

# VDPP • RUNDBRIEF

19. Jahrgang

10 / 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** aus dem  
**68** INHALT

**Herbstseminar**  
**8. November 2007 in Berlin**

**Rabattverträge bei**  
**Arzneimitteln**

**MV 2007 — neuer Vorstand**

**Nachlese zum Apothekertag**

## EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

wieder ist ein neuer Rundbrief fertig geworden. Ihr erhaltet ihn zusammen mit der Sondernummer des Rundbriefs, die auf dem Apothekertag in Düsseldorf verteilt wurde, und die ein paar von den für die ApothekerInnenöffentlichkeit interessanteren Beiträgen aus den letzten Ausgaben enthält.

Diese Ausgabe befasst sich schwerpunktmäßig mit der vergangenen Mitgliederversammlung und mit den Rabattverträgen, weitere Beiträge zu diesem Thema, das aktuell bleiben wird, sind stets willkommen.

Wir bitten euch auch, die Beilage der Coordination gegen BAYER-Gefahren (CBG) zu beachten.

Wir sehen und dann am 10. November in Berlin zum Herbstseminar!

Viel Spaß beim Lesen wünscht

das Redaktionsteam

*Redaktionsschluss für den VDPP-Rundbrief Nr. 69: 30. November 2007*

## IMPRESSUM

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

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

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

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

## INHALT

<b>Grußwort des Vorstands</b>		<b>Wie demokratisch sind unsere Kammern?</b>	
Thomas Schulz	3	Udo Puteanus	18
<b>Spendenaufruf</b>		<b>Nachlese zum Apothekertag 2007</b>	
Thomas Schulz	3	Katja Lorenz	20
<b>Der Vorstand stellt sich vor</b>	4	<b>Leserbrief an die DAZ</b>	
<b>Vorbereitung für das dritte Jahrzehnt</b>		Bernd Rehberg	22
Katja Lorenz und Regina Schumann	7	<b>Vorstandssitzung 19. 5. 2007</b>	
<b>Rabattverträge: die Hintergründe</b>		Thomas Schulz	23
Ulrike Faber	6	<b>Vorstandssitzung 8. 6. 2007</b>	
<b>Rabattverträge – ein Bericht aus der Praxis</b>		Bernd Rehberg	24
Dorothea Hofferberth	8	<b>Vorstandssitzung 12. 8. 2007</b>	
<b>Umfrage zu Arbeitsschwerpunkten</b>		Thomas Schulz	24
Thomas Schulz	10	<b>Achtung Smog</b>	
<b>Protokoll der MV 2007</b>		Klaus Koch	26
Christiane Hefendehl	11	<b>TERMINE</b>	27
<b>Rechenschaftsbericht zur MV</b>		<b>DOKUMENTATION</b>	
Thomas Schulz	15	<b>Proteste gegen Datenspeicherung</b>	
<b>Finanzbericht 2006</b>		vdää	28
G. Meiburg und J. Große	16	<b>Hilfsorganisationen kritisieren Pharmapatente</b>	29
<b>Finanzplan 2007</b>	17	<b>Für Innovation und Zugang zu unentbehrlichen AM</b>	29
		<b>Menschen doch vor Profiten</b>	
		BUKO-Pharmakampagne	31

# Grußwort des Vorstands

## Liebe Leserinnen und Leser,

Nach einem schönen Sommer steuern wir nun motiviert und elanvoll das Highlight des Herbstes an: Das VDPP-Seminar zum Thema „Wettbewerb – Ja und Amen?!“. Ihr habt inzwischen alle die Einladung zu der hochkarätig besetzten Veranstaltung erhalten. Das Seminar wird durch eine Arbeitsgruppe der Berliner Regionalgruppe organisiert.



Es findet am Sonnabend, dem **10. November 2007**, von 11 bis 16 Uhr, im Saal der Bezirksverordnetenversammlung Berlin-Mitte im **Neuen Stadthaus**, Parochialstraße 3, 10179 Berlin, statt.

Wir wollen in diesem Rahmen unsere Position zum Wettbewerb im Gesundheitswesen hinterfragen, mir wäre wichtig, dass wir hier auch zur Frage der möglichen Aufhebung des Fremdbesitzverbotes eine Ver-

einposition formulieren. Darüber hinaus sollten auch eure Erfahrungen mit den Rabattverträgen zur Sprache kommen. In diesem Rundbrief erscheinen dazu zwei Artikel, die die Problematik aus Sicht der Krankenkassen und der öffentlichen Apotheken darstellen. Wir sind an euren Kommentaren und Erfahrungen interessiert.

Die Ergebnisse des Seminars werden der Überarbeitung unseres Programms gut tun, die bis zur Jubiläums-Mitgliederversammlung im Jahr 2009 abgeschlossen sein soll.

Unser zwanzigjähriges Bestehen wollen wir, wie auch schon die Jubiläen nach 5, 10 und 15 Jahren, in Hamburg feiern. Ich bitte Euch schon jetzt um die Reservierung des Datums 19. - 21. Juni 2009.

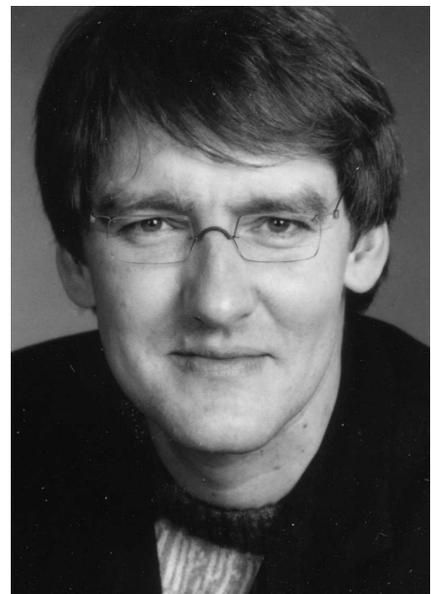
Die Voraussetzungen für eine Feier scheinen mir inzwischen gegeben, der VDPP ist wieder präsent, was im Wesentlichen der Tätigkeit unserer Referentin Katja Lorenz zu verdanken ist. Einen großen Erfolg konnten wir auf dem Apothekertag verbuchen, denn der Antrag zur Beobachtung und Bewertung des Selbstmedikationsmarktes wurde angenommen! Auf der diesjährigen MV in Hannover hatten wir diesen Antrag diskutiert und beraten, auf welchem Weg wir ihn auf dem Apothekertag einbringen könnten. Als Antrag der Fraktion Gesundheit in der Apothekerkammer Berlin, deren Mitglieder Katja, Tanja und Uli sind, wurde er von der Apothekerkammer Berlin angenommen, und als deren Antrag für den Apothekertag eingereicht. Mehr dazu in Katjas Auswertung des Apothekertages.

Die Kommunikationsstörungen mit der Pharmazeutischen Zeitung und der Deutschen Apothekerzeitung scheinen nun auch behoben zu sein. Unsere aktuelle Pressemitteilung zum Relaunch der Homepage und die Ankündigung des Herbstseminars wurden abgedruckt.

Zu guter Letzt möchte ich im Namen des Vorstandes an Euch appellieren, den Spendenaufruf im Rundbrief zu beachten. In den vergangenen Rundbriefen haben wir über das Berufungsverfahren vor dem Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg in der Sache Ingeborg Simon gegen die Apothekerkammer Berlin berichtet. Bitte unterstützt Ingeborg! Jede Spende hilft.

Ich freue mich auf ein Wiedersehen mit Euch bei unserem Herbstseminar in Berlin!

Thomas Schulz  
für den Vorstand



## Spendenaufruf

Im Dezember 2006 hat das Oberverwaltungsgericht Berlin das Urteil der ersten Instanz, des Verwaltungsgerichtes Berlin, im Verfahren Ingeborg Simon gegen die Apothekerkammer Berlin dahingehend geändert, dass die Apothekerkammer Berlin Mitglied der ABDA bleiben

konnte. Wir hatten davon mehrfach, u. a. im Rundbrief Nr. 65 berichtet und auf der diesjährigen Mitgliederversammlung eine Diskussion mit Frau Linz, Präsidentin der BAK, zu den Konsequenzen des Urteils organisiert (s. Bericht in diesem RB, S. 18).

