, noch vor dem ersten „sexuellen Kontakt" – geimpft wird. Wie sind diese Versprechen ihrer Ansicht nach zu beurteilen?



Am Zervixkarzinom erkranken derzeit in Deutschland circa 6.000 Frauen, circa 2.000 sterben jährlich daran. Gleichzeitig ist das Zervixkarzinom eine der wenigen Krebsarten, bei denen eine Virusinfektion eine notwendige aber keine hinreichende Bedingung der Krankheitsentwicklung ist. Wenn es gelingt durch eine Impfung, wie jetzt versprochen, 60 bis 70 Prozent dieser Infektionen sicher zu verhindern und entsprechend die Entstehung des Zervixkarzinoms zu senken, wäre das ein Fortschritt.

Im US-Bundesstaat Michigan wurde im September letzten Jahres ein Gesetz erlassen, dass die Impfung für Mädchen ab der sechsten Klasse verpflichtend macht. Sind solche Forderungen im derzeitigen Vorsorge-Diskurs auch in Deutschland wieder „ salonfähig" geworden?

Über die Situation in den USA weiß ich nichts. Ich glaube, das Problem bei Zervixkarzinom ist, wie bei den meisten Krankheiten, dass Menschen aus sozial benachteiligten Schichten daran wesentlich häufiger erkranken als Menschen aus besser gestellten Schichten. Gleichzeitig erreichen Früherkennungsuntersuchungen und auch Impfungen Menschen aus unteren Sozialschichten schlechter. In Deutschland halte ich eine Pflichtimpfung auf Zervixkarzinom für unwahrscheinlich. Es gibt in Deutschland keine Pflichtimpfung. Alle Impfungen sind freiwillig, und wir sind darauf angewiesen, im Falle wichtiger und erfolgreicher Impfungen durch Mobilisierung und Überzeugungsarbeit die Teilnahme zu erreichen. Eine Pflichtimpfung wäre mit der deutschen Rechtslage kaum vereinbar.

Im gesundheitspolitischen Diskurs wird aber inzwischen ganz offen über Sanktionen für „Vorsorgemuffel" diskutiert. Beispielsweise gibt es den Vorschlag, erkrankte Versicherte, die bestimmte Früherkennungsuntersuchungen nicht wahrgenommen haben, finanziell stärker zu belasten. So sieht es jedenfalls der Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Wettbewerbsstär-

kung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (1) vor. Was ist genau geplant und welche Vorsorgeuntersuchungen beziehungsweise Erkrankungen sind davon betroffen?

Es ist derzeit noch nicht absehbar, was letztlich im Gesetz stehen wird. In der von Ihnen zitierten Fassung war vorgesehen, dass Versicherte, die angebotene Früherkennungsuntersuchungen nicht in Anspruch nehmen und dann die Zielkrankheit entwickeln, künftig zwei Prozent, statt bisher ein Prozent ihres Bruttoeinkommens als Zuzahlung zu leisten haben. Das heißt, die Höhe der Belastungsgrenze würde für diese Patienten zur Strafe glatt verdoppelt werden. Das ist angesichts des sehr unklaren Nutzens vieler Früherkennungsuntersuchungen nicht vertretbar. Bei Brustkrebs halte ich es zum Beispiel durchaus für notwendig, dass eine Frau sich aufgrund genauer Kenntnisse der erwünschten und unerwünschten Wirkungen von Früherkennungsuntersuchungen auch dagegen entscheiden können muss, ohne dafür bestraft zu werden.

Das Nordic Cochrane Centre in Kopenhagen (2) kommt in einer neuen Übersicht zu einer äußerst kritischen Bewertung der Mammographie. So wird die Reduktion der Brustkrebssterblichkeit von den häufig genannten 30 Prozent auf 15 Prozent nach unten korrigiert. Welche Rolle spielen solche wissenschaftlichen Untersuchungen?

Sicherlich ist es gut, dass wir mittlerweile weltweit Cochrane-Zentren haben, die Evidenz, das heißt Wirksamkeitsbelege, für medizinische Interventionen gründlich untersuchen. Und nach diesen Untersuchungen müssen 2.000 Frauen zwischen 40 und 64 Jahren zehn Jahre regelmäßig an qualitativ sehr gut gemachten Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen, damit eine einzige von ihnen länger überlebt. Bei zehn der 2.000 Frauen wird fälschlicherweise Brustkrebs diagnostiziert. Sie werden unnötigerweise behandelt und damit auch stark psychisch und gesundheitlich belastet. Hinzu kommt, dass 200 von den 2.000 Frauen zunächst erst einmal mit einer falsch positiven Diagnose konfrontiert werden, die dann erst im weiteren Verlauf abgeklärt werden kann. Wir müssen immer zur Kenntnis nehmen, dass bei Früherkennungsuntersuchungen ganz regelmäßig zunächst einmal mehr falsch positive als richtig positive Ergebnisse anfallen. Es gibt praktisch bei jeder medizinischen Intervention nicht nur erwünschte, sondern immer auch unerwünschte Wirkungen. Dabei liegen diese Wirkungen oft auf unterschiedlichen Ebenen, so dass es nicht leicht ist, sie gegeneinander fair abzuwägen. Die moderne Gesundheitswissenschaft plädiert in diesen Fällen dafür, sehr viel mehr Verantwortung und das heißt auch, Information und Kompetenz bei den Versicherten und Patienten zu entwickeln. Der Regierungsentwurf zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz spricht aber exakt die gegenteilige Sprache. Er ist ein Schlag gegen den Gedanken der Patientenbeteiligung und setzt stattdessen auf autoritäre Formen, Normen und Bestrafungen.

Im Ratgeber „Untersuchungen zur Früherkennung Krebs. Nutzen und Risiken" der Stiftung Warentest (3) werden die meisten Untersuchungen als nicht sinnvoll bewertet. Sind diese Ergebnisse ernst zu nehmen?

Die Untersuchungen der Stiftung Warentest folgen der von mir eben genannten Entscheidungsregel: erwünschte und unerwünschte Wirkungen zu ermitteln und dann gegeneinander abzuwägen. In der Pharmakologie, in der gesamten Medizin und auch in der Gesundheitspolitik sollte die Regel gelten, dass eine Maßnahme nur dann ergriffen werden darf, wenn die erwünschten Wirkungen erheblich sind, mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eintreffen und erheblich größer sind als die unerwünschten Wirkungen. Außerdem müssen die unerwünschten Wirkungen insgesamt tolerabel sein. Diese Entscheidungsregel lässt natürlich im Einzelfall viel Luft für Diskussionen und Kontroversen, die man sicherlich nicht - wie es im Fall des Gesetzentwurfes geschehen ist - allein von Politikern und medizinischen Kapazitäten ohne Beteiligung von Patientenvertretern führen kann.

Werden Ihrer Meinung nach die Kontroversen, die es in der Fachwelt zu den Früherkennungsuntersuchungen gibt, in der Gesundheitspolitik berücksichtigt?

Das ist von Fall zu Fall verschieden. Generell ist es ein sehr großes Problem, wissenschaftliche Ergebnisse in den politischen Entscheidungsprozess einzubringen, weil Politik nach anderen Kriterien und oft auch nach anderer Logik entscheidet als Wissenschaft. Was die Früherkennungen betrifft, so muss man glaube ich darauf hinweisen, dass von Medizinern durchgeführte Maßnahmen immer eine erheblich bessere Durchsetzungschance in der Politik haben als zum Beispiel Maßnahmen der nicht-medizinischen Primärprävention. Das liegt einfach daran, dass der medizinische Apparat eine sehr viel bessere Lobby im Politikbereich hat.

Es finden zunehmend wissenschaftliche Ergebnisse zu Kosten-Effektivitäts-Bewertungen Eingang in die Entscheidungen der Politik. Daran kann kein Zweifel bestehen. Aber man kann sehr wohl darüber streiten, ob sich diese Tendenz schnell und stark genug durchsetzt. Und sicherlich wird es nicht funktionieren, wenn nicht immer wieder Druck ausgeübt wird. Denn wenn kein Druck ausgeübt wird, dann regeln das im Zweifel immer die für Intervention votierenden Mediziner und Politiker unter sich. Und das muss nicht immer Ergebnisse haben, die für die Versicherten und Patienten gut sind.

Die geplante Regelung würde bedeuten, dass Versicherte nicht mehr selbstbestimmt über Früherkennungsuntersuchungen entscheiden dürfen. Im Gegenteil, mit der geplanten finanziellen Belastung würde das Verschuldungsprinzip Realität. Wie ist das zu beurteilen?

Nach wissenschaftlichen Maßstäben ist die Evidenz für Früherkennungsuntersuchungen auf Zervix-

karzinom, Brustkrebs, Darmkrebs sowie auch für Bluthochdruck, Zucker und Herz-Kreislauf-Erkrankungen gegeben. Für alle anderen Früherkennungs-Screenings gibt es keine hinreichende Evidenz nach den internen Maßstäben der Wissenschaft. Eine zweite Frage ist das Verschuldensprinzip. Wir haben seit 1883 in Deutschland eine verschuldensunabhängige Krankenversicherung und das hat auch gute historische und sozial friedensstiftende Gründe. Denn wenn man zum Beispiel die Finanzierung der Krankenversorgung von Verschulden abhängig machen wollte, müsste man zweifellos auch Arbeitgeber heranziehen, die durch schlechte Organisation und Stress überdurchschnittlich hohe Krankenstände produzieren. Das Prinzip der Verschuldensunabhängigkeit ist im gegenwärtigen Gesetzentwurf stark beschädigt. Da wird zwar noch ganz harmlos davon ausgegangen, dass die gesundheitlichen Folgen von medizinisch nicht indizierten Eingriffen wie Piercings oder Tattoos nicht mehr voll von der GKV bezahlt werden sollen. Aber dies ist wie oft in der Gesundheitspolitik nur ‚der Fuß in der Tür'. Wenn die Tür dann weiter aufgeht, stehen dort nicht mehr nur Spaßthemen wie Piercing und Tattoo, sondern sicherlich auch Rauchen, Bewegungsmangel und ungeschützter Geschlechtsverkehr als – Zitat: „medizinisch nicht indiziertes Verhalten" – als verschuldensauslösend auf der Tagesordnung. Das aber wäre Versicherung nach dem individuellen Risiko und nicht mehr wie heute Versicherung nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des/der Einzelnen. Das wäre das Ende der GKV.

Das Interview führte Jana Böhme

(1) Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 25.10.2006, Gesetz und Dokumente zur Anhörung unter www.die-gesundheitsreform.de

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock, Jg. 1945, Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler, ist Leiter der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und lehrt Gesundheitspolitik u. a. an der Technischen Universität Berlin. Seine wichtigsten Themen sind die sozial bedingten Ungleichheiten von Gesundheitschancen, Präventionspolitik, betriebliche Gesundheitsförderung, sowie Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung. Er betreibt seit den 70er Jahren Gesundheitsforschung und Politikberatung und ist u.a. Mitglied im Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G), Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Mitglied des Nationalen Aids-Beirates (NAB) sowie des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH) etc.

(2) Die Cochrane Collaboration ist ein weltweites Netz von Wissenschaftlern und Ärzten, dessen Ziel es ist, systematische Übersichtsarbeiten zur Bewertung von medizinischen Therapien und Untersuchungen zu erstellen, aktuell zu halten und zu verbreiten. www.cochrane.org/ und www.cochrane.de/de/index.htm

(3) Untersuchungen zur Früherkennung Krebs. Nutzen und Risiken, Stiftung Warentest, 2005.

Das Interview erschien im Genethischen Informationsdienst 180, Feb./März 2007, http://www.genethisches-netzwerk.de/. Wir danken Jana Böhme, Prof. Rosenbrock und dem GID für die Genehmigung zum Abdruck.

Lexikon

Als **Primärprävention** gilt das Vorbeugen von Krankheiten. Das heißt, dass die Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheiten verringert werden sollen. Hierzu zählen viele vom Individuum nicht beeinflussbare Faktoren (Bildung, Einkommen, Stellung im Beruf, physische, psychische und soziale Belastungen), aber beispielsweise auch eine ausgewogene Ernährung, Bewegung, die Folsäure-Gabe in der Schwangerschaft, die Jodierung von Speisesalz. Eingeschlossen in die Primärprävention ist auch die Verminderung von Risikofaktoren wie Rauchen und Alkoholkonsum. Zudem werden Impfungen darunter gefasst, da durch Impfungen Infektionskrankheiten wie Tetanus, Diphtherie und Kinderlähmung verhindert werden können.

Davon abzugrenzen ist die **Sekundärprävention**. So soll eine Krankheit durch Früherkennungsmaßnahmen in einem möglichst frühen Zeitpunkt der Entstehung behandelt werden können. Bei der Früherkennung handelt es sich um eine vorverlegte Erst-Diagnose. Hierunter fallen alle Maßnahmen der Krebsfrüherkennung wie zum Beispiel die Mammographie oder die Koloskopie.

Der Begriff **Evidenz-basierte Medizin** steht für eine „beweisgestützte Heilkunde". Das heißt, es soll der wissenschaftliche Beweis geführt werden, dass eine medizinische Maßnahme sinnvoll ist. Ein zentraler Punkt der Evidenz-basierten Medizin ist, dass der Patient durch Aufklärung in medizinische Entscheidungen mit einbezogen werden soll. (Jana Böhme)

Quelle: http://de.wikipedia.org/

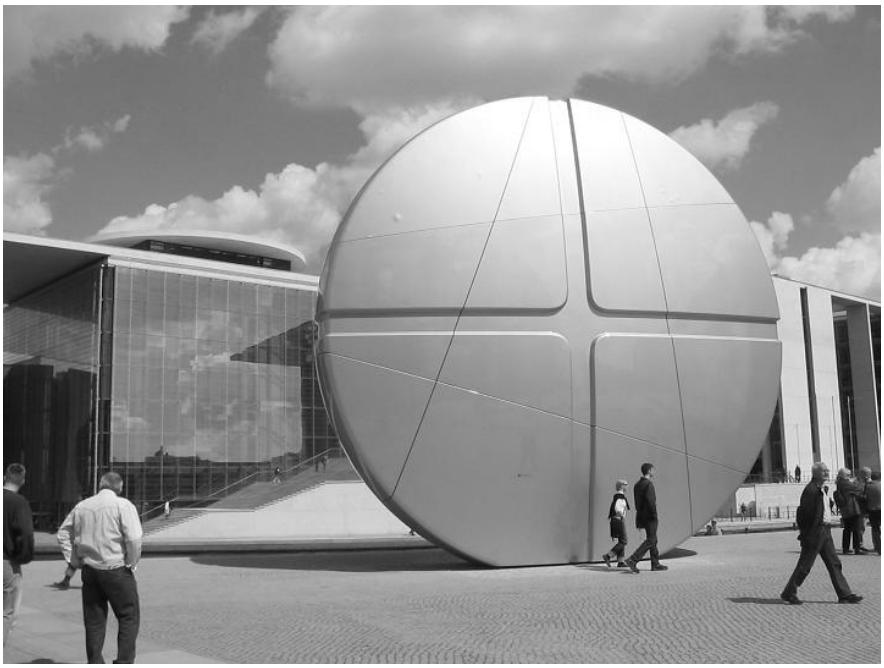
Arzneimittel im GKV-WSG

von Ulrike Faber

Das GKV-WSG hat viel mehr Auswirkungen auf den Arzneimittelbereich als nur unmittelbar die Offizinapotheke betreffend. Davon wurde aber in der Standespresse nach meinem Eindruck eher wenig berichtet.

Diese Gesetzesänderungen betreffen sowohl das SGB V als auch viele andere einschlägige Gesetze und Verordnungen wie das Apothekengesetz, die Apothekenbetriebsordnung, die Arzneimittelpreisverordnung usw.

Während viele neue Bestimmungen erst mit zeitlicher Verzögerung gelten, werden alle die Arzneimittel betreffenden Bestimmungen mit In-Kraft-Treten des GKV-WSG ab 1.4.2007 wirksam.



Folgende Änderungen wurden beschlossen:

Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln

Die Nutzenbewertung ist durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 im SGB V neu geregelt worden. Damals wurde das „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen" (IQWiG) gegründet, über das im letzten VDPP-Rundbrief berichtet wurde, und mit der Nutzenbewertung beauftragt. Dieser Auftrag wurde nun auch auf die Kostenbewertung (im Zusammenhang mit der Nutzenbewertung) erweitert, insbesondere für erstmals verordnungsfähige patentgeschützte Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen.

Angesichts der Tatsache, dass wir immer noch keine Positivliste haben, ist diese Aufgabe – auch im internationalen und europäischen Vergleich – überfällig und daher sehr begrüßenswert.

Leider soll die Bewertung erst erfolgen, wenn die Mittel bereits auf dem Markt sind. Am Beispiel von Sortis oder auch der Analoginsuline ist aber deutlich geworden, wie schwer Konsequenzen einer solchen Bewertung wie etwa Preissenkungen oder Verordnungseinschränkungen umzusetzen sind, wenn Arzneimittel sich erst einmal auf dem Markt etabliert haben.

Außerdem drängt sich der Eindruck auf, dass viele neue Bestimmungen in dem Gesetz, die die Bewertungsverfahren des IQWiG betreffen, geeignet sein könnten, Sand ins Getriebe dieser Arbeit zu werfen.

Höchstpreise für patentgeschützte Arzneimittel

Auf Basis der Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG können die Spitzenverbände der Krankenkassen Höchstpreise für patentgeschützte Arzneimittel festlegen. Dabei ist der pharmazeutische Unternehmer einzubeziehen, da seine Entwicklungskosten zu berücksichtigen sind. Der Höchstpreis kann auch mit dem pharmazeutischen Unternehmer direkt ausgehandelt werden.

Im Prinzip entspricht auch diese Regelung inzwischen Standards in vielen Ländern der Welt. Inwieweit die formulierten Ausnahmeregelungen die Bestimmung aufweichen können, bleibt abzuwarten.

Ein bitterer Kommentar in Financial Times Deutschland beklagt, dass die Industrie nun den letzten Standortvorteil in Deutschland verliere. Die Industrie werde kaum ihre Bücher offen legen. Also werde es auf die „Basar-Methode" hinauslaufen, und die Industrie werde die Krankenkassen in den Wettbewerb um die volle Kostenerstattung für ihr Produkt zwingen. Wir sehen also: Kaum steht das Gesetz, schon ist der Kampf angesagt.

Arzneimittel in klinischen Prüfungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung

Hier soll der indikationsüberschreitende Einsatz (off-label use) von zugelassenen Arzneimitteln in Studien ermöglicht werden, was bislang nicht möglich war.

Einerseits könnte dadurch, gerade im Falle seltener Erkrankungen, auch ein Erkenntnisgewinn organisiert werden, für den Krankenkassen bezahlen, die ohnehin die Versorgung ihrer Patienten finanzieren. Andererseits besteht die Gefahr

aber darin, dass Kosten für klinische Prüfungen von den Kassen getragen werden, während die Hersteller später die Nutznießer der Vermarktung sind.

Wir dürfen gespannt sein, wie diese neue Regelung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) mit Leben erfüllt wird.

Zweitmeinung für „besondere Arzneimittel"

Die Verordnung von sog. Spezialpräparaten mit hohen Jahrestherapiekosten und erheblichem Risikopotenzial soll künftig in Abstimmung mit einem „Arzt für besondere Arzneimitteltherapie" erfolgen. Die inhaltliche Ausgestaltung dieser Vorschrift obliegt ebenfalls dem GBA. Die Ärzte werden von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen regional bestimmt und müssen ihre Beziehungen zur Industrie einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offen legen.

In der Tat ist nicht mehr jede Arzneimitteltherapie von „normalen" Ärzten durchführbar. Zunehmend wird Spezialwissen benötigt. Schon heute werden viele dieser Arzneimittel in Spezialpraxen und Hochschulambulanzen verordnet; möglicherweise stellt sich jedoch die Versorgung in Flächenstaaten anders dar.

Pharmakritisch wird immer wieder beklagt, wie wenige Ärzte noch unabhängig arbeiten. Bezeichnungen wie „Mietmäuler" oder „habilitierte Pharmareferenten" beschreiben die Interessenlagen. Da es hier besonders um Versorgungsqualität (Schutz vor Über- und Fehlversorgung) und um hohe Ausgaben geht, wird es für die wirksame Umsetzung entscheidend sein, ob qualifizierte und unabhängige Ärzte ausgewählt werden.

Vereinfachung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die bisherige Zweistufigkeit der Überprüfung der wirtschaftlichen Verordnungsweise der Ärzte wird auf ein einfacheres Verfahren umgestellt; es lässt aber allen Beteiligten vor der Festlegung von Regressen ein Widerspruchsrecht.

Anpassung der Aut-idem-Regelung an Rabattverträge

Apotheken werden verpflichtet, Rabattverträge der Kassen nach § 130a bei der Aut-idem-Auswahl zu berücksichtigen.

Einerseits scheint es sinnvoll, den Rabattverträgen dadurch mehr Gewicht zu geben. Andererseits wird dadurch auch die politische Absicht konterkariert, den Apotheken ein kleineres Warenlager zu ermöglichen.

Verhandlungen über Zytostatikapreise

Die Versorgung mit Zytostatikazubereitungen durch Apotheken kann durch Verträge von Kassen mit Apotheken sichergestellt werden; dabei können auch Preisabschläge verhandelt werden.

Die derzeit geltenden Einkaufsbedingungen für Zytostatika und die Regelungen der Hilfstaxe ermöglichen herstellenden Apotheken z. T. exorbitante Gewinne. Hier die Festpreisbindung zu lockern, ist sicherlich ein sinnvoller und überfälliger Schritt.

Erhöhung des Apothekenrabatts an Krankenkassen

Der bisherige Rabatt wird von 2 Euro auf 2,30 Euro erhöht. Daraus werden Mehrbelastungen für die Apotheken in Höhe von 150 Mio. Euro entstehen.

Verzichtet wurde dafür in der letzten Aushandlungsphase des Gesetzes auf die Einbeziehung der Apotheken in Rabattverhandlungen, mit denen 1,1 Mrd. Euro Einsparpotenzial gehoben werden sollte. Mit 500 Mio. Euro sollten die Apotheker dafür haften. Für Rabattverhandlungen werden nun die Kassen weiterhin allein verantwortlich bleiben. Die Apotheker können sehr zufrieden sein.

Die so ausgehandelte Regelung wird in der pharmazeutischen Fachpresse als Erfolg gewürdigt; die Standesführung hat sich bei den politisch aktiven Kolleginnen und Kollegen bedankt.

Eine Anpassung des Rabatts hat das Gesetz für 2009 auferlegt. Angesichts weitergehender Diskussionen über zu hohe Distributionskosten in Deutschland wird es bei der gerade erreichten Beruhigung in den öffentlichen Apotheken nicht bleiben.

Auseinzelung

Die Abgabe von Teilmengen wird geregelt. Dabei werden Probleme der Arzneimittelsicherheit und Wirtschaftlichkeit zu sichern sein.

Weiterverwendung von nicht verbrauchten Betäubungsmitteln

In Gemeinschaftseinrichtungen (Alten- und Pflegeheimen, Hospizen) können BTM weiterverordnet und auch an Apotheken zurückgegeben werden.

Heroin: Mittel der ersten Wahl für die Erhaltungstherapie bei methadonintoleranten Schwerstabhängigen?

Argumente zur Begründung einer Fortführung des bundesdeutschen Modellprojektes zur diamorphingestützten Behandlung unter Erweiterung mit einem Morphinstudienarm

von Therese Unbehaun

Während sich die augenblickliche Diskussion der Suchttherapieexperten in Deutschland fast ausschließlich auf die Schweiz und inzwischen auch die Niederlande als Aushängeschilder einer erfolgreichen Regelversorgung u. a. mit Diamorphin (entspricht Heroin bzw. Diacetylmorphin) bei bestimmten Gruppen Heroinabhängiger fokussiert, bleibt die Situation in Österreich fast unbeachtet.

Hier wurden erstmals seit 1992 bei Patienten mit einer Heroinabhängigkeit, die eine Intoleranz bzw. Nebenwirkungen auf Methadon aufwiesen, Therapieversuche mit retardiertem Morphin durchgeführt.

Morphin wird von den österreichischen Patienten gut akzeptiert, führt zu einer hohen Haltequote und damit zum Erreichen eines wichtigen Zielparameters in der Erhaltungstherapie.

Bewertung des österreichischen Konzeptes unter pharmakologisch-pharmakokinetischen Aspekten

Heroin (Diacetylmorphin) ist als Vorstufe (Prodrug) von Morphin im menschlichen Organismus anzusehen, da nach seiner intravenösen Verabreichung innerhalb weniger Minuten u.a. die stark wirksamen Stoffwechselprodukte **Morphin** und **Morphin-6-glucuronid** sowie **Morphin-6-sulfat** entstehen. Auf Grund seiner höheren Lipophilie flutet Heroin im Vergleich zu intravenös verabreichtem Morphin schneller im ZNS an und erzeugt dabei vorübergehend eine stark euphorisierende Wirkung sowie intensives Wohlbefinden („flash").

Der Hauptabbauweg von **Morphin** nach oraler bzw. parenteraler Gabe ist die Konjugation mit Glucuronsäure und zu einem geringeren Teil mit Schwefelsäure. Hierbei entstehen Morphin-3-glucuronid (ohne bedeutsame pharmakologische Aktivität) sowie die morphinanalog wirksamen Metaboliten **Morphin-6-glucuronid** und **Morphin-6-sulfat**.

Da der physiologische Abbauweg des Heroins nach seiner Deacetylierung in kürzester Zeit in denjenigen des Morphins mündet, beruhen die Langzeitwirkungen des Heroins **ausschließlich** auf den pharmakologischen Effekten von Morphin.

Erst nach physiologischer Elimination von Morphin bzw. Morphin-6-glucuronid treten bei Heroinabhängigen massive Entzugserscheinungen auf.

Drogenabhängige, die frisch von der Szene kommen, jedoch auch Heroinabhängige mit psychiatrischer Komorbidität benötigen häufig zu Beginn ihrer Substitutionsbehandlung eine medikamentöse Vermittlung des Flash-Gefühls. Verantwortlich für den Wirkungseintritt im Sinne eines Flash sind neben Substanzeigenschaften wie Lipophilie oder geringer Proteinbindung insbesondere die Zubereitungsform und die Konsumtechnik. Ausschlaggebend für den subjektiv wahrnehmbaren Wirkungsverlauf im Sinne des gewünschten Flash sind weniger pharmakokinetische oder pharmakodynamische Substanzunterschiede der Opioide sondern ihre schnelle Anreicherung im ZNS innerhalb einer möglichst kurzen Invasionszeit.

Dieser Anflutungseffekt kann u. a. auch durch Gabe von kurz wirksamen Opiaten wie z. B. injizierbarem Morphin hergestellt werden.

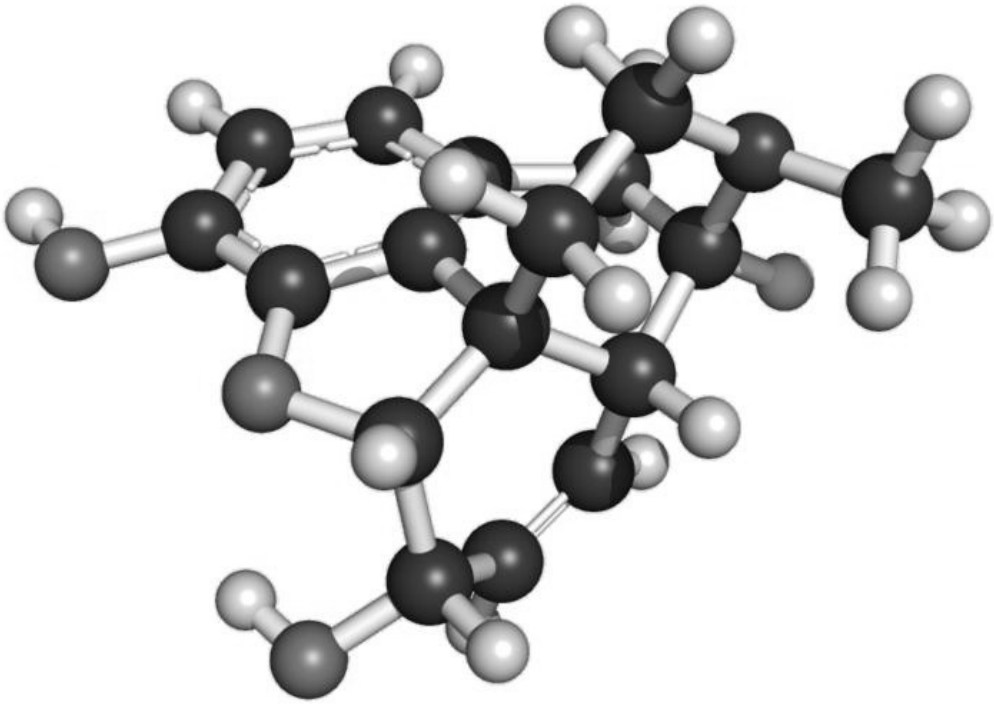
Morphinsubstitution à la viennoise ?

Alle pharmakologischen Betrachtungen zu Heroin stellen unter dem Aspekt seiner sehr kurzen Eliminationshalbwertszeit bei seinem Abbau über den Metaboliten Monoacetylmorphin zu Morphin hauptsächlich eine Diskussion über die Wirkungen des Betäubungsmittels Morphin und dessen Wirkung dar.

Das Nebenwirkungsprofil von Morphin ist, wie bei Heroin, deutlich günstiger als dasjenige von Methadon. Letzteres weist für einen nicht unwesentlichen Anteil multimorbider Heroinpatienten (belastet mit HBV, HCV, HIV, Tbc, Systemmykosen, Krampfleiden, Depressionen oder/und psychiatrischen Erkrankungen) zusätzlich zahlreiche problematische Wechselwirkungen mit unentbehrlichen Begleitmedikationen auf.

Eine Erhaltungstherapie mit retardiertem, d. h. aus einer Tablette bzw. Kapsel verzögert freigesetztem und langsam im Körper anflutendem Morphin kann daher eine sinnvolle Alternative in der Substitutionstherapie methadonintoleranter Patienten darstellen.

Mittlerweile ist Österreich das einzige Land, in dem die Wirkstoffe Morphinsulfat bzw. Morphinhydrochlorid in Form retardierter Arzneiformen (Kapsel bzw. Tablette) eine Zulassung mit einer Indikation zur Therapie der Opioidabhängigkeit erhielten.



Die therapeutischen Ergebnisse in Österreich finden international positive Beachtung, da sie eine weitere medizinische Option zur Stabilisierung zahlreicher Patienten durch Umstellung von Heroin auf retardiertes Morphin beinhalten.

Als Einwand gegen eine Morphinsubstitution wird das Problem der Verbreitung dieses Medikamentes auf dem Schwarzmarkt angeführt.

Der Medikamentenmissbrauch ist kein spezielles Wirkstoffproblem des Morphins:
Eine ambulante Verordnung von Medikamenten – auch z. B. im Bereich der Schmerztherapie – beinhaltet stets die Möglichkeit der Diffusion hochwirksamer Therapeutika in den Schwarzmarkt. In den USA stellen beispielsweise zerkleinerte opioidhaltige Matrixpflaster („ Schmerzpflaster") begehrte Partydrogen dar. Aus dem deutschen (Schwarz-)Markt erreichte uns vor kurzem die Information, wonach die missbräuchliche Kombination des Antidiarrhoikums Loperamid mit z. B. bestimmten Antihypertonika seine ursprünglich sehr geringe ZNS-Wirksamkeit beträchtlich steigert und euphorische Zustände bewirkt.

Rechtliche Bewertung

Mit Blick auf die Zielparameter ‚Verbesserung des Gesundheitszustandes' und ‚Rückgang des illegalen Drogenkonsums' beschreibt ein Teil der Fachwelt als Ergebnis der klinischen Prüfung eine statistisch signifikante Überlegenheit der Heroin – gegenüber der Methadonbehandlung.

Derzeit können die Ergebnisse dieser Studie jedoch nicht als Beleg dafür angesehen werden, wonach ausschließlich Heroin als Mittel der ersten Wahl für die Erhaltungstherapie bei methadonintoleranten Schwerstabhängigen betrachtet werden kann.

Bei Heroin handelt es sich um einen nicht verkehrsfähigen Stoff sowohl der Anlage I des BtMG (**Gesetz** über den Verkehr mit Betäubungsmitteln) als auch der UN-Konvention über Suchtstoffe.

Die medizinische Verschreibungsfähigkeit von Heroin im Rahmen der Erhaltungsstherapie setzt seine Umstufung von Anlage I in Anlage III zu § 1 (1) BtMG unter Änderung des BtMG voraus, welche ausschließlich gemäß § 1 (2) BtMG durch eine entsprechende politische Entscheidung der Bundesregierung realisiert werden kann.

Zusätzlich sind erhebliche Ergänzungen der BtMVV (**Verordnung** über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln) hinsichtlich des noch nicht geklärten Vertriebsweges der unter ärztlicher Aufsicht streng individuell zu dosierenden parenteralen Applikationsform und der aufwändigen Sicherungsmodalitäten von Heroinvorräten erforderlich.

Erst nach Abbau dieser rechtlichen Hürden wird eine – organisatorisch außerordentlich aufwändige und dadurch kostenintensive – Regelversorgung mit Heroin durch die gesetzlichen Krankenkassen erstattungsfähig.

Die Opioidabhängigkeit wird zunehmend international als psychiatrische Erkrankung anerkannt und stellt höchste Ansprüche an Diagnostik und Therapie inklusive einer unentbehrlichen psychotherapeutischen Behandlung.

Bekanntlich gibt es keinen Goldstandard unter den Opioiden im Rahmen der Suchttherapie, da die vielfach bei Suchtpatienten zusätzlich vorhandenen psychiatrischen und Infektions-Erkrankungen bzw. deren Medikationen, daraus resultierende Interaktionen sowie genetisch bedingte, interindividuell unterschiedlich ausgeprägte Metabolisierungsprofile therapeutisch berücksichtigt werden müssen.

Goldstandard kann hier nur die individualisierte Therapie darstellen, die verschiedene Optionen medikamentöser Erhaltungstherapien wahrnehmen muss.

Es ist nicht auszuschließen, dass ein bedeutender Anteil methadonintoleranter Probanden der bundesdeutschen Heroinstudie ebenso wie in Österreich mit Erfolg auf die o. g.

retardierten Morphinpräparate, ggf. unter einschleichender Dosistitration mit parenteralem Morphin, umgestellt werden kann.

Nach § 3 (2) BtMG kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine Erlaubnis für die in Anlage I bezeichneten Betäubungsmittel nur ausnahmsweise zu wissenschaftlichen oder anderen im öffentlichen Interesse liegenden Zwecken erteilen.

Der Ausnahmefall ist u. a. nur dann – in Analogie zu § 13 (1) Satz 2 BtMG – als begründet zu betrachten, wenn der beabsichtigte Zweck auch auf andere Weise, d. h. z. B. auch unter Berücksichtigung der in Anlage III BtMG verzeichneten Betäubungsmittel nicht erreicht werden kann.

Eine Fortsetzung der deutschen Heroinstudie mit einem zusätzlichen Morphinstudienarm zum Zwecke der Zulassung von Morphin zur Substitution ist daher sowohl von wissenschaftlichem wie auch öffentlichem Interesse.

Morphin ist Stoff der Anlage III zu § 1 (1) BtMG und im Gegensatz zu Heroin ein verkehrs- und verschreibungsfähiges Betäubungsmittel.

Zum jetzigen Zeitpunkt lassen sich die Ergebnisse eines sich abzeichnenden Sachverständigenstreites und der politischen Diskussion auf dem Hintergrund der Bewertung des bundesdeutschen Modellprojektes zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger noch nicht absehen.

Nach offizieller Schätzung konsumieren in Deutschland ca. 120.000 Personen regelmäßig Heroin, darunter sollen sich ca. 1.500 Schwerstabhängige befinden.

Es existieren nicht wenige zur oralen Schmerztherapie zugelassene, retardierte Morphinzubereitungen in Deutschland, die für eine Erhaltungstherapiestudie kostengünstig zur Verfügung stünden.

Die Zulassung von oralem, retardiertem sowie auch von injizierbarem Morphin zum Zwecke der Substitution würde keine folgenschwere **Gesetzes**änderung bedingen, sondern lediglich eine Änderung der BtMVV – ein sicherlich sehr kurzfristig durchzuführendes und politisch weniger umstrittenes Verfahren als eine Anlagenumstufung von Heroin.

Bei Akzeptanz der Erhaltungstherapie mit oralem retardiertem Morphin sind langfristig bei stabilen Patienten die Modalitäten einer Take-home-Vergabe abzuwägen.