Ingeborgs Anliegen war es, mit der Klage vor allem auf die Demokratiedefizite in unserer Landesvertretung aufmerksam zu machen. Das Verwaltungsgericht hatte ihr recht gegeben, weil die Richter die bindendemokratisch geforderten Beteiligungs- und Mitwirkungschancen

der einzelnen Pflichtmitglieder der Apothekerkammer durch die mit der ABDA eingegangenen Kooperation nicht gewährleistet sahen.

Da sie verloren hat, muss sie nun Gerichtskosten in Höhe von 4800 Euro bezahlen. Der Vorstand des VDPP hält es für selbstverständlich, sie dabei zu unterstützen. Die Bevorzugung der Vertretung der

Nichtleiter durch die ABDA ist schließlich auch für uns ein Dauerthema.

Die Spender des Kontos der „Fraktion Gesundheit in der Apothekerkammer Berlin“ haben sich bereit erklärt, 1500 Euro für die Erstattung der Gerichtskosten zu spenden. Jetzt bitten wir euch: beteiligt euch an den Kosten!

Bitte spendet unter dem Verwendungszweck: „Gerichtskosten“ auf unser Konto bei der Postbank Berlin, BLZ 100 100 10, Konto-Nr. 20047-105. Sollte mehr Geld zusammenkommen als benötigt, möchten wir den Überschuss an „Apotheker ohne Grenzen“ weitergeben.

Thomas Schulz  
(für den Vorstand)

## Der neue Vorstand stellt sich vor



### **Jana Böhme**

Auf der diesjährigen Mitgliederversammlung des VDPP im Juni wurde ich neu in den Vorstand gewählt. Auf den VDPP stieß ich letztes Jahr, als der IPPNW-Kongress „Medizin und Gewissen“ in Nürnberg stattfand, und ich am Bücherstand das Buch „Wechselwirkungen – Beiträge zu Pharmazie und Politik“ entdeckte. Die im Buch diskutierten Fragen brannten mir schon seit dem Pharmaziestudium unter den Nägeln, so dass ich nicht lange zögerte und Kontakt mit dem Verein aufnahm.

1976 in Apolda/Thüringen geboren, entschied ich mich nach dem Abitur 1994 erst einmal für eine kaufmännische Ausbildung. Das Pharmaziestudium begann ich 1997 an der Martin-Luther-Universi-

tät in Halle/Saale. Nach der Approbation verteidigte ich 2005 erfolgreich meine Diplomarbeit „Tropanalkaloidbiosynthese und Tropinonreduktase II in *Calystegia sepium*“, die ich am Institut für Pharmazeutische Biologie der MLU angefertigt hatte. Seit Herbst 2005 bin ich als angestellte Apothekerin in der öffentlichen Apotheke in Berlin tätig.

Besonders wichtig für mich ist dabei der Kontakt mit den PatientInnen und den KundInnen, die mir durch ihre sehr unterschiedlichen Lebenssituationen und Bedürfnisse Einblicke in die unterschiedlichsten Problemlagen erlauben und meinen Apothekeraltag vielfältig gestalten und bereichern. Das „Arznei-Telegramm“, die „Pharma-Kritik“ und den „Pharma-Brief“ begreife ich als essentielle unabhängige Informationsquellen. Für den zum Gen-

ethischen Netzwerk e.V. gehörenden „Gen-ethischen Informationsdienst“ habe ich letztes Jahr einen Artikel über das sogenannte Humaninsulin und die G-BA-Nutzenbewertung zu kurzwirksamen Insulinanaloga geschrieben. Zudem habe ich mit Herrn Prof. Dr. Rolf Rosenbrock ein Interview zum GKV-WSG, speziell zu der in diesem Gesetz stark angegriffenen Verschuldensunabhängigkeit geführt. Ich freue mich auf das Mitwirken im VDPP!

### **Bernd Rehberg**

Donnerstag 8. Juli 1943 in Kolberg geboren. Zwei ältere Schwestern. Vater 1956 gestorben.

Abitur 5. Februar 1965 in Oldenburg auf dem Wirtschaftsgymnasium.

Am 1. April 1965 eine Praktikumsstelle in der Einhorn-Apotheke von Fritz Hefter in Emden bekommen. Vorexamen 13. März 1967 in Aurich.

In Hamburg, im Reinbeker Schloss, in dem das Institut für Pharmazie damals untergebracht war, das Pharmaziestudium am 22. April 1968 aufgenommen. Umzug mit dem Institut 1969 nach Hamburg in die Bundesstraße und dort das Staatsexamen im September 1971 absolviert.

Am 1. September 1975 Übernahme der Neptun-Apotheke in Hamburg-Bramfeld als Pächter. Da ich ohne jedes Geld morgens in die Apotheke kam, musste ich mir von den Mitarbeitern Kleingeld leihen, damit

jedenfalls ein bisschen Geld in der Kasse ist, um die Apotheke öffnen zu können. Das hat mich geprägt: mein Verhältnis zum Geld und mein Verhältnis zu meinen Mitarbeitern.

Am 20. September 1982 Umzug in neue Mieträume in die Bramfelder Chaussee 291. Gleichzeitig Übernahme der Neptun-Apotheke als Eigentümer durch den Kauf des Namens.

1989 Gründungsmitglied des VDPP, also von Anfang an dabei. Keine Ehefrau, keine Kinder, nicht schwul, Mitglied der „Grünen“, vor Brokdorf den Polizeiknüppel gespürt.

### **Thomas Schulz**

Die ersten 35 Jahre meines Lebens verbrachte ich in Berlin. In der zweiten Hälfte meines Pharmaziestudi-

ums engagierte ich mich in der Fachschaftsarbeit und fand darüber den Weg in die Fachgruppe Apotheken in der ötv und in die Fraktion Gesundheit.

Beruflich zog es mich rasch aus der Offizin in die Toxikologie. Im Gründungsjahr des VDPP promovierte ich (konnte aber dennoch in Hamburg aktiv mitgründen) und entschied mich erst einmal für ein unsicheres Leben (ich blieb an der Hochschule ...).

1987 - 1991 absolvierte ich ein vierjähriges standespolitisches Praktikum in der Delegiertenversammlung der AK Berlin.

Der Standespolitik entkommen schloss ich meine Weiterbildung zum Fachtoxikologen ab und begann meine Wanderzeit: London,

Rio de Janeiro und dann wieder London, Dortmund und dann acht Jahre Göttingen. Nach der Habilitation im Jahr 2001 zog es mich dann wieder zurück nach Berlin.

2004 klappte es endlich, seitdem arbeite ich im Bundesinstitut für Risikobewertung und kümmere mich dort um den Tabak. Meine Forschung dreht sich vor allem um die Wasserpfeife.

Als Kandidat für die Fraktion Gesundheit in der Apothekerkammer Berlin kam ich 2007 nicht in die Delegiertenversammlung, wurde dann aber wunschgemäß in den Weiterbildungsschuss delegiert.

Im Vorstand bin ich seit acht Jahren und habe dort das Medium „VDPP-aktuell“ entworfen und die ersten Jahre gestaltet.

## **Vorbereitung für das dritte Jahrzehnt**

von Katja Lorenz und Regina Schumann

In zwei Jahren – 2009 – wird unser Verein 20! Dieser Geburtstag soll auch Anlass sein, darüber nachzudenken, wofür unser Verein steht und wofür wir uns einsetzen wollen. Unser aktuell gültiges Programm stammt von 1999! Seitdem hat sich viel geändert: Doc Morris, Filialapotheken, die rasante Zunahme an AM-Fälschungen auf dem Weltmarkt, die immer komplizierter werdenden Vertriebswege, der immer größer werdende europäische Einfluss auf die nationale Gesetzgebung, um nur einiges zu nennen.

Was bedeutet das alles für unseren Verein, für unsere Positionen?

Auf der MV in Hannover waren wir uns einig, dass es an der Zeit ist, unser Programm kritisch unter die Lupe zu nehmen und zu schauen, ob wir für die dort festgehaltenen Positionen noch Mehrheiten im Verein haben. Einiges hat sich überholt, anderes stand bei der letzten Überarbeitung noch nicht zur Debatte.

Um nur ein Beispiel zu nennen: zum Fremd- und Mehrbesitzverbot haben wir alles andere als eine Ver-

einsmeinung. Wir haben es reflexartig verteidigt und bei Nachfragen nicht mehr gewusst, warum. Dabei gab es doch großes Interesse für die niederländischen „Sozialen Apotheken“ in unseren Reihen und viele konnten sich auch vorstellen, in einem „Pharmazeutischen Zentrum“ oder einer genossenschaftlich organisierten Apotheke oder Stadtteil-Apotheke zu arbeiten.