Ethische Aspekte begründen adäquate medikamentöse Therapieoptionen, die einen differenzierten Opioideinsatz – analog einer Schmerztherapie nach dem WHO-Stufenschema – ermöglichen.

Diese Forderung kann nicht nur auf der Grundlage der Helsinki-Deklaration für die ehemaligen Heroinprobanden des bundesdeutschen Modellprojektes gelten sondern im Sinne einer Gleichbehandlung in der Folge auch für alle übrigen Schwerstabhängigen.

Literatur:

Hrsg. Krausz, Haasen, Naber: Pharmakotherapie der Sucht, ISBN 3-8055-7482-7

Gabriele Fischer, Beate Kayer: Substanzabhängigkeit vom Morphintyp – State-of-the-Art der Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden (Zeitschrift: Psychiatrie & Psychotherapie (2006) 2/2:39-54; Printed in Austria): Offizielles Dokument der ÖGPP (http://www.oegpp.at/dokumente/Fischer_Morphintyp_neu.pdf)

Handbuch für Drogenkranke der Stadt Wien (http://www.aekwien.at/media/Drogenhandbuch.pdf)

Jörg Gölz: Der Einfluss der verschiedenen Opiate auf die Therapie der HIV-Injektion, der HCV-Infektion (http://heroin.suchtmedizin.info/tagung-99/goelz.htm)

Therese Unbehaun

Apothekerin für Klinische Pharmazie
Im Stübbenberg 29
45659 Recklinghausen

Therese.unbehaun@t-online.de

Protokoll der Vorstandssitzung vom 16. Dezember 2006 in Hamburg

Anwesend: Bernd Rehberg, Uschi Blöcker, Thomas Schulz, für die Geschäftsstelle: Gudrun Meiburg, als Gäste: Katja Lorenz und Jürgen Große

Beginn: 14.20 Uhr

TOP 1: **Wahl von Versammlungsleiter/In und Protokollführer/In**
Leitung: Bernd Rehberg
Protokoll: Uschi Blöcker

TOP 2: **Genehmigung der Tagesordnung**
Die Tagesordnung wurde in der Reihenfolge etwas abgeändert und als TOP 3 ein Telefonat mit Ingeborg Simon eingefügt.

TOP 3: **Stellungnahme von Ingeborg Simon zum Ergebnis des OVG-Urteils**
Ingeborg legte uns ausführlich die berufspolitische Bedeutung des Urteils dar und wird eine schriftliche Stellungnahme zur Veröffentlichung in PZ, DAZ und Rundbrief ausarbeiten.

TOP 4: **Protokoll der letzten Vorstandssitzung vom 12.07.2006**
Das Protokoll wurde ohne Änderungen genehmigt.

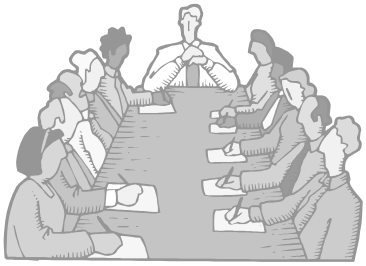
TOP 5: **Beschlusskontrolle**
5c) Überarbeitete Version der VDPP-Vorstellung für den Pharmazeutenkalender ist fertig und wird von Bernd an Dr. Caesar von der DAZ verschickt.

5d) Das Werbeplakat für den VDPP befindet sich noch immer auf Jürgens Rechner und soll in nächster Zukunft an die Regionalgruppen verschickt werden. **Erledigt!**

TOP 6: Festgeldkonto ist eingerichtet.

TOP 8: „Alarmschreiben" ist fertiggestellt. BUKO hat eine Spende von 1000,00 Euro erhalten. Ausschreibungsanzeige für Vorstandsreferent/In ist im Rundbrief erschienen.

TOP 10: Rundbrief Nr. 64 ist pünktlich erschienen.



TOP 6: **Bericht aus der Geschäftsstelle**
Der VDPP kann ein neues Mitglied aus Berlin begrüßen.

Ein Interessent hat uns im Internet gefunden und hat Infomaterial bekommen.

Ein Mitglied ist ausgetreten.

Ein Mitglied hat noch keine Beiträge für 2005 und 2006 bezahlt, trotz mehrmaliger – auch persönlicher – Aufforderungen. Gudrun setzt noch einmal eine Frist bis 31.01.2007, danach erfolgt Ausschluss aus dem Verein

Die Abrechnung für die MV in Berlin (Juni 2006) ist fertig und hat ein **Minus von 237,38 Euro** ergeben. Abopreis für 6 Rundbriefausgaben soll weiterhin 30,00 Euro betragen.

TOP 7: **Kassenbericht**
26.000 Euro sind als Festgeld angelegt. 2000 Euro befinden sich zur Zeit auf dem Girokonto.

TOP 8: **VorstandsreferentIn**
Um die ausgeschriebene Stelle hat sich **Katja Lorenz** beworben – ein weiterer Interessent hat uns keine schriftliche Bewerbung geschickt, so dass wir für Katja einen Vertrag vorgeschlagen und diskutiert haben. 1.01.2007 bis 31.12.2007; 25,00 Euro / Stunde bei maximal 40 Stunden monatlich. Der Vertrag wird vor der Unterschrift einem Arbeitsrechtsjuristen zur Begutachtung vorgelegt.

TOP 9: **Bericht aus den Regionen**
Hamburger treffen sich weiterhin regelmäßig in Abstand von 2 oder manchmal 4 Wochen. Tagespolitik und spezielle Apothekenprobleme werden diskutiert.
Berlin: Treffen alle zwei Monate bei Ulrike Faber .

TOP 10**: Aktuelle Gesundheitspolitik**
Die von Thomas S. erarbeitete und an die Standespresse versandte Stellungnahme zum Fremd- und Mehrbesitzverbot und zu Doc Morris sind weder gedruckt noch kommentiert worden. Allerdings wurde eine zitiert.

Anfang 2007 will Thomas bei DAZ und PZ nachfragen (ab 15. Januar 2007).

TOP 11: **Seminarplanung 2007**
Bisher keine Ideen und Vorschläge.

TOP 12: **MV 2007**
8./9./10. Juni in Hannover
Einladung muss für Ende März erfolgen. Ingeborg wird gebeten einen Festvortrag zu halten. Zimmer müssen frühzeitig gebucht werden.

TOP 13**: Rundbrief**
Erscheint pünktlich vor Weihnachten für den Gabentisch.

TOP 14: **Verschiedenes**
Nächste Vorstandssitzung:
10. März 2007,
14 Uhr in Hamburg

Protokoll: Uschi Blöcker

Stellungnahme des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) zum DAMA-Errichtungsgesetz (BT-Drucksache 16/4374)

Der VDPP stellt die Notwendigkeit dieses Gesetzes prinzipiell in Frage: Die Notwendigkeit der Umwandlung in eine Agentur wird im wesentlichen mit der Gewährleistung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit in der Arzneimittelzulassung begründet. Die bisher bereits erfolgte Umorganisation des BfArM, die in Folge der Gutachten des Wissenschaftsrates und der Task Force zur Verbesserung der Standortbedingungen und der Innovationsmöglichkeiten der pharmazeutischen Industrie in Deutschland, im Jahr 2005 durchgeführt wurden, hat bereits erkennbare Verbesserungen gebracht, wie die Abgeordneten Wolfgang Zöllner, MdB, sowie P. Friedrich, MdB, am 1. März 2007 im Bundestag zu Protokoll gegeben haben. Aber in ihrer Wirksamkeit im Bezug auf die Effizienzsteigerung in der Arzneimittelzulassung ist die Umorganisation noch gar nicht ausgewertet worden.

Der VDPP kann in der Änderung der Organisationsform der Arzneimittelzulassung keinen Vorteil für Verbraucher und Patienten erkennen.

Im Einzelnen nimmt der VDPP zu folgenden Punkten Stellung:

Zu § 3:
Der VDPP begrüßt, dass die wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiet der **Pharmakovigilanz** ebenso wie die Unterstützung durch die nationalen Pharmakovigilanzzentren als Gesetzesauftrag formuliert werden.

Zu § 7:
Die **Besetzung des Vorstandes** sehen wir kritisch:
Es ist die personelle Trennung der Aufgaben – AM-Zulassung und Pharmakovogilanz – innerhalb des zweiköpfigen Vorstandes geplant. In der Begründung zum Gesetzestext wird ausgeführt, dass die Lenkungsgruppe empfiehlt, den Vorstand mit medizinisch-pharmazeutischem und ökonomischen Sachverstand zu besetzen. Sollte darunter zu verstehen sein, dass ein Vorstandsmitglied Ökonom sein soll, hält der VDPP dies für unverantwortlich. Weder für die AM-Zulassung noch für die Pharmakovigilanz darf ein Vorstandsmitglied ohne medizinisch-pharmazeutische Ausbildung die Leitungsverantwortung übernehmen.

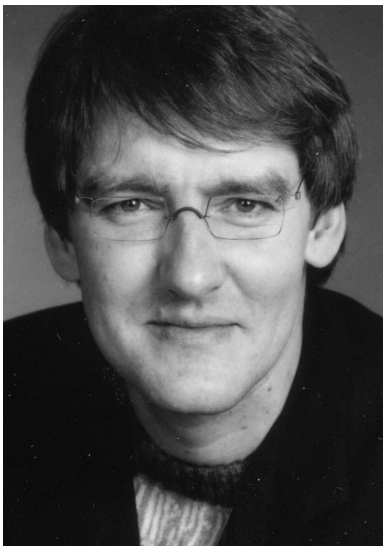
Darüber hinaus vermissen wir die Zuordnung der Verantwortung innerhalb des Vorstandes für die Aufgaben nach § 2 Abs. 2 Nr. 2 – 4.

Zu § 8:
Die **Besetzung und die Aufgaben des Verwaltungsrates** werden u. E. unpräzise dargestellt. Es bleibt unklar, welche Qualifikationen die Mitglieder des Verwaltungsrates haben sollen und wie weitgehend die Kontrolle des Vorstandes durch den Verwaltungsrat gehen wird.

Zu § 12:
Ab 2012 ist ein konstanter, jährlicher Bundeszuschuss in Höhe von 10,61 Millionen Euro für die Aufgaben nach § 2 Abs. 2 - 4 vorgesehen. Hierunter fallen Aufgaben wie Pharmakovigilanz und Forschung zur Pharmakovigilanz, aber auch sonstige Forschung sowie der Betrieb der Bundesstellen für Betäubungsmittel, Grundstoffe und Medizinprodukte. Der VDPP bezweifelt, dass dieses **Finanzvolumen** dazu ausreichend dimensioniert ist und befürchtet, dass Geldmangel auf lange Sicht zu Personalabbau und damit unvollständige Aufgabenerfüllung bei der Sicherheitsüberwachung führen könnte.

Zumindest sollte im Gesetz vorgesehen werden, die Höhe des Zuschusses alle zwei Jahre auf der Grundlage des Haushaltsplanes und des Jahresabschlusses zu überprüfen.

gez. Dr. Thomas Schulz
Vorstand des VDPP



Antwort von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf unseren Brief vom 3. November 2006

Ein paar Tage hat es ja gedauert, aber nun ist sie da, die Antwort von Bündnis 90/Die Grünen auf unseren Brief vom 3. November 2006 (vgl. RB Nr. 65, S. 15). Wir nehmen das Gesprächsangebot selbstverständlich an und bleiben am Ball.

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Bundesvorstand
Reinhard Bütikofer

2. März 2007

Verein demokratischer
Pharmazeutinnen
und Pharmazeuten e.V.
Herrn Dr. Thomas Schulz
Bramfelder Chaussee 291
22177 Hamburg

Sehr geehrter Herr Dr. Schulz,

vielen Dank für Ihren Brief vom 3. November 2006, verbunden mit der Bitte, die späte Antwort zu entschuldigen.

In Ihrem Schreiben kritisieren Sie unsere Aufforderung an die Bundesregierung, das Fremd- und Mehrbesitzverbot bei Apotheken aufzuheben. Ich will Ihnen erläutern, weshalb wir diese Forderung aufstellen:

Wir Grünen halten mehr Wettbewerb innerhalb des Gesundheitswesens für dringend erforderlich. Und dies nicht als Selbstzweck, sondern um so die zusätzlichen Belastungen die auf unser Gesundheitswesen und die in ihm Versicherten zukommen, überhaupt bewältigen zu können. Wettbewerb ist aus unserer Sicht der geeignete Hebel, um wichtige Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen zu können. Und er ist das „Entdeckungsverfahren", um die Innovationen zu ermöglichen, die unser Gesundheitswesen braucht, um auch qualitativ in einer sich schnell ändernden Gesellschaft leistungsfähig zu bleiben. Die einige Alternative dazu ist aus unserer Sicht das enge Korsett der staatlichen und verbandlichen Regulierungen, das wir doch alle bis zum Überdruss kennen.

Vor diesem Hintergrund halten wir die Strukturen des Arzneimittelhandels in Deutschland für dringend reformbedürftig. Das Mehrbesitzverbot ist auch mit der Gesundheitsreform 2004 nur in Ansätzen gelockert worden. Die Regelung, dass ein Apotheker oder eine Apothekerin neben einer Hauptapotheke bis zu drei Filialapotheken besitzen darf, hatte mehr symbolische als praktische Bedeutung. Diese kleinteiligen Strukturen auf unserem Apothekenmarkt führen aber zu erheblichen Kosten. Einkauf, Organisation und EDV sind erfahrungsgemäß in größeren Einheiten wesentlich preisgünstiger. Vor allem aber sind die gegenwärtigen Strukturen auch völlig ungeeignet, um zu einem lebhaften Wettbewerb unter den Apotheken zu kommen. Die Einzugsbereiche der einzelnen Apotheken sind viel zu klein, um untereinander in den Wettbewerb zu treten.

Für ähnlich überholt halten wir das Fremdbesitzverbot. Wir sehen keinen guten Grund dafür, dass der Betrieb einer Apotheke nur einem Apotheker erlaubt ist. Selbstverständlich muss beim Verkauf von Arzneimitteln die Qualität der Beratung gewährleistet sein. Dafür reicht es aber völlig aus, wenn in jeder Apotheke ein qualifizierter Apotheker oder eine Apothekerin beschäftigt werden muss. Für die Qualität der Beratung haben die Besitzverhältnisse keine Bedeutung.

Fachleute rechnen mit erheblichen Einsparungen durch die Aufhebung von Fremd- und Mehrbesitzverbot. So kommen Prof. Dr. Gerd Glaeske und das Wissenschaftliche Institut der AOK in einem 2003 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums entstandenen Gutachten („Stärkung des Wettbewerbs in der Arzneimittelversorgung") auf ein Einsparvolumen von bis zu 2 Milliarden Euro. Grundlage ihrer Berechnung ist dabei der Vergleich der Handelsspanne in Deutschland mit den Handelsspannen in den Ländern, in denen entsprechende Regulierungen nicht existieren.

Gegen die Aufhebung des Mehr- und Fremdbesitzes wird häufig eingewendet, dass Apothekenketten entstehen würden. Die könnten dann überhöhte Preise verlangen. Dieses Argument halten wir nicht für überzeugend. Beispiele aus dem Nahrungs- und Genussmittelsektor zeigen, dass die Bildung von Angebotsketten keineswegs zu steigenden Preisen führen muss. Ganz im Gegenteil. Gerade in diesen Bereichen ist in Deutschland ein sehr intensiver Preiswettbewerb zu beobachten, der sich nicht negativ auf das Angebot auswirkt. Im Übrigen muss - um die Ausnutzung von Marktmacht zu verhindern - selbstverständlich auch für diesen Bereich das Wettbewerbsrecht und die Auf-

sicht durch das Bundeskartellamt gelten. Das ist bisher nicht der Fall, müsste aber parallel zu einer Aufhebung von Mehrbesitz- und Fremdbesitzverbot unbedingt geschehen.

Außerdem wird vielfach behauptet, dass eine Aufhebung des Mehrbesitzverbots die flächendeckende Versorgung mit Arzneimitteln gefährdet. Die entstehenden Apotheken ketten würden sich nur die Rosinen heraussuchen. In strukturschwachen und ländlichen Regionen gebe es dann gar keine Apotheken mehr. Aber auch das ist kein gutes Argument. Auch heute sind bei der Gründung einer Apotheke wirtschaftliche Gesichtspunkte wichtig. Ein Apotheker schätzt selbstverständlich ab, was für Umsätze er an einem Standort erzielen kann, bevor er eine Apotheke aufmacht Das ist auch der Grund, weshalb die Apothekendichte in Deutschland zwischen Stadt und Land und zwischen wohlhabenden und ärmeren Regionen sehr unterschiedlich ist An diesem Kalkül würde sich auch auf einem freieren Apothekenmarkt nichts ändern. Aber auch weiterhin würden sich selbstverständlich Apothekerinnen außerhalb der Ballungsräume niederlassen. Denn dort wäre die Wettbewerbsintensität geringer.

Fazit: Angesichts der Anforderungen, vor denen die gesetzliche Krankenversicherung steht, halten wir es für erforderlich, dass unser Gesundheitswesen so effizient und so effektiv wie nur irgend möglich arbeitet Wir glauben, dass hierfür seiner wettbewerblichen Weiterentwicklung hohe Bedeutung zukommt Dieser Anspruch muss aus unserer Sicht auch für den Arzneimittelhandel gelten.

Für ein persönliches Gespräch steht Ihnen Biggi Bender, MdB gerne zur Verfügung. Sie ist erreichbar im Bundestag
biggi.bender@bundestag.de.

Mit freundlichen Grüßen

Reinhard Bütikofer

TERMINE

Regionalgruppe Berlin

Das nächste Treffen der Regionalgruppe Berlin findet am Montag, dem 21. Mai 2007 um 19.30 Uhr in der „Buchkantine“, Essener Straße 11, 10555 Berlin, statt. Weitere Treffen sind am 16. Juli und am 17. September. Hierfür liegt der Ort noch nicht fest und ist zu erfragen bei Regina Schumann, Tel. 030 7951471, E-Mail: sander.schumann@gmx.de.

Regionalgruppe Hamburg

Die Regionalgruppe trifft sich alle zwei Wochen mittwochs um 19.30 Uhr bei Bernd Rehberg, Isestraße 39, 20144 Hamburg. Nächste Termine: 11. und 25. April, 9. und 23. Mai 2007.

Regionalgruppe Hessen

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

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

VDPP-Vorstand

Die nächste Vorstandssitzung wird am Sonnabend, dem 19. Mai 2007 um 14 Uhr in Berlin stattfinden. Der genaue Ort steht noch nicht fest und ist bei der Geschäftsstelle zu erfragen.