Fazit: Wir haben uns in der Vergangenheit zu wenig Zeit genommen, solche Themen intensiv zu besprechen. Das hat uns auf die Idee für das diesjährigen Herbstseminar zum Thema „Wettbewerb – ja und Amen?!“ am 10. November in Berlin gebracht. Aber auch eine Programmdiskussion eignet sich dazu hervorragend.

Es gibt inzwischen so viele Nichtregierungsorganisationen auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik. Was macht uns einzigartig? Woraus ziehen wir unsere „Daseinsberechtigung“, sowohl für unsere Mitglieder, als auch für die (Berufs-) Öffentlichkeit? Wenn wir wirkungsvoll arbeiten und uns nicht verzet-

teln wollen, müssen wir uns für unsere Arbeit auf die uns wichtigsten Themen beschränken und sollten bei anderen Themen befreundete Organisationen in deren Arbeit unterstützen.

Regina Schumann und ich haben uns bereit erklärt, die Überarbeitung des Programms zu koordinieren. In einem Brief im August hatten wir euch gebeten, uns mitzuteilen, welche Themen/Positionen vermisst, welche für überholt oder änderungsbedürftig gehalten werden und in welche Richtung die Änderungen gehen sollen.

**Wir nehmen alles: von Stichworten bis zu neu formulierten Passagen, als Brief oder E-Mail oder Fax. Wir möchten die Änderungen auf der MV 2008 vorstellen und – evtl. nach einem Programmseminar im Herbst 2008 – die endgültige Fassung dann zur MV 2009 vorstellen.**

**Bitte schickt uns Eure Ideen, Anregungen, Änderungswünsche, Textvorschläge bis Ende des Jahres an die Geschäftsstelle.**

# Rabattverträge: die Hintergründe

von Ulrike Faber

**Rabattverträge scheinen alle anderen Instrumente zur Kostendämpfung im Arzneimittelbereich in den Schatten zu stellen, gehen wir nur davon aus, mit welcher Intensität und Leidenschaft darüber diskutiert wird. Es muss bezweifelt werden, dass sie halten, was erhofft wird.**

## Rabattverträge

Seit dem „Beitragsatz-Sicherungsgesetz“ 2003 wurden durch die neue Formulierung des Paragraphen 130a Absatz 8 im SGB V Rabattverträge zwischen einzelnen Krankenkassen und Pharmaherstellern möglich gemacht. Einige Kassen nutzten diese Möglichkeit als Instrument der Ausgaben senkung frühzeitig. Aber nur wenig wurde darüber öffentlich diskutiert, geschweige denn umgesetzt. Eine systematische Berücksichtigung rabattierter Produkte erfolgte nicht. Die Arzneimittelausgaben stiegen weiter.

Daher wurde im GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz (GKV-WSG) die Rabattregelung verschärft: Abgabepflicht rabattierter Produkte in den Apotheken, Meldung der Rabattverträge in den Arzneimitteldatenbanken.

Wurde bei der Änderung der Autidem-Regelung im Jahre 2002 noch argumentiert, die Apotheke könne ihr Warenlager auf wenige Präparate eines Wirkstoffs konzentrieren, so muss nun die Apotheke die Vorratshaltung diversifizieren, um das für die jeweilige Kasse rabattierte Arzneimittel abgeben zu können.

Mit Ende der Friedenspflicht wird die Vorschrift ab 1. Juni 2007 scharf gestellt: Die Apotheken, welche die Rabattverträge bei der Abgabe nicht berücksichtigen, müssen mit Retaxierungen rechnen.

Von 250 gesetzlichen Krankenkassen haben mehr als 190 Kassen 7.546 Rabattverträge mit 62 Herstellern

über 20.500 Arzneimittel abgeschlossen – das entspricht 18 % der 110.000 apothekenpflichtigen Arzneimittel – dargestellt in 7,5 Millionen Datensätzen (Stand 15.9.2007, ifap-Service und ABDA).

Bei den Rabattverträgen gibt es „Tenderverträge“, die Marktsegmente bei verschiedenen Herstellern abdecken (typisch für AOK-Strategie) und „Portfolioverträge“, die Gesamtsortimente eines Herstellers umfassen (z. B. Barmer-Verträge). Die Vertragskonditionen, aus Wettbewerbsgründen vertraulich, setzen sich im Prinzip aus Grundrabatten und Steigerungsrabatten zusammen, so dass resultierende Rabatzzahlungen erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung berechnet werden können. Das aber hat, wie sich zeigen wird, weitere Konsequenzen.

## Kassenkonkurrenz

Die gesetzgeberische, auch neoliberal geprägte Zielsetzung war: Stärkung der Kassenkonkurrenz auf neuen Feldern wie kassenindividuell vereinbarten Rabattbedingungen, Reduzierung von Patientenzahlungen sowie Vermeidung von Mehrkosten für Arzneimittel, deren Preise vom Hersteller über dem Arzneimittel-Festbetrag belassen werden (Klassiker Sortis!). Damit sollen die Arzneimittelausgaben auf dem deutschen Markt gesenkt und zugleich die hohen deutschen Referenzpreise in ihrer Funktion für den europäischen Markt aufrecht erhalten werden.

Eine dramatische Änderung bringt der durch das GKV-WSG ab 2009 eingerichtete Gesundheitsfonds, mit dem einheitliche Beitragsätze eingeführt werden. Jede Kasse, die für die Versorgung ihrer Versicherten mehr Geld benötigt, muss dann Zusatzbeiträge erheben. Daher sind die Kassen derzeit auf Gedeih und Verderb gezwungen, mögliche Einsparreserven auf den Prüfstand zu stellen. Zu diesen Bemühungen

zählen viele Kassen auch die Rabatte von pharmazeutischen Herstellern, denn die Arzneimittelausgaben bilden den zweitgrößten Ausgabenblock in der gesetzlichen Krankenversicherung.

## Tragen die Rabattverträge spürbar zur Kostensenkung bei?

### Ausgaben

Die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind in zehn Jahren von 17,4 Mrd. Euro (1997) auf voraussichtlich 27 Mrd. Euro (2007) gestiegen und haben damit die Entwicklung der Beitragsätze relevant beeinflusst. Das hat die politisch Verantwortlichen zu einer ganzen Reihe hektischer Reaktionen veranlasst, die sich in immer schneller aufeinander folgenden Gesetzen niederschlugen: GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (1999), Gesundheitsreformgesetz (2000), Arzneimittelbudget-Abschaffungsgesetz (2001), Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (2002), Beitragsatzsicherungsgesetz (2003), Gesundheitsmodernisierungsgesetz (2004), Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz (2006), GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz (2007).

Die jeweiligen Ansätze wirkten nicht ausreichend und konnten den Trend zunehmender Ausgaben nicht wirklich brechen. Für 2007 muss mit einem Ausgabenschub von 8,7 % gerechnet werden.

### Einsparungen

Die Ausgabenentwicklung ist für eine gute und neuen medizinischen Erkenntnissen entsprechende Versorgung nicht zwingend. Einsparungen wären bei gesicherter Qualität in der Größenordnung von 13 % (3 - 3,5 Mrd. Euro) möglich, wenn grundsätzlich preiswerte Generika bevorzugt würden und wenn auf die Verordnung teurer Me-too-Präparate weitgehend verzichtet

würde. Seit Jahren werden diese Pseudoinnovationen kritisiert, die nichts Neues bieten, außer in aller Regel deftige Preise.

Die unendlich lange angeprangerte Verordnung umstrittener Arzneimittel ohne nachgewiesenen therapeutischen Nutzen ist erst durch den gesetzlichen Ausschluss der OTC-Präparate aus der Verordnungsfähigkeit beendet werden. Diese Maßnahme soll nicht verteidigt werden, wäre doch eine Positivliste konsequenter gewesen! Dennoch belastet nun ganze Reihe nutzloser Arzneimittel nicht mehr die Kassen der Solidargemeinschaft.

Trotz vielfältiger Bemühungen ist es nicht gelungen, die Ärzteschaft für eine konsequent sparsame Verordnungsweise zu gewinnen; der Einsatz von 16.000 Pharmaberatern zeigt nach wie vor Wirkung auf zu viele der verordnenden Ärzte.