VDPP-MV 2007

Die Mitgliederversammlung 2007 wird vom 8. bis 10. Juni 2007 im Hanns-Lilje-Haus, Knochenhauerstraße 33, 30150 Hannover, stattfinden.

medico international

Veranstaltung „Wie kann Gesundheitswissen öffentlich gemacht werden?“ am 10. Mai 2007, 9 – 18.00 Uhr, in Berlin. Anmeldung: medico international, Tel. 069 94438-0 (siehe auch S. 19 in diesem Rundbrief).

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

DOKUMENTATION

Zecken haben kein Gewinde

Tipps zum Schutz vor Erkrankung

Die Verbraucherzeitschrift *Gute Pillen – Schlechte Pillen* gibt in ihrer neuesten Ausgabe Tipps, wie man sich vor Erkrankungen durch Zeckenbisse schützen kann.

Mit dem Frühjahr kommen die Zecken, besonders nach einem warmen Winter. Viele Menschen haben Angst vor den kleinen Saugern. Den Biss spürt man allerdings kaum, die Angst gilt vielmehr der Übertragung von Krankheiten. Aber man kann sich schützen.

GUTE PILLEN –
SCHLECHTE PILLEN

Unabhängige Informationen
zu Ihrer Gesundheit

Es gibt viele Gerüchte über Zecken – und viele sind falsch. Zecken stürzen sich nicht von Bäumen, sondern werden meist vom Gras oder von Büschen abgestreift. Der beste Schutz ist bedeckende Kleidung und die Kontrolle des Körpers nach einem Spaziergang in der Natur. Findet man eine Zecke auf der Haut, sollte man sie sofort entfernen. Allerdings muss man die Zecke nicht herausdrehen, denn sie hat kein Gewinde. Wichtig ist dagegen, dass man die Zecke nicht quetscht.

Das Risiko zu erkranken ist nicht sehr hoch. Eine Hirnhautentzündung (FSME) ist sehr selten, und man kann sie sich nur in bestimmten Regionen Deutschlands holen. Deshalb ist bei einer FSME- Impfung immer der Nutzen gegen den möglichen Schaden abzuwägen. Die Borreliose können Zecken dagegen fast überall übertragen, hier sollte man bei Erkrankungssymptomen (anhaltende Rötung der Bisstelle) zum Arzt gehen, der gegebenenfalls ein Antibiotikum verordnen wird.

Zum Glück übertragen die meisten Zecken aber keine Krankheiten, zur Panik gibt es also keinen Grund.

Der ganze Artikel zum Nachlesen:
www.bukopharma.de/GPSP/GPSP_2007-2_Seite_1-2_Zecken.pdf

Kontakt: Prof. Walter Thimme, Tel. 030/84310270
wthimme@zedat.fu-berlin.de

Weitere Themen in *Gute Pillen – Schlechte Pillen* 2/2007:

Raucherentwöhnung
Neues Mittel mit bescheidenem Nutzen
Eizellenspende
Fragwürdige Geschäfte mit Eizellen für Klonversuche
Verhütung mit Hormonen
Überblick über hormonelle Verhütungsmittel mit Preisvergleich
Mineralmangel?
Panikmache made in USA
Diabetes
Warnung vor schädlichem Zimt
Gefahr aus dem Internet
Gepanschte Produkte und Fälschungen

Auf Wunsch schicken wir Ihnen diese Beiträge gerne zu.

Tel. 0521-60550
mail@bukopharma.de

Pressemitteilung, 28. März 2007

Gute Pillen – Schlechte Pillen bietet herstellerunabhängige Informationen für die Gesundheit.

www.gutepillen-schlechtepillen.de

Sie ist ein Projekt der drei unabhängigen Arzneimittelzeitschriften arznei-telegramm, DER ARZNEIMITTELBRIEF und Pharma-Brief.

Herausgeber: Gute Pillen, Schlechte Pillen - Gemeinnützige Gesellschaft für unabhängige Gesundheitsinformation mbH, Bergstr. 38A / Wasserturm, 12169 Berlin, HRB 98731B Amtsgericht Berlin-Charlottenburg

Geschäftsführer: Wolfgang Becker-Brüser, Jörg Schaaber, Prof. Dr. Walter Thimme

Bankverbindung: Gesellschaft für unabhängige Gesundheitsinformation gGmbH., Konto-Nr: 121 988 Sparkasse Bielefeld (BLZ 48050161)
Redaktion:
August-Bebel-Str. 62
D-33602 Bielefeld Deutschland
Telefon +49-(0)521-60550
Telefax +49-(0)521-63789
gpsp@bukopharma.de

Wirtschaftsförderung oder Verbraucherschutz?

Die Kommerzialisierung der deutschen Arzneimittelzulassung

Die Bundesregierung will die Arzneimittelkontrollbehörde in ein halbstaatliches Dienstleistungsunternehmen umwandeln. Eine noch schnellere Zulassung von risikoreichen Medikamenten und eine schlechtere Überwachung von Risiken ist zu befürchten.

Die geplante Deutsche Arzneimittel- und Medizinprodukteagentur (DAMA) soll sich ausschließlich durch Einnahmen von der Pharmaindustrie finanzieren. Das schafft perverse Anreize, weil die Einnahmen der Agentur direkt von der Zahl der durch die Industrie eingereichten Zulassungsanträge abhängt.

Der *Pharma-Brief* 1-2/2007 zeigt am Beispiel der britischen, der US- und der Europäischen Arzneimittelbehörde, die eine ähnliche Umstrukturierung hinter sich haben, dass die Arzneimittelsicherheit unter der Kommerzialisierung der Kontrolle leidet.

Prof. Kurth, derzeit Präsident des Robert-Koch-Instituts, soll schon als neuer Chef der DAMA feststehen – ohne Ausschreibung der Stelle. Diese Entscheidung entbehrt nicht einer gewissen Pikanterie, weil Kurth Mitglied einer Kommission im Gesundheitsministerium war, die die Demontage der derzeitigen Zulassungsbehörde vorbereitete. Prof. Kurth empfiehlt sich durch die massenhafte staatliche Bevorratung von zweifelhaften Grippemitteln zudem nicht gerade als geeigneter Kandidat.

Um dem ganzen die Krone aufzusetzen soll die Leitungsebene der DAMA eine leistungsorientierte Bezahlung bekommen.

Im Klartext: Je mehr und je schneller zugelassen wird, desto höher die Prämie – Verbraucherschutz ade.

2. März 2007

BUKO Pharmakampagne
Geschäftsstelle:
August-Bebel-Str. 62
D-33602 Bielefeld
Telefon +49-(0)521-60550
Telefax +49-(0)521-63789
presse@bukopharma.de
www.bukopharma.de

Wie kann Gesundheitswissen öffentlich gemacht werden?

(26.3.2007/ CW) Der Schutz des geistigen Eigentums und die globale Gesundheit sind zwei Hauptthemen auf dem diesjährigen G8-Treffen in Heiligendamm. Bundeskanzlerin Angela Merkel hat angekündigt, dass es auf dem Gipfeltreffen der acht führenden Industrienationen darum geht, den weltweiten Patentschutz zu verschärfen. Ein Blick auf die globale Gesundheitssituation aber zeigt, dass nur ein Paradigmenwechsel des geltenden Patentregimes im Bereich der Forschung und Produktion von Arzneimitteln den weltweiten Zugang zu Gesundheit auf Dauer ermöglichen kann. Patente mögen ein Forschungs- und Entwicklungsanreiz sein, Patentmonopole aber verursachen eine Hochpreispolitik für Arzneimittel, die gerade die Menschen vom Zugang zu Medikamenten ausschließen, die sie am dringendsten brauchen.

An der kritische Bestandsaufnahme des weltweiten Patentsystems sowie seiner Folgen für die globale Gesundheit und an der Diskussion um eine alternative Medikamentenpolitik im Sinne des globalen Allgemeinwohls beteiligen sich Gesundheitsexperten, Forscher, Ökonomen, Ärzte und Rechtsanwälte u.a. aus Südafrika, Kenia, Brasilien, Thailand, Argentinien, USA und Deutschland.

Patienten, Patente und Profite: Zum Wohle der Gesundheit

Wie kann Gesundheitswissen öffentlich gemacht werden? Ein Tagessymposium über Alternativen zum globalen Patentsystem. Veranstalter: medico international in Kooperation mit BUKO Pharma-Kampagne, Brot für die Welt und Miseror.

Zeit/Ort:
10. Mai 2007, 9 – 18.00 Uhr,
in Berlin.

Anmeldung:
Medico international,
Tel. 069 94438-0

Die Bundeskoordination Internationalismus (BUKO) ist ein Netzwerk von über 200 Dritte Welt Gruppen in Deutschland. 1980 begann BUKO eine Kampagne gegen unvertretbare Geschäftspraktiken international tätiger Pharmakonzerne. Die Pharma-Kampagne der BUKO setzt sich für einen rationalen Gebrauch von Arzneimitteln ein. Sie arbeitet mit ÄrztInnen und PharmazeutInnen, Verbrauchergruppen und StudentInnen zusammen. Die BUKO Pharma-Kampagne hat durch die Mitarbeit im Netzwerk Health Action International (HAI) Kontakt mit Gruppen in über 70 Ländern in aller Welt.

Bankverbindung: Gesundheit und Dritte Welt e.V., Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 61) · Konto: 105 601 · Spendenkonto: 105 627

Scharfe Kritik an den Eckpunkten zum Gentechnikrecht

Edda Müller: Interessen und Wahlfreiheit der Verbraucher drohen auf der Strecke zu bleiben

verbraucherzentrale
Bundesverband

01.03.2007 - Als missglückten Versuch, Verbraucher und Gentechnikindustrie gleichermaßen zu beschwichtigen, hat der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) die heute vom Bundesverbraucherministerium vorgestellten Eckpunkte zur Neugestaltung des Gentechnikrechts bezeichnet. „Im Ringen um einen fairen Ausgleich der Interessen drohen die legitimen Interessen der Verbraucher und deren Wahlfreiheit auf der Strecke zu bleiben", sagte vzbv-Vorstand Edda Müller. Es müsse deutlich nachgebessert werden, wenn die Wahlfreiheit der Verbraucher erhalten und einer schleichenden Verunreinigung gentechnikfreien Anbaus nicht Tür und Tor geöffnet werden soll.

Nach Einschätzung des vzbv laufen die vorgesehenen Haftungserleichterungen dem verbraucherpolitischen Ziel zuwider, dauerhaft gentechnikfreie Lebensmittel aus deutscher Produktion anbieten zu können: So soll gemäß Definition die verschuldensunabhängige Haftung nur auf „aus der Grundstücksbeeinträchtigung resultierenden Schäden" begrenzt werden und Landwirte nur dann haften, wenn sie „wesentliche Beeinträchtigungen verursacht haben". Der vzbv fordert eine Klarstellung, was hinter diesen nebulösen Formulierungen steckt. Eine Klarstellung fordert der vzbv auch bei der Frage der Beweislast. „Derzeit sieht es so aus, dass die Bundesregierung sehenden Auges in Kauf nimmt, dass die geschädigten Landwirte ihr Recht auf Entschädigung in langwierigen Gerichtsverfahren einklagen müssen", interpretiert Edda Müller.

„Es erhärtet sich der Eindruck, dass die Bundesregierung Entschädigungen für Auskreuzungen aus Freisetzungen nur auf die unmittelbar angrenzenden Nachbarn beschränken und die Verbraucherinteressen den Interessen der Gentechnikindustrie unterordnen will." Dazu passe auch, dass nach dem Eckpunktepapier auch der Staat Haftungsrisiken tragen will, die sich aus öffentlich geförderten Erprobungsfeldern ergeben. Zudem soll ausdrücklich erlaubt werden, Recht und Gesetz durch private Absprachen auszuhebeln.

Der vzbv kritisiert darüber hinaus, dass der Einblick in den öffentlichen Teil des Standortregisters gentechnisch veränderter Felder massiv eingeschränkt werden soll. Der vzbv fordert, dass Verbraucher ungehindert erfahren können müssen, wo in Deutschland Gentechnik einsetzende Landwirtschaft stattfindet und wo nicht. Edda Müller: „Nur so lässt sich das Vertrauen in regionale landwirtschaftliche Produkte stärken und deren Konsum fördern."

Auch den Vorschlägen zur guten fachlichen Praxis kann der vzbv wenig Gutes abringen. Vorgesehen ist unter anderem ein Mindestabstand von lediglich 150 Metern, der „mit zunehmendem Erkenntnisfortschritt … überprüft und ggf. geändert" werden soll. „Nach dem Vorsorgeprinzip hätte zunächst ein weiterer Abstand das Maß der Dinge sein müssen", so Müller.

Einziger Lichtblick aus Sicht des vzbv: Die Ankündigung, sich auf europäischer Ebene für die Ausweitung der Kennzeichnungspflicht auch auf alle tierische Produkte einzusetzen.

What is more dangerous to your health: flu or Tamiflu® (oseltamivir)?

INTERNATIONAL SOCIETY SDB OF DRUG BULLETINS

In many countries such as Japan oseltamivir (Tamiflu®) is promoted for common flu. Oseltamivir has been stockpiled by more than 300 corporations, some governments in developed countries, as well as the World Health Organization (WHO), in case a new-type flu pandemic occurs.

There is some confusion between what is known of oseltamivir in treatment or prevention of common flu, and what is known of its effects in treatment or prevention of complications during a hypothetical new-type flu pandemic.

Most often flu is a mild and self-limited infection. There is no evidence that oseltamivir reduces the frequency of serious flu complications, whether in healthy people or vulnerable populations. At most oseltamivir reduces flu symptoms by one day, which is not relevant.

There is no evidence that oseltamivir prevents flu complications in close contacts of flu infected patients during a seasonal outbreak. So far avian flu can hardly be seen as a global public health problem. There is no evidence that oseltamivir is effective at preventing or curing complications during a new-type flu pandemic.

Oseltamivir commonly induces nausea and vomiting, and there is increasing evidence that oseltamivir may cause serious side effects, such as abnormal behaviour and sudden death from respiratory depression. The FDA warned about the possibility of neuropsychiatric side effects of oseltamivir following consistent reports, mostly from Japan, where oseltamivir is widely used (www.fda.gov/medwatch/safety/2006/safety06.htm#tamiflu).

Therefore ISDB calls on caregivers and the public to avoid using oseltamivir in common flu, due to increasing evidence that oseltamivir may cause more harm than good. Oseltamivir does not provide value for money in common flu.

ISDB calls on WHO to stop stockpiling oseltamivir, considering the absence of solid evidence that the drug could be helpful during a new-type flu pandemic. Stockpiling of oseltamivir by WHO is also seen to contribute to the hype surrounding the unwarranted use of oseltamivir ("An iatrogenic pandemic of panic" BMJ 2006; 332; 786-788).

Contact:
Rokuro Hama
(gec00724@nifty.com)

PRESS RELEASE 2 February 2007

International Society of Drug Bulletins (ISDB)

The International Society of Drug Bulletins (ISDB) is a worldwide network of more 73 bulletins and journals on drugs and therapeutics that are financially and intellectually independent of pharmaceutical industry.

The overall aim of ISDB is to encourage the rational use of drugs, to assist the development of independent drug bulletins in all countries and to facilitate cooperation amongst them.

Independence from drug companies is a key element of ISDB policy

83, boulevard Voltaire
La revue Prescrire
General secretariat
75 558 PARIS Cedex 11
www.isdbweb.org

Versprochen ist versprochen – Weltweite Behandlung mit Aids-Medikamenten bis 2010 sicherstellen!

Treffen der G8-EntwicklungsministerInnen am 26./27. März 2007 in Berlin
„Fighting poverty – Shaping Sustainable Development – Strengthening Global Partnerships"

Alle 10 Sekunden stirbt ein Mensch an Aids, seit dem Bekanntwerden der Immunschwächekrankheit hat Aids mehr als 25 Millionen Todesopfer gefordert. Mit jeder Infektion kommt zum menschlichen Drama die Not der Kosten für Behandlung und Pflege. 40 Millionen Menschen leben zurzeit weltweit mit dem HI-Virus, davon benötigen mindestens 6,8 Millionen dringend eine wirksame Behandlung. Doch derzeit erhalten weniger als ein Drittel (1,6 Millionen Menschen) die lebensverlängernden antiretroviralen Medikamente.

Der G8 Gipfel von Gleneagles vor zwei Jahren sollte einen Wendepunkt im globalen Kampf gegen HIV/Aids darstellen: in dem Schlussdokument der acht führenden Staats- und Regierungschefs verpflichten sich diese darauf den „weltweiten Zugang zur Behandlung von Aids bis zum Jahr 2010" zu erreichen. Viele HIV-Positive weltweit werteten dies als positives Signal, denn erstmals wurde das Thema auf höchster Regierungsebene behandelt. Doch diese Hoffnungszeichen sind in nur zwei Jahren fast verpufft.

„Dieses Ziel des universellen Zugangs zu Prävention, Behandlung und Pflege bleibt leider eine Utopie, wenn nicht mit sofortiger Wirkung ein Finanzierungsplan mit konkreten Maßnahmen beschlossen wird." sagt Mirjam Hagebölling, politische Koordinatorin des Aktionsbündnisses gegen AIDS. „Wir begrüßen den Willen der Bundeskanzlerin Angela Merkel, das Thema HIV/Aids auf höchster Ebene zu behandeln und ihre Zusage, den deutschen Beitrag von bisher 300 auf 400 Millionen Euro aufzustocken. Entsprechend dem Bruttonationaleinkommen Deutschlands wären für 2008 jedoch wenigstens 800 Millionen Euro angemessen." so Mirjam Hagebölling weiter. Nach Schätzungen von UNAIDS und der Weltgesundheitsorganisation sind zur weltweiten Aids-Bekämpfung in diesem Jahr über 18,1 Milliarden US-Dollar nötig, dennoch bleibt fast die Hälfte dieses Finanzierungsbedarfes bislang ungedeckt. Im Jahr 2008 steigt der Finanzbedarf für wirksame Maßnahmen auf 22 Milliarden Dollar. In vielen Ländern fehlt es nicht nur an Medikamenten, sondern insbesondere auch an gut ausgebildetem medizinischem Fachpersonal und der nötigen Infrastruktur.