All dies hat schließlich eine Kehrtwendung weg von Appellen hin zu Verpflichtungen verursacht und zu der undurchschaubaren Regelungsvielfalt geführt.

Die Rabattverträge bedeuten einen Paradigmenwechsel des Generikamarktes. Durch Tenderverträge werden kleine Firmen erhebliche Umsatzzuwächse erreichen, während zugleich die „Größten“ wie etwa Ratiopharm oder Hexal in einzelnen Marktsegmenten Umsatzeinbußen verkraften müssen. Insgesamt wird eine sprunghafte Internationalisierung des Generikamarktes erzwungen.

Die Generikapreise sind im letzten Jahr weit unter die Festbetragsgrenzen gesunken. Die Kassen werden durch Rabatte im generischen Segment kurzfristig moderate Einsparungen erreichen. Wenn die Marktverschiebungen beendet sind, werden nur noch die Grundrabatte übrig bleiben.

Die Musik spielt aber bei Innovationen und Spezialpräparaten. Hier greift (bisher) die Rabattregelung nicht. Die Preisentwicklung in den Originalsegmenten wird sich vorerst weiter frei entfalten. Neue Arzneimittel kommen mit horrenden Prei-

sen in den Markt: Lucentis z. B. (bei altersbedingter feuchter Makuladegeneration des Auges) würde bei vollständiger Behandlung aller erkrankten Augen die Versicherten 9 Mrd. Euro im Jahr kosten. Eine Gardasil-Impfung gegen HPV kostet 477 Euro und schlägt die Preise in anderen Ländern um Größenordnungen.

Die meisten großen Pharmahersteller verfügen über Generikasparten. Es stellt sich die Frage, ob die Konzerne angesichts sinkender Gewinne bei den Generika sich nicht durch die freie, überaus großzügige Preisbildung bei Innovationen schadlos halten.

Das im GKV-WSG neu eingeführte Instrument der „Höchstbeträge“ für Innovationen muss entwickelt werden, noch ist der Erfolg nicht garantiert. Der größte Nachteil dieser Kosten-Nutzenbewertungen besteht darin, dass sie erst nach der Markteinführung greifen können (nicht, wie in anderen Ländern vor Markteintritt!). Die Hersteller wissen genau, dass die ersten Monate mehr denn je entscheidend sein werden, um ihr neues Präparat bei Ärzten und Patienten zu platzieren.

**Sind die Rabattverträge mit weiteren Regelungen und Maßnahmen vereinbar?**

### **Festbeträge**

Das wichtigste und mit Abstand erfolgreichste Instrument der Kostendämpfung auf dem deutschen Arzneimittelmarkt sind die Festbeträge seit 1983. Ihre Bildung folgt einem Algorithmus, der das zum jeweiligen Zeitpunkt bestehende Spektrum der Preise und die Anzahl der verordneten Packungen einbezieht.

Die derzeitige Druck auf Festbeträge durch Rabatte und Zuzahlungsbefreiungen verursacht Preissenkungen, mit denen auch neue Anbieter große Marktanteile ergattern wollen. Das könnte zu einer Erosion der Festbeträge führen und das gesamte Festbetragsgefüge gefährden. Dann wäre dieses Instrument verbrannt. Ebenso könnte es nach Ablauf des Preismoratoriums zu flä-

chendeckenden Preiserhöhungen kommen und könnten die Rabatteffekte dadurch nivelliert werden.

Erst durch Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs und gegen Einwände der Pharmahersteller ist den Krankenkassen als gemeinnützigen Unternehmen das Recht zugesprochen worden, Festbeträge zu ermitteln. Nun hat das Bundeskartellamt die Rabattverhandlungen der AOK gestoppt. Ist die Rechtskonstruktion so sicher, dass die Festbeträge trotz Rabattverhandlungen weiter auf festem Fundament stehen?

### **Transparenz**

Noch 1970 wussten wir über den deutschen Verordnungsmarkt nichts. Seitdem ist er durch kontinuierlich verbessertes Datenmanagement transparent geworden. Das wird deutlich am jährlich erscheinenden Arzneiverordnungsreport oder an den regionalen Analysen des Arzneimittelmarktes, die unter [www.gamsi.de](http://www.gamsi.de) im Internet abrufbar sind, um nur zwei Beispiele zu nennen.

Die Ordnungsdaten sind die Basis für Steuerungsmaßnahmen, für die Frühinformationen der Ärzte sowie für Richtgrößenprüfungen, Umsetzung der Bonus-Malus-Regelung und für Pharmakotherapieberatungen. Alle diese auf Transparenz beruhenden Maßnahmen sind unerlässlich, um auf die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Verordnungsweise kontinuierlich einwirken zu können.

Es wird kaum möglich sein – schon gar nicht innerhalb kurzer Fristen – bei den Ordnungsdaten die wegen der Rabatte erforderlichen zusätzlichen Datenbereinigungen packungs- und arztbezogen durchzuführen. Die Transparenz der Ordnungsdaten und die Rechtssicherheit von Prüfungen stehen auf dem Spiel.

### **Wird die Qualität der Versorgung tangiert?**

In England z. B. verschreiben die Ärzte die Wirkstoffe, während die Auswahl der Präparate dann durch

die Apotheken erfolgt. Dieses Verfahren funktioniert. Dass durch Generika eine qualitätsgesicherte Substitution möglich ist, wird in aufgeschlossenen Fachkreisen seit Jahren nicht mehr angezweifelt. Viele der derzeitigen Unsicherheiten und Ärgernisse werden als Übergangsprobleme der Vergangenheit angehören.

Dass aber nun Versicherte unterschiedlicher Kassen und noch einmal in unterschiedlichen Apotheken mit unterschiedlichen Präparaten versorgt werden, trägt wahrscheinlich nicht unbedingt zur Verlässlichkeit und zur Qualität der Arzneimitteltherapie bei.

### **Wird die Patientensouveränität gestärkt?**

Von Patientensouveränität wird viel geredet. Sie wäre, wenn es sie denn gäbe, ein unverzichtbarer Bestandteil der Selbstbestimmung im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Sie müsste daher konsequent gefördert werden.

Die Patientinnen und Patienten sind durch die geltenden Vorschriften betroffen: Umstellung der Entlassungsmedikation nach Krankenhausaufenthalt, Umstellungen durch die in vielen Regionen geltende Bonus-Malus-Regelung, Aus-

wahl unterschiedlicher rabattierter Präparate je nach Kasse und Apotheke und vielleicht noch einmal nach Kassenwechsel, Auswahl von zuzahlungsbefreiten Wirkstoffen, je nach Kasse unterschiedliche Zuzahlungen, Ausschluss nicht verordnungsfähiger OTC-Präparate, wiederum mit einigen Einschlüssen, aber nur bei bestimmten Indikationen.

Dieses System ist für Patienten nicht zu durchschauen. Vielfach können sie nicht verstehen, warum sie ein Mittel erhalten oder welches neue Mittel welchem alten Mittel entspricht. Sie werden im Regelungsgestrüpp vom verstehenden handelnden Subjekt zum Objekt der Vorschriften.

### **Wie geht es weiter?**

Im Prinzip sind derzeit noch fast alle Wirkstoffe für alle Patienten unterschiedlicher Kassen gleichermaßen verordnungsfähig, trotz der Rabattverträge. Die Weichen sind aber schon anders gestellt: In absehbarer Zeit werden kassenspezifische Arzneimittellisten das Licht der Welt erblicken.

Im Konkurrenzwahn werden immer mehr Kollektivverträge in der Kassenlandschaft durch Individualverträge z. B. für integrierte Ver-

sorgung abgelöst. Das Interesse der pharmazeutischen Hersteller an „add-on“-Verträgen ist groß. Passend zum Versorgungsvertrag liefert die Pharmafirma die Patientenschulung oder die Arztschulung oder die Praxisorganisation oder, oder und natürlich – ihre eigene Präparatelite.

Ob die Versorgung in Prävention und Kuration besser wird, ob sie wirtschaftlicher wird und solidarisch finanzierbar bleibt, ob die Patienten in dem berühmten Mittelpunkt stehen, all das ist wohl nicht gesichert, solange wir das gesamte Gesundheitswesen im neoliberalen Zeitgeist der freien Konkurrenz überantworten.



## **Rabattverträge – ein Bericht aus der Praxis**

**von Dorothea Hofferberth**

Seit dem 1. April 2007 spielen Rabattverträge, geschlossen zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern, eine große Rolle im Alltag der Apotheke.