„Wenn die Ministerinnen und Minister für Entwicklungszusammenarbeit der G8-Staaten in Berlin zusammen kommen, um über die entwicklungspolitischen Schwerpunkte der deutschen G8-Präsidentschaft zu beraten, dann muss ein verbindlicher Kodex verabschiedet werden, der eine Abwerbung von Gesundheitsfachkräften aus ärmeren Ländern in die reichen G8-Staaten unterbindet" so Rainer Seybold, Geschäftsführer des Aktionsbündnisses gegen AIDS.

Das AKTIONSBÜNDNIS GEGEN AIDS ist ein Zusammenschluss von über 100 Organisationen der Aids- und Entwicklungszusammenarbeit sowie mehr als 270 lokalen Gruppen. Der Ausbau der finanziellen Ressourcen zur weltweiten HIV-Prävention sowie der Zugang zur Therapie sind die zentralen Anliegen des Bündnisses. www.aids-kampagne.de

Das Aktionsbündnis lädt zu einem Presse- und Fototermin für Montag, 26. März 2007 um 13:00 Uhr vor die Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Jägerstr. 22/23 ein. Bei der Aktion „Gesundheit kommt nicht von allein!" treffen die Figuren von Angela Merkel, Vladimir Putin und Thabo Mbeki auf HIV-Positive ihrer Länder.

Urteil des OVG Berlin-Brandenburg zur ABDA-Mitgliedschaft der Apothekerkammer Berlin

OBERVERWALTUNGSGERICHT BERLIN-BRANDENBURG

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

OVG 7 B 4.05
VG 14 A 385.98 Berlin

Verkündet am 14. Dezember 2006
K. als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

In der Verwaltungsstreitsache
der Frau S., ... Berlin,
Klägerin, Berufungsklägerin und Berufungsbeklagte,
bevollmächtigt:
Rechtsanwalt S., ... Berlin,

gegen

die Apothekerkammer Berlin, ... Berlin,
Beklagte, Berufungsklägerin und Berufungsbeklagte,
bevollmächtigt: Rechtsanwälte O., ... Stuttgart,

beigeladen:
1. ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, ... Berlin,
2. Verband der Freien Berufe in Berlin e.V., ... Berlin,
bevollmächtigt zu 2:
Rechtsanwälte S. ..., ... Berlin,

hat der 7. Senat auf die mündliche Verhandlung vom 14. Dezember 2006 durch den Vorsitzenden Richter am Oberverwaltungsgericht Dr. K. , die Richterinnen am Oberverwaltungsgericht M. und P. sowie die ehrenamtlichen Richter M. und M. für Recht erkannt:

Die Berufung der Klägerin wird zurückgewiesen.

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Verwaltungsgerichts Berlin vom 6. Mai 2004 geändert.

Die Klage wird auch im Übrigen abgewiesen.

Die Kosten des Verfahrens beider Rechtszüge trägt die Klägerin mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die diese selbst tragen.

Das Urteil ist wegen der Kosten vorläufig vollstreckbar. Die Klägerin kann die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe des zu vollstreckenden Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Klägerin ist approbierte Apothekerin und Pflichtmitglied der beklagten Apothekerkammer, einer landesunmittelbaren Körperschaft des öffentlichen Rechts. Sie war als angestellte Apothekerin tätig und gehörte einige Jahre der Delegiertenversammlung der Beklagten an.

Die Beklagte konstituierte sich im April 1963 und entrichtet seither Mitgliedsbeiträge an die Beigeladene zu 1. sowie seit 1974 an den Beigeladenen zu 2.. Ihr gehören alle Apotheker an, die im Land Berlin ihren Beruf ausüben oder – ohne bereits Kammerangehörige in einem anderen Bundesland zu sein – ihren Wohnsitz haben. Zu den Aufgaben der Beklagten gehört u.a. die Wahrung der beruflichen Belange ihrer Angehörigen.

Die im Juni 1950 gegründete Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände – ABDA – (Beigeladene zu 1.) bezweckt ausweislich ihrer Satzung „ Die Wahrnehmung und Förderung der gemeinsamen Interessen der in ihr zusammengeschlossenen Apothekerkammern und Apothekervereine/-verbände in der Bundesrepublik Deutschland, ...“. Der Verband der freien Berufe in Berlin e.V. – VFB – (Beigeladener zu 2.) ist ein eingetragener Verein, der das satzungsrechtliche Ziel verfolgt, „alle berufsübergreifenden Bestrebungen der Angehörigen der freien Berufe in einem allgemeinen Sinn zu verfolgen und für die Erhaltung und den Ausbau des freien Berufes einzutreten“. Er ist seinerseits Mitglied im Bundesverband der Freien Berufe – BFB –.

Mit ihrer Klage hat die Klägerin den Austritt der Beklagten aus der Beigeladenen zu 1. sowie dem Beigeladenen zu 2. begehrt und zugleich die Verpflichtung der Beklagten erstrebt, jede Unterstützung der Beigeladenen zu unterlassen sowie bis zum Austritt die jeweiligen Mitgliedschaftsrechte nicht mehr auszuüben.

Mit Urteil vom 6. Mai 2004 hat das Verwaltungsgericht die Beklagte verurteilt, aus der Beigeladenen zu 1. zum frühestmöglichen Zeitpunkt nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 ihrer Satzung auszutreten und bis dahin ihre Mitgliedschaftsrechte nicht mehr auszuüben. Es hat dies im Wesentlichen damit begründet, dass die mit der Pflichtmitgliedschaft in einer Kammer verbundene Freiheitsbeschränkung für das einzelne Mitglied nur deshalb zumutbar sei, weil im Gegenzug eine Chance zur Beteiligung und Mitwirkung an staatlichen Entscheidungsprozessen eröffnet werde. Diese binnendemokratische Mitwirkungs- und Beteiligungschance dürfe durch privatrechtliche Zusammenschlüsse mit anderen Organisationen nicht verloren gehen. Die Bestimmungen der ABDA-Satzung führten aber zu einem im Verhältnis zu den abhängig beschäftigten Apothekern überproportionalen Einfluss der selbständig tätigen Apotheker auf die Arbeit der Beigeladenen zu 1. Der dem Gleichbehandlungsgrundsatz verpflichteten Beklagten sei es als Zwangskorporation verwehrt, sich zu Lasten ihrer Teilgruppe der angestellten Apotheker mit der anderweitig nochmals separat organisierten Teilgruppe der selbständigen Apotheker in der Weise zusammenzuschließen, dass der Stimmenanteil der selbständigen Apotheker in dem Dachverband, der Beigeladenen zu 1., überproportional zur Geltung komme. Hinsichtlich des begehrten Austritts aus dem Beigeladenen zu 2. hat es die Klage abgewiesen, weil die Zugehörigkeit der Beklagten zu dem Beigeladenen zu 2. von der Befugnis des § 4 Abs. 2 Berliner Kammergesetz, der sog. Verbandsklausel, gedeckt sei und sich im Rahmen der der Beklagten nach § 4 Abs. 1 Bln KaG übertragenen Aufgaben halte.

Das Verwaltungsgericht hat die Berufung wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen. Von diesem Rechtsmittel haben sowohl die Klägerin als auch die Beklagte Gebrauch gemacht. Während sich die Beklagte gegen den ihr vom Verwaltungsgericht aufgegebenen Austritt aus der Beigeladenen zu 1. wendet, begehrt die Klägerin weiterhin den Austritt der Beklagten aus dem Beigeladenen zu 2.

Sie begründet ihre Berufung zunächst mit erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken gegen § 4 Abs. 2 Berliner Kammergesetz. Die Norm greife in unzulässiger Weise in Grundrechte der Kammermitglieder ein und verletze die bundesstaatliche Ordnung; die überörtlich wirksame Ermächtigung verstoße gegen das föderalistische Prinzip. Die Formulierung „zur Wahrung von Berufs- und Standesbelangen" entbehre zudem jeglicher sachlich-gegenständlicher Begrenzung. Im Übrigen sei zu befürchten, dass die Grenze zwischen objektiver Verwaltung und subjektiver Interessenvertretung verwischt werde. Die eröffnete Möglichkeit, die satzungsmäßigen Ziele gemeinsam mit privaten Verbänden zu verfolgen, führe dazu, dass die Beklagte in Vertretung ihrer Zwangsmitglieder als Zivilrechtssubjekt tätig werden könne, was der hoheitlichen Aufgabe widerspreche. Durch Mehrheitsbeschlüsse der Beklagten könne diese weiterhin jedes Zwangsmitglied und somit auch sie – die Klägerin – in einen anderen Interessenverband überführen, was wiederum die Handlungsfreiheit der Pflichtmitglieder einschränke. Dies verletze neben der Berufsausübungsfreiheit auch die negative Vereinigungsfreiheit.

Selbst wenn von der Verfassungsmäßigkeit der Vorschrift auszugehen wäre, seien die Mitgliedschaften der Beklagten bei den Beigeladenen rechtswidrig. § 4 Abs. 2 Berliner Kammergesetz sehe nur den Zusammenschluss mit „Arbeitsgemeinschaften" in einer Rechtsform des Bürgerlichen Rechts – letztlich einer GbR – vor, nicht mit Vereinen. Entgegen der Ansicht des Verwaltungsgerichts handele es sich bei den in § 2 der Satzung des Beigeladenen zu 2. beschriebenen Aufgaben nicht um solche im Rahmen der Kammerzuständigkeit der Beklagten, da sie sich nicht aus den Einzelheiten des gesetzlichen Aufgabenkataloges herleiten ließen. Auch werde nicht nachgewiesen, dass es sich bei der berufspolitischen Interessenvertretung um eine delegierbare Befugnis, nämlich um eine eigentlich von der unmittelbaren Staatsverwaltung zu organisierende Aufgabe handele. Bei der in diesem Rahmen maßgeblichen Frage, ob alle Kammermitglieder oder nur die Selbständigen einen freien Beruf ausüben, habe das Gericht zu Unrecht die Definition des Bundesverbandes der freien Berufe zu Grunde gelegt. Dabei handele es sich nicht um eine parteineutrale Definition, sondern eine, die der Dachverband des Beigeladenen zu 2. zu eigennützigen Zwecken formuliert habe. Dem gegenüber werde insbesondere in Rechtslexika traditionell das Merkmal der Selbständigkeit betont. Weiter habe das Verwaltungsgericht die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfGE 16, 286 <294>) übersehen, wonach zum Wesen des freien Berufes die Unabhängigkeit in der gesamten Berufsgestaltung gehöre. Im Übrigen werde weiterhin jedweder Nutzen der streitigen Mitgliedschaft für die Beklagte bestritten, also nicht nur für die abhängig beschäftigten Kammerangehörigen. Hinzu komme, dass der Beigeladene zu 2. nur die Interessen der selbständigen Kammerangehörigen und nicht der angestellten Mitglieder wahrnehme. Der Beigeladene zu 2. nehme schon deswegen keine Aufgaben in der jeweiligen Kammerzuständigkeit wahr, weil nach seiner Satzung die Wahrnehmung der Interessen der Angehörigen eines bestimmten freien Berufes ausgeschlossen sei. Da der Beigeladene zu 2. seinerseits Mitglied im BFB sei, der als Dachverband der Spitzenvereinigungen der freien Berufe deren wirtschaftliche Belange vertrete, scheide auch unter diesem Aspekt die Zugehörigkeit der Beklagten aus. Denn die Verfolgung wirtschaftlicher Interessen sei ihr auf Grund ihrer Stellung als Körperschaft des öffentlichen Rechts verwehrt. Unabhängig davon liege eine unzulässige Doppelmitgliedschaft der Beklagten im BFB vor, weil diesem auch die Beigeladene zu 1. angehöre.

Gegen die Berufung der Beklagten wendet die Klägerin im Wesentlichen die satzungsrechtlich vorgegebene Unterlegenheit der angestellten/beamteten Apotheker in der Mitgliederversammlung der Beigeladenen zu 1. ein. Den selbständigen Apothekern werde es – im Gegensatz zu den nicht selbstständigen – ermöglicht, nicht nur bei der Bestimmung der vier Teilnehmer der Apothekerkammern, sondern auch der vier weiteren Teilnehmer der Apothekervereine/-verbände mitzuwirken. Bei den von den Apothekervereinen/-verbänden bestimmten Mitgliedern handele es sich ausschließlich um selbständige Apothekeninhaber/-leiter, weil angestellte Apotheker dort nicht Mitglied werden könnten. Das führe zu einem nicht hinnehmbaren Ungleichgewicht zu Lasten der abhängig beschäftigten Apotheker. Die Ausführungen des Bundesverwaltungsgerichts in der Handwerkskammerentscheidung zur so genannten Doppelrepräsentanz dürften lediglich als obiter dictum in dem Sinne angesehen werden, als der entscheidende Senat die Drittelbeteiligung nicht zu einem Prüfungsanlass gemacht habe. Entgegen der Ansicht der Beklagten stelle die Verbandsklausel des § 4 Abs. 2 Berliner Kammergesetz weder eine zusätzliche Absicherung der ABDA-Mitgliedschaft noch eine Billigung der Doppelrepräsentanz der Selbständigen dar. Trotz des Wortlauts wäre anderenfalls eine Änderung des abschließenden Aufgaben- bzw. Zuständigkeitskatalogs in § 4 Abs. 1 Berliner Kammergesetz erforderlich gewesen, was nicht erfolgt sei. Es fehle eine Delegationskompetenz des Gesetzgebers für die Verbandsklausel in der vorliegenden Form ebenso wie eine ausreichend bestimmte Grundlage für den Eingriff in ihr Grundrecht aus Artikel 2 Abs. 1 GG im Berliner Kammergesetz. Soweit die Beklagte sich in dem Sinne auf das Demokratieprinzip berufe, dass eine Kammer mit einer Vereinsmitgliedschaft Partikularinteressen verfolgen dürfe, wenn und soweit eine Mehrheit der Kammermitglieder die konkrete Mitgliedschaft billige, könne dies nur mit dem Vorbehalt gelten, dass ein Mehrheitsvotum nur dann gelte, wenn und soweit es durch Verfassung (Delegations-Befugnis) und Gesetz (Delegation) zugelassen werde.

Die Klägerin beantragt,
1. das angefochtene Urteil abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, zum nächstmöglichen Zeitpunkt aus dem Beigeladenen zu 2. auszutreten und bis dahin jede weitere Unterstüt-

zung des Beigeladenen zu unterlassen,
2. die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,
1. das Urteil des Verwaltungsgerichts Berlin vom 6. Mai 2004 abzuändern und die Klage auch insoweit abzuweisen als dem Antrag der Klägerin in erster Instanz entsprochen wurde.
2. die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Zur Begründung ihrer Berufung macht sie geltend, die Klägerin habe keinen Anspruch auf Austritt der Beklagten aus der Beigeladenen zu 1. Seit der grundlegenden Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts zur Mitgliedschaft der Handwerkskammer beim Zentralverband des Deutschen Handwerks sei geklärt, dass sich berufsständische Kammern unter zwei Voraussetzungen mit Verbänden von Selbständigen in Dachverbänden zusammenschließen könnten: Durch die Mitgliedschaft dürften keine Kompetenzen auf den Dachverband übertragen werden und die Mitgliedschaft müsse vom Aufgabenbereich der Kammer gedeckt sein. Beide Voraussetzungen seien vorliegend erfüllt. Das Verwaltungsgericht habe zutreffend festgestellt, dass die Beklagte keine Kompetenzen auf die Beigeladene zu 1. übertragen habe und die Mitgliedschaft auch vom Aufgabenbereich der Beklagten gedeckt sei. Entgegen der Ansicht des Verwaltungsgerichts sei jedoch das Verhältnis von selbständigen und angestellten Apothekern in den Gremien der Beigeladenen zu 1. nach den Grundsätzen der Handwerkskammerentscheidung des Bundesverwaltungsgerichts ohne Bedeutung. Es gebe genauso wenig ein Recht der angestellten Apotheker auf eine gleichmäßige Repräsentanz in den Organen der Beigeladenen zu 1. wie ein Recht der Gesellen auf Geltung der Drittelquote im Zentralverband. Die Mitwirkungsrechte der Gruppe der angestellten Apotheker in der Kammer würden auch nach dem Berliner Kammergesetz ausschließlich für die Entscheidungen der Kammer selbst gelten. Den angestellten Apothekern stehe es als Kammermitgliedern gleichfalls frei, ihre binnendemokratischen Beteiligungs- und Mitwirkungsrechte in der Kammer auszuüben und einen Beschluss über den Fortbestand der Mitgliedschaft in der Beigeladenen zu 1. herbeizuführen. Ungeachtet der klaren Rechtslage nach allgemeinem Kammerrecht habe der Gesetzgeber die Mitgliedschaft der Apothekerkammern in der von ihnen für sinnvoll erachteten Organisation durch die Einfügung der so genannten Verbandsklausel in § 4 Abs. 2 Bln KaG, gegen deren Verfassungsmäßigkeit keine Bedenken bestünden, gesetzlich verankern wollen. Dadurch habe er die Rechtmäßigkeit der Mitgliedschaft der Beklagten in der Beigeladenen zu 1. zusätzlich abgesichert und auch die doppelte Repräsentierung der selbständigen Apotheker in der Arbeitsgemeinschaft (über Kammer und Verband) für zulässig erklärt.

Hinsichtlich der Berufung der Klägerin macht die Beklagte geltend, diese habe auch keinen Anspruch auf Austritt aus der Beigeladenen zu 2. Seit der Entscheidung des Bundesgerichtshofs zur Zulässigkeit der Mitgliedschaft der Patentanwaltskammer im BFB sei geklärt, dass die Mitgliedschaft berufsständischer Kammern in berufsübergreifenden privatrechtlichen Organisationen von Angehörigen freier Berufe nach allgemeinen Kammerrecht zulässig sei, wenn die Mitgliedschaft sich innerhalb des der berufsständischen Kammer zugewiesenen Aufgabenbereichs halte sowie erforderlich und angemessen sei, um die zugewiesenen Aufgaben zu fördern und zu wahren. Diese Voraussetzungen seien bei der Mitgliedschaft der Beklagten im Beigeladen zu 2. erfüllt, zumal die Mitgliedschaft den Kammermitgliedern im Hinblick auf die äußerst geringe finanzielle Mehrbelastung auch zumutbar sei. Unzulässig werde die Mitgliedschaft erst dann, wenn der Dachverband Interessen vertrete, die keinerlei Bezug zu den beruflichen Belangen der Kammerangehörigen haben, zum Beispiel wenn die Satzung dem Verband eine gruppenspezifische Verbandspolitik ermögliche. Schon durch die interne Organisation des Beigeladenen zu 2. bzw. BFB als Dachverband sei sichergestellt, dass die Verbände nicht die Partikularinteressen bestimmter Berufsgruppen vertreten. Schon die satzungsmäßige Festlegung der Verbandsaufgabe auf eine berufsübergreifende Interessenvertretung stehe einem exklusiven Eintreten des Verbandes für die Belange einer einzelnen Berufsgruppe entgegen. Die Notwendigkeit und der Nutzen der Verbandsmitgliedschaft für die Beklagte lasse sich konkret in dem gemeinsamen Engagement des Beigeladenen zu 2. und der Apothekerkammer auf dem Gebiet der Berufsausbildung dokumentieren. Zutreffend gehe das Verwaltungsgericht davon aus, dass auch der angestellte Apotheker eine freiberufliche Tätigkeit ausübe. Die Einordnung als Freiberufler ergebe sich nicht nur aus den Urteilen des Bundesverwaltungs- und Bundesverfassungsgerichts, sondern werde darüber hinaus durch die Berufsordnung der Beklagten sowie die Apothekenbetriebsordnung bestätigt, die nicht zwischen selbständigen und angestellten Apothekern differenzierten. Selbst wenn die Selbständigkeit konstitutives Merkmal der Freiberuflichkeit wäre, würde sich an der Rechtmäßigkeit der Mitgliedschaft im Beigeladenen zu 2. nichts ändern, denn von einer Vertretung von Partikularinteressen könne dann keine Rede mehr sein, wenn die Kammermitglieder mehrheitlich die Mitgliedschaft billigten. Zudem sei diese Mitgliedschaft durch die Einfügung der Verbandsklausel in § 4 Abs. 2 Bln KaG zusätzlich abgesichert worden.

Die Beigeladene zu 1. hält das erstinstanzliche Urteil insoweit für fehlerhaft, als es auf eine strukturelle Unterrepräsentanz der angestellten beziehungsweise verbeamteten Apotheker gegenüber den selbständig tätigen Apothekern innerhalb der Beigeladenen zu 1. gestützt sei. Das Berliner Kammergesetz gehe von einem einheitlichen Berufsbild des Apothekers aus und unterscheide nicht zwischen Selbständigen und Angestellten. Einen wie auch immer gearteten Proporz dieser beiden Gruppen – etwa bei der Zusammensetzung der Delegiertenversammlung – sehe das Bln KaG folgerichtig nicht vor. Folglich könne dies auch nicht für die als privatrechtlich organisierte Vereinigung verlangt werden. Im Übrigen unterstützt die Beigeladene zu 1. die Argumentation der Beklagten.

Der Beigeladene zu 2. schließt sich im Wesentlichen den Ausführungen der Beklagten an.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und des Vor-

bringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Streitakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

I. Die Berufung der Klägerin ist zulässig, sie hat insbesondere die Berufungs- wie auch die Begründungsfrist eingehalten (§ 124 a Abs. 3 Sätze 1 und 2 VwGO).

Der Berufungsschriftsatz gegen das der Klägerin am 1. Juli 2004 zugestellte Urteil ist am 30. Juli 2004 beim Verwaltungsgericht eingegangen. Auf ihren rechtzeitig am 23. August 2004 eingegangenen Antrag ist die Frist zur Begründung der Berufung – wie beantragt – gemäß § 124 a Abs. 3 Satz 3 VwGO bis zum 1. Oktober 2004 (Freitag) verlängert worden. Obwohl der Schriftsatz mit der Berufungsbegründung ausweislich des Eingangsstempels erst am 2. Oktober 2004 beim Oberverwaltungsgericht eingegangen ist, ist die Begründungsfrist eingehalten, da der Stempel unrichtig ist. Der gerichtliche Eingangsstempel ist eine öffentliche Urkunde im Sinne von § 418 ZPO i.V.m. § 98 VwGO; er bescheinigt den Tag, an dem das Schriftstück bei Gericht eingegangen ist (vgl. BGH, Beschluss vom 30. Oktober 1997, NJW 1998, 461). Allerdings kann der dadurch begründete Beweis nach § 418 Abs. 2 ZPO i.V.m. § 98 VwGO durch Gegenbeweis entkräftet werden (vgl. BGH, a.a.O.). Dies ist vorliegend der Fall, die Rechtzeitigkeit des Eingangs der Berufungsbegründung der Klägerin am 1. Oktober 2004 ist zur vollen Überzeugung des Senats bewiesen.

Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin hat unter Vorlage von BVG-Fahrscheinen anwaltlich versichert, den Schriftsatz mit der Berufungsbegründung am 1. Oktober 2004 vor 00.00 Uhr in den Briefkasten des Oberverwaltungsgerichts in der Hardenbergstraße 31 eingeworfen zu haben. Ausweislich der vom Senat eingeholten Auskunft des Leiters der Amtmeisterei des Oberverwaltungsgerichts vom 1. November 2006 ist die Trennklappe des Nachtbriefkastens vom 1. (Freitag) auf den 2. Oktober 2004 (Samstag) korrekt gefallen. Dennoch ist der Eingangsstempel „ 2.10.2004“ unrichtig. Wäre der Schriftsatz am 1. Oktober 2004 vor 00.00 Uhr eingegangen, hätte er den Stempel 1.10.2004, wäre er nach 00.00 Uhr eingegangen, hätte er den Stempel 4.10.2004 (Montag) erhalten müssen, da die auf ein Wochenende fallenden Kalendertage nicht gestempelt werden. Wie es zu dem falschen Stempel gekommen ist, konnte auch durch Befragung des Wachtmeisters, der den Schriftsatz seinerzeit abgestempelt hat, nicht geklärt werden.

II. Die Berufung der Klägerin ist unbegründet. Das Verwaltungsgericht hat die zulässige Klage zu Recht abgewiesen. Der Klägerin steht ein auf Art. 2 Abs. 1 GG gestützter Anspruch auf Austritt der Beklagten aus dem Beigeladenen zu 2. nicht zu.

Rechtsgrundlage für den Zusammenschluss der Beklagten mit dem Beigeladenen zu 2. ist § 4 Abs. 2 des Gesetzes über die Kammern und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Berliner Kammergesetz – Bln KaG) in der Fassung vom 4. September 1978 (GVBI. S. 1937, 1980), zuletzt geändert durch das neunte Gesetz zur Änderung des Berliner Kammergesetzes vom 19. Juni 2006 (GVBI. S. 570). Danach sind die Kammern zur Wahrung von Berufs- und Standesbelangen berechtigt, mit Kammern des gleichen Berufs oder anderer Heilberufe, mit Verbänden, die gesetzliche Aufgaben in der Sozialversicherung erfüllen, und mit Verbänden, die Aufgaben im Rahmen der jeweiligen Kammerzuständigkeit wahrnehmen, in der Bundesrepublik Deutschland sowie in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union Arbeitsgemeinschaften in einer Rechtsform des bürgerlichen Rechts zu bilden.

Nach § 4 Abs. 1 Nr. 1 Bln KaG haben die Kammern die Aufgabe, im Rahmen des Gesetzes die beruflichen Belange ihrer Angehörigen unter Beachtung der Interessen der Allgemeinheit wahrzunehmen. Zu diesem Zweck, nämlich der Wahrung von Berufs- und Standesbelangen, hat der Landesgesetzgeber sie in § 4 Abs. 2 Bln KaG ausdrücklich ermächtigt, sich u. a. mit privatrechtlich organisierten Verbänden oder Vereinigungen zusammenzuschließen, und so ein bestimmtes Mittel zur Wahrnehmung der oben genannten Aufgabe an die Hand gegeben. Damit ist die sog. Verbandsklausel, die den Heilberufskammern eine Ermächtigung für eine Mitgliedschaft in berufsorientierten Vereinigungen gibt, gesetzlich verankert worden (vgl. Begründung zu § 4 Abs. 2, Abghs-Drs. 12/5503, S. 4 <ll, 24R>).

1. Gegen die Verfassungsmäßigkeit der Vorschrift bestehen keine Bedenken.

Ein Verstoß gegen das föderalistische Prinzip liegt nicht vor, da eine berufsständische Kammer mit ihrem Beitritt zu einem privatrechtlichen Verband keine Aufgaben an diesen überträgt (vgl. BVerwG, Urteil vom 10. Juni 1986 – 1 C 4/86 –, BVerwGE 74, 254, zur Mitgliedschaft der Handwerkskammer im Zentralverband des Deutschen Handwerks). Von Art. 9 Abs. 1 GG ist schon der Schutzbereich nicht tangiert. Vereinigungen, die – wie eine berufsständische Kammer – ihre Entstehung und ihren Bestand nicht grundrechtsinitiierter Freiwilligkeit verdanken, unterfallen von vornherein nicht dem Vereinsbegriff des Art. 9 Abs. 1 GG (vgl. BVerfG, Beschluss vom 7. Dezember 2001, NVwZ 2002, 335) mit der Folge, dass auch Art und Umfang der Wahrnehmung einzelner Aufgaben durch die Zwangskörperschaft nicht an dieser Norm zu messen sind.

Prüfungsmaßstab ist allein Art. 2 Abs. 1 GG (vgl. BVerfG, Beschluss vom 7. Dezember 2001, a.a.O.; BVerwG, Urteil vom 21. Juli 1998, a.a.O.). Ob Art. 12 Abs. 1 GG einschlägig wäre, kann offen bleiben, da insoweit die gleichen Maßstäbe anzulegen wären (vgl. BVerwG, Urteil vom 21. Juli 1998, a.a.O.). Es entspricht gefestigter Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts, dass die Mitglieder öffentlich-rechtlicher Verbände mit Pflichtmitgliedschaft, worunter auch die berufsständischen Kammern fallen, von dem Verband die Einhaltung der Grenzen verlangen können, die seinem Tätigwerden durch die gesetzlich normierte Aufgabenstellung gezogen sind. Das folgt insbesondere aus Art. 2 Abs. 1 GG, der nicht nur das Recht gewährt, von der Mitgliedschaft in einem „unnötigen“ Verband verschont zu bleiben, sondern dem einzelnen Mitglied auch ein Abwehrrecht gegen solche Eingriffe des Ver-

bandes in seine Handlungsfreiheit einräumt, die sich nicht im Wirkungskreis legitimer öffentlicher Aufgaben halten oder bei deren Wahrnehmung nicht dem Gebot der Verhältnismäßigkeit entsprochen wird (vgl. u.a. Urteil vom 17. Dezember 1981, BVerwGE 64, 298, m.w.N.). Es steht außer Frage, dass der Landesgesetzgeber der Beklagten in verfassungsrechtlich nicht zu beanstandender Weise in § 4 Abs. 1 Nr. 1 Bln KaG eine legitime öffentliche Aufgabe zugewiesen hat (vgl. BVerwG, Urteil vom 30. Januar 1996, NJW 1997, 814, zur Pflichtmitgliedschaft in einer Apothekerkammer), ohne dass entgegen der Ansicht der Klägerin wegen der weit gefassten Formulierung Bedenken bestünden (vgl. BVerwG, Urteil vom 17. Dezember 1998, BVerwGE 108, 169, zur Förderung der Interessen des Handwerks). Nach gefestigter Auffassung in Rechtsprechung und Literatur gehört es auch zu den Grundannahmen des deutschen Kammerrechts, dass die berufsspezifische Interessenwahrnehmung ein legitimes Aufgabenfeld der Kammern darstellt, mithin eine kammerimmanente Aufgabe ist (vgl. u.a. BVerfG, Beschluss vom 19. Dezember 1962, BVerfGE 15, 235). Sie erwächst aus der besonderen Stellung der berufsständischen Kammern zwischen staatlicher Verantwortung und gesellschaftlicher Selbstbestimmung, wie sie sich organisationsrechtlich in der öffentlich-rechtlichen Verfasstheit als körperschaftliche Selbstverwaltungseinrichtung mittelbarer Staatsverwaltung spiegelt (vgl. Hessischer VGH, Urteil vom 29. Juli 2004, DVBI. 2004, 1440).

Weiter entspricht es dem Wesen eines freien Berufes, dass seine Ausübung eigenverantwortlich und ohne sachlich nicht gerechtfertigte staatliche Bevormundung erfolgt. Unter dem Gesichtspunkt des Grundrechtsschutzes aus Art. 2 Abs. 1, 12 Abs. 1 GG ist deshalb die Tätigkeit berufsständischer Kammern mit Pflichtmitgliedschaft, soweit dadurch die Freiheitssphäre des einzelnen Mitglieds berührt wird, nur rechtmäßig, soweit sie erforderlich und geeignet ist, zur Verwirklichung einer die Pflichtmitgliedschaft rechtfertigenden Zielsetzung der Kammer beizutragen und soweit dadurch nicht in unzumutbarer Weise in das Recht des Einzelnen auf freie Ausübung seines Berufs eingegriffen wird (vgl. u.a. Urteil vom 17. Dezember 1981, BVerwGE 64, 298, m.w. N.). Innerhalb dieser Grenzen steht es in Ausübung ihres Selbstverwaltungsrechts grundsätzlich im Ermessen einer berufsständischen Kammer, auf welche Weise sie ihre Aufgabe der Interessenvertretung wahrnimmt (vgl. Hessischer VGH, Urteil vom 29. Juli 2004, a.a.O.). In der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist zudem geklärt, dass die Beteiligung einer berufsständischen Kammer an einem in der Rechtsform eines eingetragenen bürgerlich-rechtlichen Vereins organisierten Berufsverbandes auch ohne gesetzliche Ermächtigung als Teil der Aufgabenwahrnehmung durch die Kammer zulässig ist, sofern diese Mitgliedschaft im Rahmen des der Kammer gesetzlich zugewiesenen Aufgabenbereichs liegt (vgl. Urteile vom 10. Juni 1986 – 1 C 4/86 –, a.a. O., – 1 C 9/86 –, NJW 1987, 337).

Hiervon ist der Landesgesetzgeber 1961 bei der Schaffung des Berliner Kammergesetzes ausgegangen, indem er mit dem Auftrag an die Kammern, die beruflichen Belange der Kammerangehörigen wahrzunehmen, den Kammern – ohne gesetzliche Ermächtigung in Form einer Verbandsklausel – das Recht gegeben hat, überall dort tätig zu werden, wo Interessen auf dem Spiele stehen, die die Grundlagen und den Bestand der Berufsgruppen und damit das öffentliche Wohl berühren (vgl. Begründung zum Bln KaG von 1961, Abghs-Drs. 3/1112, S. 5). Demzufolge verstößt auch die der Beklagten nunmehr mit § 4 Abs. 2 Bln KaG ausdrücklich eingeräumte Befugnis, die in § 4 Abs. 1 Nr. 1 Bln KaG genannte Aufgabe in einer bestimmten Weise wahrzunehmen, für sich genommen nicht gegen Art. 2 Abs. 1 GG. Entscheidend ist vielmehr nach den oben dargestellten Grundsätzen, ob der Beitritt der Beklagten zum Beigeladenen zu 2. von den ihr gesetzlich zugewiesenen Aufgaben gedeckt ist, mithin ob der Satzungszweck des Beigeladenen zu 2. damit zu vereinbaren ist.

2. Die Mitgliedschaft der Beklagten in dem Beigeladenen zu 2. ergibt sich konkludent aus den seit 1974 entrichteten Beiträgen und dem aktuellen Mitgliederverzeichnis. Sie liegt innerhalb des ihr durch § 4 Abs. 1 Nr. 1 Bln KaG zugewiesenen und in § 3 Abs. 1 Nr. 1 ihrer Hauptsatzung vom 4. November 1993 (ABI. 1995, S. 994), zuletzt geändert am 15. März 2005 (ABI. S. 2298), wortgleich festgelegten Aufgabenbereichs. Die Beklagte wirkt als Mitglied bei dem Beigeladenen zu 2. mit, der seinerseits Mitglied des Bundesverbandes der freien Berufe – BFB – ist. Weder die satzungsgemäßen Aufgaben des Beigeladenen zu 2. noch die des BFB gehen über den Aufgabenbereich der Beklagten hinaus (vgl. zu dieser Voraussetzung BVerwG, Urteil vom 10. Juni 1986 – 1 C 9/86 –, a.a.O.).

a) Als eingetragener Verein ist der Beigeladene zu 2., in dem sich verschiedene berufsständische Körperschaften Berlins und andere Landesorganisationen aus den genannten Gruppierungen zusammengeschlossen haben, ebenso wie der BFB eine Arbeitsgemeinschaft in der Rechtsform des bürgerlichen Rechts i.S.v. § 4 Abs. 2 Bln KaG. Insoweit wird zur Begründung auf die zutreffenden Ausführungen des Verwaltungsgerichts unter II. 3. der Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils Bezug genommen (UA S. 11/12).