Vorreiter war die AOK, die für ihre 25 Mio. Versicherten Verträge abschloss, zunächst vorwiegend mit Herstellern, die bis dato in der Apotheke kaum eine Rolle spielten. Folglich gab es massive Lieferprobleme.

Inzwischen sind die Anfangsschwierigkeiten weniger geworden. Die AOK Baden-Württem-

berg, federführend bei den Verhandlungen, veröffentlicht folgende Zahlen: Die Versicherten haben im 2. Quartal 2007 1,2 Mio. Euro an Zuzahlungen gespart, die Kasse selbst hat 4,2 Mio. Euro Einsparungen erzielt.

Die Betriebskrankenkassen beklagen, dass der Wettbewerb unter den Kassen intransparent geworden ist (die Vertragsklauseln kennen nur die Vertragspartner) und sie fürchten, dass die Einsparungen durch Vertragscontrolling und Datenbereinigung wieder aufgezehrt werden.

Tatsache ist: Am 1. September 2007 sind ca. 20 000 Arzneimittel in den Verträgen erfasst, die etwa 200 Krankenkassen mit rund 60 Herstellern abgeschlossen haben. Rabattarzneimittel haben mittlerweile einen Anteil von 18 Prozent an den etwa 110 000 apothekenpflichtigen Medikamenten. Jede Apotheke muss inzwischen fast 10 Mio. Computerdatensätze verarbeiten. (PZ Nr. 36 vom 6.9.2007, Info der AB-DA, Zahl der Woche)

Am 30. September endet die Friedenspflicht mit der AOK. Jetzt steht die Drohung im Raum, dass auch

hier die Rezepte retaxiert werden, wenn der Rabattvertrag nicht erfüllt wurde.

Eine gute Einschätzung der Rabattverträge ist nachzulesen in der PZ Nr. 28/2007 von Wolfgang Hartmann-Besche: „Krankenkassen – Jäger des verborgenen Rabattschatzes“.

Einige Beispiele aus dem Apothekenalltag:

Frau A. kommt mit einem Rezept über Beloc Zok in die Apotheke, der Rabattvertrag fordert die Abgabe von Metoprolol.

„Aber ich nehme doch seit Jahren Beloc Zok, der Arzt hat es doch auch aufgeschrieben ...“

*Die Apothekerin erklärt.*

Variante A: Patientin ist verärgert, nimmt das Rezept wieder mit, um in der Arztpraxis das Aut-idem-Kreuzchen machen zu lassen.

Variante B: Patientin ist einsichtig („Na, wenn der Wirkstoff der Gleiche ist, dann probier ich es mal ...“)

Möglich, dass sie zehn Tage später wieder in die Apotheke kommt, die Packung zurückbringt, ein Rezept über Beloc Zok vorlegt („Das Metoprolol habe ich nicht vertragen.“)

*Ersparnis? Arzneimittelmüll?*

Herr B. löst ein Rezept über Meprolol 200 mg retard ein, er hat von den Rabattverträgen gehört, akzeptiert das rabattierte Arzneimittel. Drei Tage später kommt er wieder in die Apotheke „Ich soll nur ein Viertel der Tablette einnehmen, wie soll ich die denn teilen ...“

Die angebrochene Packung wandert in den Arzneimittelmüll, der Patient bekommt sein gewohntes Meprolol, das sich vierteln lässt.

*Verunsicherung des Patienten? Arzneimittelmüll?*

Frau C. löst ein Rezept über Amaryl ein, die Apotheke liefert Glimepirid laut Vertrag. Die Patientin braucht erst noch das vorhandene Amaryl auf, nimmt das Glimepirid zusätzlich.

Hypoglykämie als Folge, Schaden für die Patientin? Wer muss informieren und aufklären? Schuld des Arztes, der von dieser Substitution gar nicht wusste, Schuld der Apotheke, die voraussetzte, die Patientin sei informiert?

Herr D. legt ein Rezept über Marcumar in der Apotheke vor, der Rabattvertrag schreibt die Abgabe von Falithrom vor, der nächste Arztbesuch mit Blutabnahme ist erst in drei Wochen.

*Verunsicherung des Patienten, Probleme mit der Bioverfügbarkeit?*

Frau E. löst für ihren behinderten Mann eine Verordnung über (auflösbare) Diclo dispers in der Apotheke ein, der Ehemann kann schlecht schlucken. Das rabattierte Arzneimittel sind Diclo Kapseln.

*Bedeutung der Arzneiform?*

Frau F. kommt mit einem Rezept vom Kinderarzt für ihren 3-jährigen Sohn in die Apotheke, er soll für seine Mittelohrentzündung ein Nasendosierspray bekommen, der Rabattvertrag erfordert die Abgabe von Nasentropfen.

*Wichtigkeit der Arzneiform? Compliance?*

Herr G. bringt ein Rezept vom Urologen über Ciprofloxacin in die Apotheke, drei Arzneimittel mit diesem Wirkstoff sind in der Apotheke vorrätig, leider nicht das von seiner Kasse favorisierte. Soll er bis zum nächsten Tag warten?

*Dringlichkeit der Einnahme eines Medikamentes?*

Frau H. kommt nachts aus der Kinderklinik mit einem Rezept über Amoxicillin in die Apotheke. Das verordnete Antibiotikum des Vertragsherstellers ist nicht mehr am Lager. Darf im Notdienst substituiert werden, das Noctu-Zeichen fehlt ...?

*Und so weiter, und so fort ...*

Inzwischen ist von den Kassen erklärt worden, dass die Arzneiform vergleichbar sein muss.

Problematisch wird es, wenn ein Wirkstoff verschiedene Indikationen in der Zulassung hat.

*Soll es Aufgabe der Apotheke sein, dies zu überprüfen?*

*Meine Meinung:*

Die Rabattverträge sind eine Zumutung für alle Beteiligten und schaffen viel Frust und Ärger.

Am Jahresende wird sich zeigen, ob die Arzneimittelkosten wirklich gesenkt worden sind.

Allerdings ist nicht zu leugnen, dass das Preiskarussell bei den Generika Schwung bekommen hat, alle 14 Tage meldet die ABDATA Preissenkungen um einige Cent.

*Die Krankenkassen:*

Der Arzneimittelmarkt wird intransparent. Nur die Vertragspartner kennen die Bedingungen des Vertrages, eine verlässliche Aussage über die Kosten im Arzneimittelmarkt wird so erschwert. Die Krankenkassenvorstände entscheiden über die verordneten Medikamente.

*Wo bleibt der pharmazeutische, pharmakologische Sachverstand, wer fragt nach Qualitätsstandards?*

*Der Arzt, die Ärztin:*

Sie verordnen nur den generischen Wirkstoff und wissen häufig nicht, welches Präparat der Patient erhält, da ihre Software diese Daten nicht vorhält. Behalten sie die Kontrolle über die Medikation, können sie den Patienten über mögliche Risiken, die durch Substitution entstehen, aufklären?

*Die pharmazeutische Industrie:*

Wenn sie denn Rabattpartner wird und der Vertrag vernünftig ist, ist ihr ein festgelegter Teil des Marktes sicher, und sie kann ihre Produktion und Distribution gut steuern. Schwierig wird es, wenn der Vertrag gekündigt wird.

Sind mittelständische Arzneimittelhersteller weiterhin konkurrenzfähig? Findet hier eine Konzentration auf die großen Generikafirmen statt?

Interessant ist es, dass nur die großen Firmen eine eigene Produktion unterhalten, die anderen Firmen lassen in Lohnherstellung produzieren, da kann es schnell einmal zu Engpässen oder Problemen kommen.

*Die Apotheke:*

Zunächst brachten die Rabattverträge viel Arbeit. Die Informationen seitens der Krankenkassen an ihre Versicherten waren dürftig.

Das Apothekenpersonal muss informieren, warum das altbekannte, verordnete Medikament nicht mehr abgegeben werden darf, häufige Rücksprachen mit den Praxen sind erforderlich, es bleibt nur noch wenig Zeit, über das Arzneimittel, seine Wirkung zu informieren, Einnahmehinweise zu geben, zu beraten.

Die Logistik bei der Beschaffung der Arzneimittel wird kompliziert. Zu Beginn der Verträge gab es viele Defekte seitens des Großhandels, die Lagerpflege wird schwierig, Das Lager muss vergrößert werden (Omeprazol 20 mg, 50 Tabletten, sind jetzt mehrfach vorrätig) Der Botendienst muss verstärkt werden.