Zweck des Beigeladenen zu 2. ist es, alle berufsübergreifenden Bestrebungen der Angehörigen der freien Berufe in einem allgemeinen Sinn zu verfolgen und für die Erhaltung und den Ausbau des freien Berufs einzutreten. Die Tätigkeit ist beschränkt auf eine berufsübergreifende Interessenvertretung der freien Berufe. Sie darf den gesetzlich zugewiesenen Aufgabenbereich von Mitgliedern nicht überschreiten. Die Tätigkeit des Verbandes muss zur Förderung und Wahrung der den Mitgliedern zugewiesenen Aufgaben erforderlich und angemessen sein (§ 2 der Satzung des Verbandes der Freien Berufe e.V. vom 1. Juli 2003 – im Folgenden VFB-Satzung –). In § 2 der Satzung des BFB von 2002 – im Folgenden BFB-Satzung – ist diese Passage wortgleich enthalten.

b) Die allgemeine Verfolgung aller berufsübergreifenden, gemeinsamen ideellen und wirtschaftlichen Bestrebungen der freien Berufe durch den Beigeladenen zu 2. wie auch den BFB kann der Aufgabe zugeordnet werden, deren Wahrnehmung der Beklagten durch § 4 Abs. 1 Nr. 1 Bln KaG i.V.m. § 3 Abs. 1 Nr. 1 ihrer

Hauptsatzung eröffnet ist. Die genannte Verbandsaufgabe, die sich ebenso wenig wie die satzungsmäßigen Ziele des BFB auf die Verfolgung rein wirtschaftlicher Interessen beschränkt, ist hinreichend mit der Aufgabe der Beklagten, der Wahrung der beruflichen Belange der der Kammer angehörenden Apotheker, vereinbar (ebenso: Hessischer VGH, Urteil vom 29. Juli 2004, a.a.O., für die Mitgliedschaft der Ärztekammer im Verband Freier Berufe des Landes Hessen; BGH, Beschluss vom 18. Dezember 1995, NJW 1996, 1899, für die Mitgliedschaft der Patentanwaltskammer im BFB). Insoweit besteht auch Übereinstimmung mit den Entscheidungen des Bundesverwaltungsgerichts (Urteil vom 10. Juni 1986 – 1 C 9/86 –, a.a.O.) und des Oberverwaltungsgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen (Urteil vom 9. Dezember 1999, GewArch 2000, 378), da sich auch nach den dort vertretenen Auffassungen berufsübergreifende Bestrebungen, die in einem allgemeinen Sinne für den Erhalt und den Ausbau des freien Berufs eintreten, noch mit der berufsspezifischen Interessenvertretung durch berufsständische Kammern vereinbaren lassen. Insofern kann sowohl offen bleiben, ob aus einem allgemeinen Zweck der Beklagten die Rechtfertigung folgt, auch fremde Berufsinteressen wahrzunehmen, als auch die damit in Zusammenhang stehende Frage nach dem abschließenden Charakter des in § 4 Abs. 1 Bln KaG beschriebenen Aufgabenbereichs (vgl. BVerwG, Urteil vom 10. Juni 1986 –1 C 9/86 –, a. a.O.; OVG NRW, Urteil vom 9. Dezember 1999, a.a.O.). Die Festlegung der Verbandsaufgabe auf die berufsübergreifende Interessenvertretung bedeutet zugleich, dass es dem Beigeladenen zu 2. verwehrt ist, exklusiv für die Belange einer bestimmten Gruppe freier Berufe einzutreten (vgl. Hessischer VGH, Urteil vom 29. Juli 2004, a.a.O.). Diese Beschränkung ist – wie aufgezeigt wurde – in den §§ 2 der Satzungen des Beigeladenen zu 2. und des BFB ausdrücklich niedergelegt. Im Gegensatz hierzu hatten die vorgenannten Entscheidungen des Bundesverwaltungsgerichts (Urteil vom 10. Juni 1986 – 1 C 9/86 –, a.a.O.), des Oberverwaltungsgerichts Bremen (Urteil vom 16. März 1993, NJW 1994, 1606) und des Oberverwaltungsgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen (Urteil vom 9. Dezember 1999, a.a.O.) andere Fassungen der Satzungen des BFB und des jeweiligen Beigeladenen zum Gegenstand. Im Fall des Bundesverwaltungsgerichts ermöglichte schon der bloße Wortlaut der damaligen Satzungen den Verbänden eine Tätigkeit, die über ein allgemeines Eintreten für den freien Beruf hinausging und die Wirkungsfelder einzelner freier Berufe betraf. Die daraufhin satzungsmäßig vorgenommene Einschränkung dahingehend, dass die Wahrnehmung der Interessen eines bestimmten freien Berufs ausgeschlossen sei, soweit damit nicht auch berufsübergreifende Bestrebungen für die Gesamtheit der freien Berufe unauflösbar verbunden seien, enthielt nach Auffassung des Oberverwaltungsgerichts Bremen wie des Oberverwaltungsgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen immer noch eine nicht vom Aufgabenbereich der dortigen Kammer gedeckte Ermächtigung zur Unterstützung spezifischer Forderungen einzelner Berufe (anders BGH, Beschluss vom 18. Dezember 1995, a.a.O.). Die konkrete Verbandstätigkeit belegte in allen drei Fällen das von den Gerichten zugrunde gelegte Verständnis des in den früheren Satzungen niedergelegten Aufgabenbereichs.

Auch der zwischen den Beteiligten streitige Begriff des freien Berufs rechtfertigt keine andere rechtliche Beurteilung.

Entgegen der Ansicht der Klägerin ist die Selbständigkeit von Apothekern nicht konstituierend für ihre Zugehörigkeit zu einem bzw. die Ausübung eines freien Beruf(s). Zwar gehören ausweislich allgemeiner Lexika zu der Gruppe der freiberuflich Tätigen nur Selbständige (Brockhaus Enzyklopädie, 1968, S. 559; Meyers Großes Taschenlexikon, 2006, S. 2376; vgl. auch BVerfG, Entscheidung vom 23. Juli 1963, BVerfGE 16, 286). Demgegenüber ist aber in der in § 1 Abs. 2 Satz 1 des Gesetzes über Partnerschaftsgesellschaften Angehöriger Freier Berufe (Partnerschaftsgesellschaftsgesetz – PartGG –) vom 25. Juli 1994 (BGBl. I S. 1744), zuletzt geändert durch Gesetz vom 10. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3422), genannten Definition das Merkmal der Selbständigkeit nicht enthalten, die selbständige Berufstätigkeit in Satz 2 vielmehr nur als eine Möglichkeit der Ausübung eines freien Berufs genannt. Auf diese Umschreibung, die auch als Legaldefinition des Bundesgesetzgebers angesehen wird (vgl. Bericht der Bundesregierung über die Lage der Freien Berufe 2002, Drs. 14/9499, S. 2), verweist das Institut für Freie Berufe Nürnberg – IFB – auf seiner Homepage. Ebenso wenig unterscheidet die Berufsordnung der Apothekerkammer Berlin vom 26. August 1998 (ABl. 4380), geändert am 27. Juni 2000 (ABl. 4072), nach deren Präambel der Apotheker einen freien Heilberuf ausübt, in den im ersten und zweiten Teil enthaltenen Vorschriften hinsichtlich der Aufgaben und allgemeinen Verhaltenspflichten zwischen selbständig und angestellt tätigen Apothekern. Dem entspricht das verfassungsrechtlich gebilligte überkommene Berufsbild des Apothekers als eines freien Berufs, für das neben der akademischen Ausbildung die Auferlegung besonderer öffentlich-rechtlicher Standespflichten sowie allgemein die Unterstellung unter die Standesaufsicht und die Berufsgerichtsbarkeit kennzeichnend ist, ohne dass es auf die selbständige Berufsausübung ankäme (vgl. BVerfG, Beschluss vom 13. Februar 1964, BVerfGE 17, 232; Beschluss vom 22. Mai 1996, BVerfGE 94, 372; BVerwG, Beschluss vom 14. November 2001, DVBl. 2002, 206).

Unabhängig hiervon gehören zu den der Kammer angehörenden Apothekern jedenfalls auch solche, die ihren Beruf selbständig und damit unstreitig freiberuflich ausüben. Es ist nichts dafür ersichtlich, dass die Wahrung der beruflichen Belange der Kammerangehörigen lediglich auf die Vertretung von Interessen beschränkt wäre, die allen Apothekern unabhängig von der Art ihrer Berufsausübung gemeinsam sind. Anders als in dem vom Oberverwaltungsgericht Bremen entschiedenen Fall (Urteil vom 16. März 1993, a.a.O.) ist der Aufgabenbereich der Beklagten nicht auf die Wahrung der beruflichen Belange der Gesamtheit der Kammerangehörigen beschränkt, d.h. sie muss ihre Tätigkeit nicht an deren Gesamtinteresse ausrichten. Der damit ggf. einhergehende unterschiedliche Nutzen der Kammer- bzw. Verbandstätigkeit für die einzelnen Kammermitglieder steht dem nicht entgegen (vgl. dazu unten 3.).

Aus dem gleichen Grund ist der Beklagten über ihre Mitgliedschaft in dem Beigeladenen zu 2. und dem BFB nicht die Verfolgung wirtschaftlicher Interessen verwehrt. Bei diesen handelt es sich ohne Zweifel um berufliche Belange zumindest der selbständig tätigen Apotheker. Soweit das Gesetz – wie hier – keine entgegenstehende Regelung trifft, steht es der Beklagten in Ausübung ihres Selbstverwaltungsrechts grundsätzlich frei, auf welche Weise sie ihre Aufgabe der Wahrung beruflicher Belange ihrer Mitglieder erfüllt. Hinzu kommt, dass das Gesetz auf eine materielle Ausfüllung des Begriffs der beruflichen Belange verzichtet und deren Definition dem jeweiligen Entscheidungsfindungsverfahren der gesetzlich bestimmten Organe der jeweiligen Kammer überlässt (vgl. BVerwG, Urteil vom 10. Juni 1986 – 1 C 4/86 –, a.a.O.). Dagegen bestehen bis zu einer hier nicht berührten äußersten Grenze keine verfassungsrechtlichen Bedenken. Zulässig ist danach jede Wahrnehmung von beruflichen Belangen der Apothekerschaft, für die sich im Willensbildungsprozess der Beklagten eine Mehrheit findet. Dies bedeutet aber, eine Aufgabenüberschreitung kann nicht darin liegen, dass die Beklagte sich dank ihrer Kompetenz zur Definition der beruflichen Belange für die Mitgliedschaft bei dem Beigeladenen zu 2. entscheidet und entsprechend dieser Entscheidung an der Verfolgung wirtschaftlicher Interessen mitwirkt (vgl. BVerwG, Urteil vom 10. Juni 1986 – 1 C 4/86 –, a.a.O.), zumal die Tätigkeiten des Beigeladenen zu 2. und des BFB den gesetzlich zugewiesenen Aufgabenbereich ihrer Mitglieder nicht überschreiten dürfen (vgl. § 2 der Satzungen). Vor diesem Hintergrund bestehen ebenfalls keine Bedenken gegen die von der Klägerin gerügte Doppelmitgliedschaft der Beklagten im BFB über den Beigeladenen zu 2. und die Beigeladene zu 1.

c) Die Rechtswidrigkeit der Mitgliedschaft der Beklagten ergibt sich schließlich nicht aus dem tatsächlichen Wirken des Beigeladenen zu 2. und des BFB. Für die Frage, ob eine berufsständische Kammer mit ihrer Verbandsmitgliedschaft ihren gesetzlichen Aufgabenkreis überschreitet, kommt es grundsätzlich auf einen Vergleich mit dem satzungsgemäßen Aufgabenbereich der jeweiligen Verbände an (vgl. BGH, Beschluss vom 18. Dezember 1995, a.a.O.; Hess VGH, Urteil vom 30. Juni 2004, a.a. O.). Gegenteiliges ist auch den Entscheidungen des Bundesverwaltungsgerichts (Urteil vom 10. Juni 1986 – 1 C 9/86 –, a.a.O.), des Oberverwaltungsgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen (Urteil vom 9. Dezember 1999, a.a.O.) sowie des Oberverwaltungsgerichts Bremen (Urteil vom 16. März 1993, a.a.O.) nicht zu entnehmen, in denen die jeweils festgestellte konkrete Verbandstätigkeit lediglich als Beleg dafür herangezogen worden ist, dass die überprüften Satzungen der Verbände tatsächlich in dem von den Gerichten zugrunde gelegten Sinne verstanden und gelebt worden sind. Die tatsächlichen Aktivitäten eines Verbandes sind in der Regel nicht geeignet, die Rechtswidrigkeit der Mitgliedschaft einer berufsständischen Kammer zu begründen, und zwar selbst dann nicht, wenn diese im konkreten Fall von der Verbandssatzung nicht gedeckt wären und dadurch zugleich der gesetzliche Aufgabenbereich der Kammer überschritten würde. Bei derartigen Überschreitungen handelt es sich um Angelegenheiten, die der verbandsinternen Kontrolle unterliegen (vgl. BGH, Beschluss vom 18. Dezember 1995, a.a.O.; Hess VGH, Urteil vom 30. Juni 2004, a.a. O.; Tettinger, Kammerrecht, 1997, S. 156; offen gelassen von VG München, Urteil vom 20. Juli 2004, ApoR 2004, 173).

Dabei kann offen bleiben, ob abweichend von diesem Grundsatz ein andauernder, schwerwiegender und verbandsintern nicht zu regelnder Satzungsbruch des Verbandes, der gleichzeitig im Widerspruch zu den gesetzlichen Aufgaben der Kammer steht, zur Rechtswidrigkeit der Mitgliedschaft führen könnte (so Tettinger, a.a.O.). Anhaltspunkte dafür sind vorliegend nicht ersichtlich. Ausweislich der Homepage des BFB (www.freie-berufe.de) ist dieser in den Jahren 2001 bis 2006 lediglich mit einer Stellungnahme für die Interessen nur eines freien Berufes ohne – soweit ersichtlich – berufsübergreifende Bezüge eingetreten (BFB-Stellungnahme vom 1. November 2006 zum Referentenentwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes und anderer Gesetze). Für den Beigeladenen zu 2. liegen Erkenntnisse zu etwaigen Überschreitungen des satzungsgemäßen Aufgabenbereichs nicht vor.

3. Die Mitgliedschaft der Beklagten in dem Beigeladenen zu 2. sowie mittelbar im BFB ist geeignet und erforderlich zur Verwirklichung der Zielsetzung beizutragen, die mit den der Kammer zugewiesenen Aufgaben verfolgt werden (vgl. dazu BVerwG, Urteil vom 17. Dezember 1981, a.a.O.), sowie verhältnismäßig im engeren Sinne und damit zumutbar.

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist ein Mittel bereits dann im verfassungsrechtlichen Sinne geeignet, wenn mit seiner Hilfe der gewünschte Erfolg gefördert werden kann, wobei die Möglichkeit der Zweckerreichung genügt. Es ist vornehmlich Sache des Gesetzgebers, auf der Grundlage seiner wirtschaftspolitischen Vorstellungen und Ziele sowie unter Beachtung der Sachgesetzlichkeiten des betreffenden Sachgebiets zu entscheiden, welche Maßnahmen er im Interesse des Gemeinwohls ergreifen will (vgl. u.a. Beschluss vom 7. Dezember 2001, a.a. O., m.w.N). Diese vom Bundesverfassungsgericht für die Pflichtmitgliedschaft in einer öffentlichrechtlichen Körperschaft als solcher aufgestellten Grundsätze gelten in gleicher Weise für die an Art. 2 Abs. 1 GG zu messende Tätigkeit der Körperschaft. Daraus folgt, dass sich die streitbefangene Mitgliedschaft der Beklagten in dem Beigeladenen zu 2. nicht – wie die Klägerin meint – als zwingend darstellen muss.

Die Entscheidung des Landesgesetzgebers, den berufsständischen Kammern die in § 4 Abs. 2 Bln KaG beschriebene Befugnis einzuräumen, und der darauf fußende Beitritt der Beklagten zum Beigeladenen zu 2. und darüber zum BFB sind von den dargestellten Grundsätzen gedeckt. Die Belange von Kammerangehörigen eines bestimmten Berufs auf einer sachlich übergeordneten wie auch überregionalen Ebene zu vertreten und dadurch zu einer Bündelung von den verschiedenen Berufssparten gemeinsamen Interessen beizutragen, ist aus Sicht des Landesgesetzgebers und ggf. der jeweiligen Kammer effektiver. Zudem bietet gerade die Beteiligung von berufsständischen Kam-

mern an privatrechtlich organisierten Vereinigungen die Chance, die gewünschte Interessenvertretung in höherem Maße am Gesamtinteresse und am Gemeinwohl zu orientieren.

Ebenso wenig ist das Gebot der Erforderlichkeit verletzt. Dies wäre nur dann der Fall, wenn das Ziel der staatlichen Maßnahme durch ein anderes, gleich wirksames Mittel erreicht werden könnte, mit dem das betreffende Grundrecht nicht oder weniger fühlbar eingeschränkt würde (vgl. BVerfG, Beschluss vom 7. Dezember 2001, a.a.O.). Eine andere Möglichkeit, berufliche Belange auf einer derart breit angelegten Basis zur Geltung zu bringen, wie eine sachlich übergeordnete und überregionale Ebene sie bietet, ist weder dargetan noch erkennbar.

Die Mitgliedschaft der Beklagten in den beiden Verbänden ist für die einzelnen Kammermitglieder auch nicht nutzlos. Der Beigeladene zu 2. und der BFB konzentrieren sich ausweislich ihres in den jeweiligen Satzungen niedergelegten Zwecks – wie dargestellt – auf die berufsübergreifenden Aspekte der freien Berufe. Dies spiegelt sich auch in den auf der Homepage des Beigeladenen zu 2. aufgeführten Hauptaufgaben und Zielen wieder, die darin bestehen, die Gruppen der freien Berufe zusammenzufassen und gegenüber den Länderbehörden oder der Öffentlichkeit einheitlich zu vertreten und zu fördern, für eine qualifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildung einzutreten sowie die Beziehungen aller freien Berufe untereinander zu pflegen. Diese Aktivitäten liegen im Interesse sowohl der selbständig als auch der nicht selbständig tätigen Apotheker und kommen beiden Gruppen in gleichem Maße zugute. Soweit der Beigeladene zu 2. darüber hinaus das Ziel verfolgt, die ethischen und ökonomischen Grundlagen freier Berufsausübung zu sichern, und zu diesem Zweck Hilfe bzw. Beratung bei der Existenzgründung sowie mit dem so genannten Runden Tisch ein Instrument für die Überwindung von Unternehmenskrisen anbietet, nützt dieses Engagement zwar in erster Linie den Selbständigen. Dies ist jedoch im Hinblick auf die erforderliche Gesamtbetrachtung nicht zu beanstanden. Denn gerade bei Berufen, die durch das Nebeneinander selbständiger und unselbständiger Berufsausübung gekennzeichnet sind, ist es von der Sache her gar nicht zu vermeiden, dass bestimmte Betätigungen einer Vereinigung primär den selbständigen Betriebsinhabern zugute kommen. Zumindest mittelbar können sich aber die Vorteile, die z.B. Apothekeninhaber aus derartigen Aktivitäten ziehen, auch zugunsten angestellter Apotheker auswirken (vgl. VG München, Urteil vom 20. Juli 2004, ApoR 2004, 173). Unabhängig hiervon tritt dieser Umstand nicht erst durch die Teilnahme an übergeordneten Verbänden, sondern in gleichem Maße kammerintern auf. Die Struktur von Kammern der Heilberufe, denen Personen mit zwar gleicher Approbation, aber mit zum Teil sehr unterschiedlichen beruflichen Betätigungsarten angehören, bringt es mit sich, dass die verschiedenen Gruppen der Kammermitglieder in teils erheblich unterschiedlichem Maße von den Tätigkeiten dieser Standesorganisationen profitieren, ohne dass hieraus die Rechtswidrigkeit der Art der Aufgabenerfüllung herzuleiten ist (vgl. BVerwG, Urteil vom 26. Januar 1993, BVerwGE 92, 24). Gleiches gilt für die Beteiligung berufsständischer Kammern an übergeordneten Verbänden. Dem unterschiedlichen Nutzen wird bei der Höhe der Beiträge Rechnung getragen (vgl. dazu BVerwG, Urteil vom 26. Januar 1993, a.a.O.). So beträgt der jährliche Beitrag ausweislich der Beitragsordnung des Beigeladenen zu 2. vom 27. Mai 2004 für selbständige Mitglieder 2,- EUR und für angestellte 1,- EUR. Angesichts dessen ist die Mitgliedschaft der Beklagten in dem Beigeladenen zu 2. sowie im BFB für die einzelnen Kammermitglieder auch verhältnismäßig im engeren Sinne und damit zumutbar.

III. Die zulässige Berufung der Beklagten ist begründet. Das Verwaltungsgericht hat der Klage zu Unrecht teilweise stattgegeben. Die Klage ist zwar zulässig, aber unbegründet. Der Klägerin steht ein auf Art. 2 Abs. 1 GG gestützter Anspruch auf Austritt der Beklagten aus der Beigeladenen zu 1. nicht zu.

Auch für den Zusammenschluss der Beklagten mit der Beigeladenen zu 1. ist § 4 Abs. 2 Bln KaG die einschlägige Rechtsgrundlage. Insoweit gelten die oben unter II. aufgeführten Grundsätze. Auf die diesbezüglichen Ausführungen wird zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug genommen.

1. Die Mitgliedschaft der Beklagten in der Beigeladenen zu 1. ergibt sich konkludent aus dem aktuellen Mitgliederverzeichnis. Sie liegt innerhalb des ihr durch § 4 Abs. 1 Nr. 1 Bln KaG zugewiesenen und in § 3 Abs. 1 Nr. 1 ihrer Hauptsatzung wortgleich festgelegten Aufgabenbereichs.

a) Die Beigeladene zu 1., der als Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände die 34 Apothekerkammern bzw. Apothekervereine/-verbände angehören (Mitgliederverzeichnis, Stand: März/November 2006), ist eine Arbeitsgemeinschaft in der Rechtsform des bürgerlichen Rechts i.S.v. § 4 Abs. 2 Bln KaG. Insoweit wird zur Begründung wiederum auf die zutreffenden Ausführungen des Verwaltungsgerichts unter II. 3. der Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils Bezug genommen (UA S. 11/12). Auf die Frage, ob die Beklagte durch ihre Mitgliedschaft in der Beigeladenen zu 1. gesetzliche Aufgaben in der Sozialversicherung erfüllt, kommt es nicht an, da § 4 Abs. 2 Bln KaG die grundsätzliche Befugnis gewährt, sich mit Verbänden zusammenzuschließen, die Aufgaben im Rahmen der jeweiligen Kammerzuständigkeit wahrnehmen, was – wie noch ausgeführt wird – vorliegend der Fall ist. Ebenso wenig ist erheblich, ob der Landesgesetzgeber bei der Schaffung der Norm Existenz und Funktion der Beigeladenen zu 1. in den Blick genommen hat, solange sie unter eine der in § 4 Abs. 2 Bln KaG abstrakt genannten Alternativen fällt.

Die Beigeladene zu 1. bezweckt die Wahrnehmung und Förderung der gemeinsamen Interessen der in ihr zusammengeschlossenen Apothekerkammern und Apothekervereine/-verbände in der Bundesrepublik Deutschland, soweit sie auf der Basis von Kammerbezirken organisiert sind (§ 1 Abs. 1 der Satzung vom 8. Dezember 2005, im Folgenden: ABDA-Satzung –). Zu diesem Zweck übernimmt sie u.a. eine Beratungs-, Vermittlungs- und Unterrichtungsfunktion zwischen den einzelnen Mitgliedsorganisationen, die Verhandlungsführung gegenüber Behörden in überregionalen und übergeordneten Angelegenheiten sowie die Sicher- bzw.

Herstellung einheitlicher Grundsätze für die Tätigkeit der Apothekerinnen und Apotheker in allen Bereichen (§ 1 Abs. 3 ABDA-Satzung).

b) Die Verfolgung der dargestellten Ziele durch die Beigeladene zu 1. ist ohne Zweifel von der der Beklagten in § 4 Abs. 1 Nr. 1 der Hauptsatzung zugewiesenen Aufgabe, die Berufs- und Standesbelange ihrer Kammerangehörigen unter Beachtung der Interessen der Allgemeinheit zu wahren, gedeckt (ebenso: VG München, Urteil vom 20. Juli 2004, a.a.O.; VG Stuttgart, Urteil vom 15. Juli 2004, ApoR 2004, 160, und zwar unabhängig von dem nicht abschließenden Charakter des Aufgabenkatalogs der dortigen Apothekerkammer). Insoweit wird zur näheren Begründung auf die zutreffenden Ausführungen des Verwaltungsgerichts unter II. 2. der Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils Bezug genommen (UAS. 10/11).

Eine Aufgabenüberschreitung durch die streitbefangene Mitgliedschaft liegt auch nicht im Hinblick auf die von der Klägerin gerügte Doppelrepräsentanz der selbständigen Apotheker in der von Apothekerkammern und -verbänden gebildeten Beigeladenen zu 1. vor. Die inhaltliche Beachtung der Tätigkeitsgrenzen der Kammern ist auch insoweit das entscheidende Kriterium und nicht die Strukturgleichheit der Willensbildung in den Kammern einerseits und den privatrechtlichen Verbänden andererseits (vgl. VG Stuttgart, Urteil vom 15. Juli 2004, a.a.O.; Pietzcker, Kammerrecht in Bewegung, NJW 1987, 305).

Zunächst erlaubt § 4 Abs. 2 Bln KaG den Beitritt der Beklagten auch unter diesem Aspekt, da lediglich erforderlich ist, dass die in Betracht kommenden Verbände Aufgaben im Rahmen der jeweiligen Kammerzuständigkeit wahrnehmen, ohne notwendigerweise das gesamte Aufgabenspektrum des § 4 Abs. 1 Bln KaG abdecken zu müssen. Auch in der Vertretung von Interessen selbständiger Apotheker liegt eine Wahrnehmung beruflicher Belange von Kammerangehörigen. Ob und in welchem Umfang dies erfolgt, unterliegt dem internen Willensbildungsprozess, der rechtsstaatlichen Anforderungen genügen und als Ausdruck einer demokratischen Binnenstruktur insbesondere eine gleichberechtigte Mitwirkung aller Mitglieder durch Wahlen ermöglichen muss (Tettinger, a.a.O., S. 97; Papier, NJW 1987, 1308 <1310>). Dies ist vorliegend sowohl auf der Kammer- als auch auf der übergeordneten Verbandsebene gewährleistet. Nach den einschlägigen Vorschriften der Hauptsatzung der Beklagten verfügt jedes ihrer Mitglieder bei Abstimmungen über eine Stimme, ohne zwischen angestellten und selbständigen Apothekern zu differenzieren. Gegen diese Egalität bestehen trotz der Pflichtmitgliedschaft keine rechtlichen Bedenken, da das die zwangsweise Zusammenführung sachlich rechtfertigende Kriterium (vgl. dazu Tettinger, a.a.O., S. 108, 109) in der Approbation zum Apotheker liegt, und zwar unabhängig von der Form der tatsächlichen Berufsausübung. Die Ausgestaltung der Entscheidungsprozesse bei der Beigeladenen zu 1. genügt gleichfalls rechtsstaatlichen Anforderungen. Zwar folgt die Stimmenverteilung auf die einzelnen Mitgliedsorganisationen hier nicht dem Prinzip einer arithmetischen Egalität, vielmehr wird sie nach Maßgabe der Mitgliederzahlen eines jeden Kammerbezirks vorgenommen (vgl. § 3 Abs. 4 ABDA-Satzung). Diese Form der Stimmengewichtung ist ebenso Ausdruck des Grundsatzes gleicher Teilhabe aller Glieder (vgl. Papier, a.a. O., S. 1313), da Mitglieder der Beigeladenen zu 1. nicht die einzelnen Apotheker, sondern die verschiedenen Mitgliedsorganisationen sind. Zwar sind damit angestellten Apothekern nicht die gleichen Mitwirkungsmöglichkeiten garantiert, weil eine Majorisierung durch Mitgliedsorganisationen möglich ist, die ausschließlich selbständige Apotheker vertreten. Dieser Umstand wird jedoch in zweifacher Hinsicht in ausreichendem Maße kompensiert. Zum einen besteht auf der übergeordneten Verbandsebene keine Zwangsmitgliedschaft. Ob die Beklagte sich der Beigeladenen zu 1. anschließt, unterliegt allein einer entsprechenden Beschlussfassung ihrer Mitglieder. Zum anderen binden die Entscheidungen des Dachverbandes nicht die Mitgliedsorganisationen. Die Beschlüsse der Hauptversammlung, in der die berufspolitische Willensbildung der deutschen Apotheker erfolgt (§ 4 Abs. 1 ABDA-Satzung), sind lediglich für das Handeln der Beigeladenen zu 1. und deren Organe verbindlich (§ 4 Abs. 2 ABDA-Satzung). Das Zusammenspiel von korporativer Mitgliedschaft und fehlender Bindungswirkung von Beschlüssen der Beigeladenen zu 1. für die gesetzliche Aufgabenerledigung der Beklagten stellen sicher, dass die Mitgliedschaft der Beklagten zu keiner Einschränkung bei der Erledigung ihrer gesetzlichen Aufgaben führt (vgl. BVerwG, Urteil vom 10. Juni 1986 – 1 C 4/86 –, a.a.O., zur Drittelbeteiligung der Gesellen in Organen der Handwerkskammer).

Weiter ist zu berücksichtigen, dass den Apothekerkammern sämtlicher Kammerbezirke im Verhältnis zu den jeweiligen Apothekerverbänden tatsächlich ein größerer Stimmenanteil zukommt (vgl. z.B. die Aufstellung über die Stimmenzahlen für die Mitgliederversammlungen der Beigeladenen zu 1. in der Zeit vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2003), und in der Satzung der Beigeladenen zu 1. die Möglichkeit gesichert ist, dass angestellte Apotheker Einfluss auf die Entscheidungsprozesse nehmen können. Den Organen der Beigeladenen zu 1. müssen in unterschiedlichem Umfang Apotheker angehören, die ihren Beruf in nicht selbständiger Stellung ausüben (vgl. §§ 3 Abs. 3, 4 Abs. 4, 5 Abs. 2, 6 Abs. 2 ABDA-Satzung), und die auf eine Mitgliedsorganisation entfallenden Stimmen können nur einheitlich abgegeben werden (vgl. § 3 Abs. 5 Satz 1 ABDA-Satzung). Hinzu kommt, dass die Bestellung der Organmitglieder Sache der jeweiligen Mitgliedsorganisation ist (vgl. § 3 Abs. 3 Satz 2 ABDA-Satzung), so dass die von den Apothekerkammern zu entsendenden Mitglieder auch ausschließlich angestellte Apotheker sein können. Mithin tritt die Beklagte bei der Beigeladenen zu 1. nach Maßgabe des Willens auf, der sich in der Kammer nach den dort vorgesehenen Verfahren gebildet hat.

Damit unterliegen Art und Umfang der Wahrnehmung von Berufs- und Standesbelangen durch die Beklagte allein dem kammerinternen, demokratischen Grundsätzen entsprechenden Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozess, solange der gesetzlich zugewiesene Aufgabenbereich nicht überschritten wird. Soweit dabei einzelne Gruppen von Kammermitgliedern in möglicherweise erheblich un-

terschiedlichem Maße von den Tätigkeiten der Standesorganisation profitieren, ist dies im Hinblick auf die Struktur von Kammern der Heilberufe, denen Personen mit zwar gleicher Approbation, aber zum Teil sehr unterschiedlichen beruflichen Betätigungsarten angehören, nicht zu beanstanden (vgl. BVerwG, Urteil vom 26. Januar 1993, a.a.O.).

c) Die Rechtswidrigkeit der Mitgliedschaft der Beklagten ergibt sich auch nicht aus dem tatsächlichen Wirken der Beigeladenen zu 1. Für die Frage, ob eine berufsständische Kammer mit ihrer Verbandsmitgliedschaft ihren gesetzlichen Aufgabenkreis überschreitet, kommt es – wie bereits ausgeführt wurde – grundsätzlich auf einen Vergleich mit dem satzungsgemäßen Aufgabenbereich der jeweiligen Verbände an. Ob abweichend von diesem Grundsatz ein andauernder, schwerwiegender und verbandsintern nicht zu regelnder Satzungsbruch des Verbandes, der gleichzeitig im Widerspruch zu den gesetzlichen Aufgaben der Kammer steht, zur Rechtswidrigkeit der Mitgliedschaft führen könnte, kann auch für den Fall der Beigeladenen zu 1. dahingestellt bleiben. Anhaltspunkte dafür liegen nicht vor. Ausweislich der Homepage (www.abda.de) und der dort für die Zeit von Oktober 2005 bis November 2006 verzeichneten Pressemeldungen ist diese nicht außerhalb ihres satzungsgemäßen Aufgabenbereichs tätig geworden. Entsprechendes ergibt sich auch nicht aus dem Jahresbericht 05/06. Für die von der Klägerin behauptete Wahrnehmung eines allgemeinpolitischen Mandats ist nichts ersichtlich.

d) Soweit die Klägerin geltend macht, die Mitgliederversammlung der Beigeladenen zu 1. unterliege keinerlei Kontrolle, Veranstaltungen wie der Deutsche Apothekertag würden vordemokratisch geführt und der Grundsatz der Haushaltsklarheit werde verletzt, wendet sie sich gegen Einzelheiten der organisationsrechtlichen Struktur der Beigeladenen zu 1. sowie gegen innerorganisatorische Vorgänge bzw. Abläufe. Derartige Einwände sind nicht geeignet, die Rechtswidrigkeit einer Mitgliedschaft zu begründen, solange die Beigeladene zu 1. – wie hier –ersichtlich die Mindestvoraussetzungen der Rechtsform eines eingetragenen Vereins erfüllt. Es steht den Mitgliedern der Beklagten frei, über ihre Delegierten vereinsintern mit den satzungsmäßig vorgesehenen Mitteln zu versuchen, etwaige Missstände abzubauen oder nötigenfalls Änderungen herbeizuführen.

2. Die Mitgliedschaft der Beklagten in der Beigeladenen zu 1. ist geeignet und erforderlich zur Verwirklichung der Zielsetzung beizutragen, die mit den der Kammer zugewiesenen Aufgaben verfolgt werden (vgl. dazu BVerwG, Urteil vom 17. Dezember 1981, a.a.O.) sowie verhältnismäßig im engeren Sinne und damit zumutbar. Insoweit wird zur weiteren Begründung auf die unter II. 3. gemachten Ausführungen bezüglich der Mitgliedschaft der Beklagten in dem Beigeladenen zu 2. Bezug genommen, die hier entsprechend gelten. Den Einwand der Nutzlosigkeit hat die Klägerin hinsichtlich des Beitritts zur Beigeladenen zu 1. nicht erhoben.

Die Kostenentscheidung folgt aus §§ 154 Abs. 1, 162 Abs. 3 VwGO. Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf § 167 Satz 1 VwGO in Verbindung mit § 708 Nr. 10, § 711 der Zivilprozessordnung.

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil keiner der in § 132 Abs. 2 VwGO genannten Gründe vorliegt.

Rechtsmittelbelehrung

Die Nichtzulassung der Revision kann durch Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist bei dem Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg, Hardenbergstraße 31, 10623 Berlin, innerhalb eines Monats nach Zustellung dieser Entscheidung schriftlich einzulegen. Die Beschwerde muss die angefochtene Entscheidung bezeichnen.

Die Beschwerde ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung dieser Entscheidung zu begründen. Die Begründung ist bei dem oben genannten Gericht einzureichen.

Für das Beschwerdeverfahren besteht Vertretungszwang; dies gilt auch für die Einlegung der Beschwerde und für die Begründung. Danach muss sich jeder Beteiligte durch einen Rechtsanwalt oder einen Rechtslehrer an einer deutschen Hochschule im Sinne des Hochschulrahmengesetzes mit Befähigung zum Richteramt als Bevollmächtigten vertreten lassen. Juristische Personen des öffentlichen Rechts und Behörden können sich auch durch Beamte oder Angestellte mit Befähigung zum Richteramt sowie Diplomjuristen im höheren Dienst, Gebietskörperschaften auch durch Beamte oder Angestellte mit Befähigung zum Richteramt der zuständigen Aufsichtsbehörde oder des jeweiligen kommunalen Spitzenverbandes des Landes, dem sie als Mitglied zugehören, vertreten lassen.

Dr. K. ,
P.,
M.

Der nächste VDPP-Rundbrief erscheint Anfang Juni 2007.

Redaktionsschluss ist am 31. Mai 2007.

Der Vorstand

Uschi Blöcker
Schinkelstraße 6
22303 Hamburg
Telefon 040 2797153
uschi.bloecker
@t-online.de

Bernd Rehberg
Isestraße 39
20144 Hamburg
Telefon 0179 5375711
bernd@bernd-rehberg.
de

Dr. Thomas Schulz
Hertelstraße 10
12161 Berlin
Telefon 030 85074341
TGSchulz@web.de

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg
siehe Hessen

Bayern
siehe Hessen

Berlin

Dr. Regina Schumann
Halskestraße 4
12167 Berlin
Telefon 030 7951471
sander.schumann
@gmx.de

Brandenburg
siehe Berlin

Bremen

Jutta Frommeyer
Igel-Apotheke
Schwaneweder
Straße 21
28779 Bremen
Telefon 0421 605054
Fax 0421 605058
info@igelapo.de

Hamburg

VDPP-Geschäftsstelle
Neptun-Apotheke
Bramfelder
Chaussee 291
22177 Hamburg
Telefon 040 63917720
Fax 040 63917724
Geschaeftsstelle
@vdpp.de

Hessen

Christl Trischler
Elisabethenstraße 5
64390 Erzhausen
Telefon 06150 85234
chri-tri@web.de

Mecklenburg-Vorpommern
siehe Hamburg

Niedersachsen

Dorothea Hofferberth
Ruschenbrink 23
31787 Hameln
Telefon 05151 64096
Aesculap.Apotheke
@t-online.de

Nordrhein-Westfalen

Christine Szlachcic-
Schomacher
Beckhofstraße 2
48145 Münster
Telefon 0251 511894
Ch.schomacher
@onlinehome.de

Rheinland-Pfalz
siehe Hessen

Saarland
siehe Hessen

Sachsen

Dr. Kristina Kasek
Goldacherstraße 7
04205 Miltitz
Telefon 0341 9405732

Sachsen-Anhalt
siehe Niedersachsen

Schleswig-Holstein
siehe Hamburg

Thüringen
siehe Hessen