Die Datenpflege im Computer wird sehr umfangreich, eine Software-Firma verlangt schon höhere Gebühren für die Datenlieferung.

Die Mehrkosten für die Apotheke sollen ca. 70 Euro/Tag ausmachen, wer übernimmt diese Beträge?

Seit Anfang September muss das Apothekenpersonal eine Sonder-Pharma-Zentralnummer auf das Rezept drucken, wenn das Rabattarzneimittel nicht lieferbar ist. Sind drei Medikamente auf dem Rezept verordnet, gerät die vierte PZN schon einmal in den Arztstempel. Die Apotheke muss Kontakt zur Arztpraxis aufnehmen, um die Ausstellung eines neuen Rezeptes bitten.

Wo bleibt der pharmazeutische, pharmakologische Sachverstand? Sind Begriffe wie Bioverfügbarkeit, Qualität, Compliance noch von Bedeutung? Ist nur noch der Preis wichtig?

*Last but not least: der Patient, die Patientin:*

Sie sind häufig verunsichert, wenn sie ein anderes Präparat bekommen als sie gewohnt sind.

Ist es einem Rheumapatienten zumutbar, seine Tabletten morgens zu teilen? Ist es vertretbar, wenn ein Antibiotikum erst am folgenden Tag geliefert

bar ist? Was soll im Notdienst geschehen, wenn das Rabattarzneimittel nicht verfügbar ist?

Ein Vorteil ist der Wegfall der Zahlungen bei vielen Arzneimitteln für den Patienten bei einige Krankenkassen.

Zum Jahresende laufen die Verträge aus, schon verhandeln die Kassen erneut mit den Herstellern.

Welche Alternativen zu den Rabattverträgen gibt es? Zu diskutieren sind die Zielpreisvereinbarungen der ABDA.



## Auswertung der Umfrage zu Arbeitsschwerpunkten

von Thomas Schulz

*(Die Redaktion entschuldigt sich für den um knapp zwei Jahre verspäteten Abdruck.)*



Ein Arbeitsauftrag der MV 2005 bestand in einer Umfrage zu den aktuellen Arbeitsschwerpunkten der Mitglieder.

Auf die Aussendung haben sich erfreulicherweise 36 Mitglieder gemeldet, die Ergebnisse sind in der Tabelle zusammengestellt.

Auffällig ist aus meiner Sicht, dass mehr als die Hälfte der Rückmeldungen aus dem Bereich der öffentlichen Apotheke kamen. Mit je drei Mitgliedern waren Behörden, PTA-Schulen und die Wissenschaft vertreten. Aus Industrie und Krankenkasse meldeten sich je zwei Mitglieder.

Wir werden versuchen, in Zukunft verstärkt auf das Potenzial in unserer Mitgliedschaft zurückzugreifen.

Bereich	Anzahl
Offizin	20
Behörde	3
PTA-Schule	3
Wissenschaft	3
Industrie	2
Krankenkasse	2
Rentner	1
Sonstiges	2

# Protokoll der VDPP-Mitgliederversammlung am 9. Juni 2007 in Hannover

## Top 1

### Wahl der VersammlungsleiterIn und ProtokollantIn

Zur Versammlungsleiterin wurde einstimmig Gudrun Hahn gewählt. Die Protokollführung übernahm nach einstimmiger Wahl Christiane Hefendehl.

## Top 2

### Bestätigung der Tagesordnung

TOP 11 wurde ergänzt und lautet nun: Wahl des neuen Vorstandes und der neuen RechnungsprüferInnen. Mit dieser Änderung wurde die Tagesordnung angenommen.

## Top 3

### Genehmigung des Protokolls der letzten MV (RB 64)

Das Protokoll wurde ohne Anmerkungen angenommen.

## Top 4

### Bestätigung von neuen Mitgliedern

Es wurden zwei neue Mitglieder bestätigt. Die Mitgliedsversammlung wurde kurz unterbrochen um eines verstorbenen Mitglieds zu gedenken.

## Top 5

### Rechenschaftsbericht des Vorstands

Der komplette Rechenschaftsbericht s. Anhang (S. 15). **Ein herzlicher Dank an Gudrun Meiburg für die zuverlässige Arbeit!**

## Top 6

### Bericht der Referentin

Katja Lorenz hat im Januar die Arbeit als Referentin aufgenommen. Sie hat sich als Ziel gesetzt, zum einen den Kontakt mit den Mitgliedern zu intensivieren und die Außenwirkung zu verbessern.

Um die Mitglieder besser einzubinden, werden per E-Mail wieder Newsletter verschickt (Interessenten



bitte Mailadresse an die Geschäftsstelle melden – Änderungsmeldungen nicht vergessen). 2007 gab es bereits vier Newsletter.

Als erstes Projekt für die Verbesserung der Außenwirkung wurde die Homepage entrümpelt. In Kürze soll es noch zu weiteren Umstrukturierungen auf der Site kommen.

Katja Lorenz hat begonnen, den Kontakt mit anderen Organisationen aufzunehmen. Besonders zum VDÄÄ besteht bereits ein guter „Draht“. Der ärztliche Verein hat ähnliche interne wie externe Probleme, wenngleich er viel größer ist als der VDPP. Es wurde vereinbart, dass die Stellungnahmen ausgetauscht werden und es gegenseitige Einladungen zu den Mitgliederversammlungen gibt.

Die MV des VDÄÄ findet am 17. November in Gelnhausen statt. Der VDÄÄ fragte an, ob es für den „Gesundheitspolitischen Tag“ einen Beitrag des VDPP geben könnte (grobes Thema: Pharmazeutische Industrie), auch die Moderation z. B. durch Katja wurde angeregt. Das Forum Leipzig hat sich Anfang Juni aufgelöst, der Gast für die Diskussion am Sonntag hat daraufhin abgesagt.

Zum BApÖD besteht Kontakt, Herr Mattern wird als Diskussions Teilnehmer für Sonntag erwartet.

Die Kontakte zu den Studierenden kranken nach wie vor an dem schnellen Wechsel in deren Organisationen. Der Bundesverband zeigte nur in Hinblick auf Praktikumsstellen Interesse. Eventuell ist ein Kontakt über die einzelnen Fachschaften sinnvoller.

Es gibt wieder Kontakt zu den Grünen (Bundesebene) und der Linken. Die Linke hat den VDPP zur Anhörung des DAMA-Errichtungsgesetzes eingeladen.

Für den Vorstand übernimmt Katja Lorenz die Organisation und die Einladung, sie hat ein „Wochentelefonat“ zur besseren Abstimmung eingeführt und nimmt an den Sitzungen teil. Außerdem hat sie die MV mitorganisiert.

Zu den Vorbereitungen zum Herbstseminar kommt der Bericht unter TOP 13 Zusammenfassend stellt Katja Lorenz fest, dass der VDPP als „familiäres Netzwerk“ wieder besser funktioniert, ihr Ziel aber über Formalien hinaus die Einflussnahme auf die „große Politik“ sei.



### **Top 7 Diskussion**

Ulf Mann hat vorgeschlagen, über seine Erfahrungen und Einblicke aus Cuba zu berichten. Die Mitgliederversammlung äußert ihre Zustimmung und würde gerne einen Artikel für den Rundbrief von ihm veröffentlichen.

Ingeborg Simon regt an, sich mehr um die Interessen von sog. Dritt-Welt-Ländern zu bemühen. Ingeborg fordert zudem alle Mitglieder auf, die Werbung neuer Mitglieder als eigene Aufgabe zu verstehen.

Ingeborg berichtet, dass in Berlin ein Antrag in der Kammer gestellt wurde, dass in den Berliner Kammer Rundschreiben eine ständige Seite für die Fraktion Gesundheit bereitgestellt wird, damit deren Interessen im Sinne der Demokratieförderung öffentlich gemacht werden können.

Die Haltung der PZ gegenüber dem VDPP – der Chefredakteur beantwortete auch ein direkt an ihn gerichtetes Schreiben nicht – war Anlass zu weiteren Diskussionen. Besonders da die PZ als Standesorgan von allen Zwangsmitgliedern mit finanziert wird, sollte es auch einen Anspruch auf Öffentlichkeit geben.

Es wurde gebeten die Austrittsgründe der Ex-Mitglieder noch einmal genau abzufragen.

Ingeborg berichtete über ihre Kontakte zur Uni Bremen mit Prof. Bettina Wahrig (Mitglied). Sie möchte ihr Archiv zur Entwicklung linker Gesundheitspolitik für pharmaziegeschichtliche Bearbeitung zur Verfügung stellen. Eine Mitarbeiterin hat sich mit ihr über die Historie der Gesundheitspolitik und auch des Vereins unterhalten. Ingeborg regt an, für das 20-jährige Bestehen einen Rückblick auf das Erreichte zu erarbeiten. Außerdem weist sie darauf hin, dass im kommenden Jahr, aufgrund des Rückblicks auf 40 Jahre Studentenbewegung auch hier Möglichkeiten und Notwendigkeiten bestehen, die Vereinsarbeit und die politischen Standpunkte zu transportieren.

Thomas Schulz berichtete von der letzten Vorstandssitzung des Forum Leipzig und dessen Auflösung. Der 1996 gegründete Verein mit dem Ziel die politische Vertretung der Angestellten zu verbessern, hatte sich durch seine Entpolitisierung selbst die Basis entzogen.

Die Mitglieder äußern sich positiv über die Arbeit von Katja Lorenz. Für die Zukunft wird eine vertiefte inhaltliche Arbeit erhofft.

### **Top 8 Kassenbericht**

s. Anhang (S. 16)

### **Top 9 Bericht der Rechnungsprüfer**

Die Kassenprüfung erfolgte durch Jürgen Große und Thomas Hammer. Es gab einige kleine Ungereimtheiten aufgrund des Computerprogramms. Der Fehler ist nun erkannt und kann vermieden werden. Jetzt ist die Buchführung korrekt und satzungsgemäß.

### **Top 10 Entlastung des Vorstands**

Bei drei Enthaltungen wurde der Vorstand entlastet.

### **Top 11 Wahl des neuen Vorstands**

Zur Wahl stellten sich Thomas Schulz, Bernd Rehberg und Jana Böhme. Alle drei wurden in einer gemeinsamen, öffentlichen Wahl mit 14 Stimmen gewählt. Alle drei nahmen die Wahl an.

Als Rechnungsprüfer wurden Jürgen Große und Thomas Hammer mit 13 Ja-Stimmen und 1 Enthaltung gewählt.

### **Top 12 Öffentlichkeitsarbeit/ Homepage/ Rundbrief**

Es wurde vorgeschlagen einen „reminder“ für den Newsletter einzuführen, damit die Abonnierenden nicht vergessen, anstehende Adressmeldungen weiterzugeben.

Der Redaktionsschluss für den Rundbrief wurde wegen des Apothekertages auf den 9.9. vorgezogen.

Für die Website äußert Udo Puteanus den Wunsch, einen Schwerpunkt „Gesundheit und soziale Ungleichheiten“ einzuführen. Solche Themenschwerpunkte könnten auch wechseln. Er wies auf die gute Site: [www.forum-gesundheitspolitik.de](http://www.forum-gesundheitspolitik.de) hin. In einer kurzen Diskussion wurde über die Probleme gesprochen, die sich durch soziale Ungleichheiten ergeben, und die Probleme valide Daten in Bezug auf den Sozialstatus und den Arzneimittelgebrauch zu bekommen.

Katja Lorenz berichtet, dass geplant ist, auf der Homepage unter News/ Meinungen Kategorien einzuführen.

Für eine aktive Arbeit ist es wichtig, dass alle Mitglieder ihre Arbeit – sei es auf Kongressen, Vorträgen oder im Alltag – stärker in den Verein hineinbringen. Als Beispiel wurde das Engagement einiger Mitglieder beim Kongress Armut und Gesundheit in Berlin genannt.

Es wurde überlegt, ob die Vermittlung von Praktikumsplätzen als Anreiz für die Studierenden dienen könnte (sollte).

Mitglieder, die in den Universitäten arbeiten, könnten als TüröffnerInnen zu den Fakultäten dienen.

Es wurde ein Themenabend diskutiert (Angestelltenstatus nur als Durchlauferhitzer – wohin wollen die Studierenden). Diese Diskussion sollte auf Basis des bereits erarbeiteten Positionen zu „Profession statt Apotheke“ geführt werden.

Eine Inforunde von Kammer und Govi-Verlag zum Thema Arbeitsfelder gibt es bereits, das Interesse der Studierenden war sehr groß.

Es wurde überlegt, ob die Fachschaften die richtigen Ansprechpartner unter den Studierenden sind oder ob die politisch Aktiven sich nicht außerhalb dieser sehr konservativen Strukturen befinden.

Das Programm des Vereins ist schon etwas angestaubt und muss dringend überarbeitet werden, (s. Top 13)

Es gab eine inhaltliche Diskussion zum Thema Vertraulichkeit in der Beratung – Udo Puteanus berichtet über seine Ergebnisse einer Untersuchung im Kammerbereich. Es herrscht keine Einigkeit darüber, wie eine Vertraulichkeit für die Kunden und PatientInnen sichergestellt werden kann. Gesetzliche Regelungen etc werden abgelehnt.

Für den Apothekertag soll eine Extra-Ausgabe des Rundbriefs gestaltet werden, die Artikel „Best of“ der



letzten Ausgaben, ohne Vereinsinterna etc. Eventuell könnte es eine Seite zum Thema „Wo gibt es überall ApothekerInnen“ geben.

### **Top 13 Diskussion zukünftiger Arbeitsschwerpunkte**

Im Hinblick auf einen Rückblick wurde nach der Frauenausstellung gefragt. Die Datei ist bei Gabi Beißwanger, die Ausdrucke bei Gudrun Hahn.

Seminar: Das Herbstseminar soll unter dem Arbeitstitel „Wettbewerb - Ja und Amen?!“ stehen. Aus dem Kreis der Berliner Regionalgruppe hat sich bereits eine Vorbereitungsgruppe gebildet. Aspekte sind dabei der allgemeine Preiswettbewerb, die Frage, welche wettbewerblichen Elemente zudem im Gesundheitswesen Anwendung finden und inwieweit und wo Schutzzonen notwendig sind. Geplant ist das Seminar am 10. November in Berlin im Saal der BW Mitte zu veranstalten. Als Referenten resp. Diskussionspartner sind Prof. Niehoff von der Charite, Gerd Glaeske, Stefan Etgeton und Lutz Tisch angedacht.

Prof. Jens-Uwe Niehoff ist spezialisiert u. a. auf Sozialmedizin und Gesundheitssystemanalyse. Sein Thema soll „Mythen und Bewertung des Wettbewerbs“ sein. Gerd Glaeske soll dies um die Aspekte aus der Sicht des Arzneimittelsektors ergänzen

und Lutz Tisch (der leider noch nicht zugesagt hat) soll über die „Zukunft Heilberufe“ referieren.

Tisch hält als Vertreter der ABDA Vorträge über die Probleme durch Fremd- und Mehrbesitz und verteidigt den besonderen Status der ApothekerInnen als Freiberufler. Hierbei wurde festgestellt, dass diese Position zwar in Teilen denen von VDPP-Mitgliedern sehr nah kommt, aber man genau die Beweggründe z. B. für die Ablehnung eines Fremd- und Mehrbesitzes in die Bewertung einbeziehen muss.

Stefan Etgeton, Referent Gesundheit des VZBV, könnte in dieser Runde als Gesundheitsexperte die VerbraucherInnensicht beisteuern.

Ein so breit aufgestelltes Podium würde auch zu einer breiten Einladung berechtigen. Der Vormittag soll der Darstellung der Positionen dienen, der Nachmittag der Diskussion. inwieweit eine so klare Trennung des Programms evtl. mit Mittagspause den Aufbau des Seminars sprengen würde, wurde kontrovers diskutiert und wird von der Vorbereitungsgruppe achtsam in die Planung einbezogen.

Angeregt vom VDÄÄ wird überlegt, ob eine Moderation evtl. durch eine Journalistin, eine Bereicherung des Seminars wäre.

Wenn L. Tisch nicht zusagt, soll aus den Reihen des Vereins ein Referent/eine Referentin gesucht werden, die die Position „Eine Apothekerin/eine Apotheke“, „spezielle Kompetenz der ApothekerInnen und ihrer Beratung“ vertritt.

In einer kurzen inhaltlichen Diskussion wurden die Anregungen und Gedanken aus dem Programm des VDPP noch einmal besprochen sowie kommunale Apotheken und Genossenschaftsmodelle.

Es wird angeregt, ein Thesenpapier vorzubereiten, um die Diskussion anzuregen und zu strukturieren.

Mitgliederwerbung: Es soll einen aktualisierten Flyer mit den Kontaktmöglichkeiten für die Mitgliederwerbung geben. Eine Sonderausgabe des Rundbriefes soll für den Apothekertag für Aufmerksamkeit sorgen. Auf die Frage, was einer Interessierten in der Provinz angeboten werden kann, wurde auf die Veröffentlichungen, die Präsenz im Netz, Wortmeldungen auf dem Apothekertag etc. verwiesen. Eine Regionalisierung ist nicht realistisch.

Es wurde angedacht, ob nach dem Herbstseminar diese Diskussion in kleinen Runden Tischen in Kooperation mit dem VDÄÄ in die einzelnen Regionen getragen werden kann.

Pressearbeit: Der Vorstand bekommt den Auftrag, sich nochmals mit der Pharmazeutischen Zeitung über die

Veröffentlichungen der Stellungnahmen auseinander zu setzen. Wenn es kein Weiterkommen gibt, soll geprüft werden, inwieweit Standesmedien verpflichtet werden können, die Meinungen der Zwangsmitglieder abzudrucken.

Für die Pressearbeit wurde angefragt, sich z. B. auch um Dr. Mabuse zu kümmern. Die Veröffentlichungen der BUKO-Pharmakampagne bieten sich für die Stellungnahmen des VDPP nicht an.

Anträge Apothekertag: Als Antrag für den Apothekertag wurde überlegt, wie die Vertraulichkeit der Beratung in einen Antrag Eingang finden könnte. Hierzu kam es zu keiner Übereinkunft.

Der Antrag des vergangenen Apothekertages soll umformuliert wieder aufgegriffen werden (s. RB 64)

Tenor soll sein, die ABDA aufzufordern, die Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen im Sinne eines Selbstmedikationsreportes in Angriff zu nehmen. Abgeschwächt könnte der Antrag auf eine Arbeitsgruppe lauten, die prüft, wie der Selbstmedikationsmarkt kontinuierlich beobachtet werden kann. Diese Frage soll im Blick gehalten werden und eventuell als Arbeitsauftrag für die Patientenbeauftragte beim BMG vorangetrieben werden.

Programm: Das Programm soll bis zum Jubiläum 2009 überarbeitet sein. Regina und Katja werden die Organisation übernehmen.

Alle Mitglieder werden aufgefordert, sich aktiv daran zu beteiligen und zum Beispiel zu formulieren, welche Felder dringend aufgenommen werden müssen oder welche nicht mehr aktuell sind.

Spontan wurden folgende Punkte für eine Programmüberarbeitung genannt: EU-Wettbewerb. Selbstmedikation, Krankenkassenpositionen, Bundesoberbehörde

Die MV 2009 soll am Gründungsort Hamburg stattfinden. Gudrun Meiburg wird gebeten, sich bereits jetzt zu bemühen, die Räume im Haus in Rissen zu buchen. Datum 19. – 21. Juni 2009 Prof. Wahrung könnte als Rednerin angefragt werden

#### **Top 14 Anträge**

Es lagen keine Anträge vor.

#### **Top 15 Finanzplan**

Der Finanzplan wurde mit einigen Korrekturen genehmigt. Die aktuelle Version s. Anhang (S. 17). Die Unterdeckung kann über eine gewisse Zeit wegen des Sparguthabens toleriert werden. Die Anstellung einer Referentin wurde einhellig trotz dieser Auswirkungen begrüßt.

#### **Top 16 Verschiedenes**

Beim Kontakt mit den Grünen wurde ein Gespräch mit B. Bender in Aussicht gestellt. Jürgen Große und Bernd Rehberg würden ein solches Gespräch führen.

Nächste MV: Es gibt kein eindeutige Votum für den Ort der MV 2008. Es stehen Dresden und Wernigerode zur Auswahl. Dresden ist erste Wahl, wenn sich ohne Probleme ein Tagungsort finden lässt. Datum ist der 21. – 22. Juni 2008.

Aus aktuellem Anlass wurde TOP 2 erneut aufgerufen und ein weiteres neues Mitglied bestätigt.

Christiane Hefendehl  
(Protokollführerin)

Gudrun Hahn  
(Versammlungsleiterin)



# Rechenschaftsbericht zur Mitgliederversammlung 2007

Der Berichtszeitraum umfasst ein Jahr (Juni 2006 bis Juni 2007). Der Vorstand traf sich fünfmal. Der Rundbrief erschien viermal.

Erstmals seit längerer Zeit treten wieder Mitglieder ein. Zwei Eintritte stehen drei Austritte gegenüber.

Im Einzelnen fanden die Vorstandssitzungen statt am:

12. Juli 2006,  
16. Dezember 2006 und  
10. März 2007 in Hamburg,  
19. Mai 2007 in Berlin und  
8. Juni 2007 in Hannover.

Wie in den letzten Jahren kamen zu den Vorstandssitzungen in der Regel weitere interessierte VDPP-Mitglieder aus dem Hamburger Umfeld, die Treffen waren anregend und informativ. Die Protokolle können in den aktuellen Rundbriefen (Nr. 65 bis 67) nachgelesen werden.

Die Arbeit beschränkte sich wie bisher auf die Analyse der aktuellen Lage, gelegentlich formulierten wir auch Stellungnahmen (DAMA-Errichtungsgesetz, Fremd- und Mehrbesitzdiskussion, Urteil des OVG zum Prozess von Ingeborg Simon gegen die Apothekerkammer Berlin), die in der Standespresse nicht veröffentlicht wurden.

Der Rundbrief stellt sich revitalisiert dar, es sind drei Ausgaben im Jahr 2006 erschienen und auch im Jahr 2007 hält der Elan offensichtlich an. Mein Dank an Jürgen Große und alle, die für den Rundbrief schreiben, denn ohne Artikel kann auch ein kreativer Pressemensch wenig stemmen.

Vor einem Jahr initiierten wir mit dem Rechenschaftsbericht eine Diskussion über die Zukunft des Vereins. Diese Diskussion hat uns wesentlich weiter gebracht, denn die Bekenntnisse zur Notwendigkeit und Daseinsberechtigung des Vereins hielten nicht nur zwei Tage, sondern viele Monate. Der Vorstand verschickte auf Beschluss der MV ein Alarmschreiben, die Rückmelddquote war verhalten.



Ein weiteres Ergebnis war die Schaffung einer Referentenstelle, die Stellenausschreibung erfolgte im September 2006. Seit dem 1. Januar 2007 arbeitet Katja Lorenz als Referentin für den Vorstand und kümmert sich um die Öffentlichkeitsarbeit. Wie Ihr bemerkt habt, erscheint der Newsletter wieder und informiert regelmäßig über das Vereinsgeschehen. Die Website wurde von Katja beharrlich durchgeforstet und ist jetzt in einem Zustand, in dem man Interessierte wieder auf [www.vdpp.de](http://www.vdpp.de) verweisen kann.

Mit der Einstellung Katjas hat die Vereinsarbeit an Schwung gewonnen. Das motiviert auch uns Vorstände, so dass Bernd und ich wieder kandidieren werden. Wir brauchen also nur noch drei weitere Mitglieder für die heutigen Wahlen.

Aus der Arbeit des Vorstandes bleiben noch ein paar Dinge übrig: Die Einrichtung eines Mitgliederbereiches wurde für die Aktualisierung der Website zurückgestellt. Die Auswertung zu den Arbeitsgebieten der Mitglieder ist abgeschlossen und auch als Artikel für den RB fertig gestellt, wurde aber durch ein Versehen nicht abgedruckt. Dies soll im nächsten RB geschehen. Zu den Kontaktaufnahmen zu den Studenten wird Katja berichten. Die elektronische Gesundheitskarte haben wir ein Jahr liegen lassen, sie wird jetzt aber wieder aktuell und wir werden uns dazu äußern.

Die Fraktion Gesundheit in der Apothekerkammer Berlin, die zum großen Teil von VDPP-Mitgliedern getragen wird, konnte bei den Kammerwahlen im März einen Sitz hinzugewinnen und ist nun mit vier Delegierten vertreten. Es gibt also noch PharmazeutInnen, die Organisationsstrukturen, wie den VDPP und die Fraktion Gesundheit für wichtig halten. Machen wir etwas draus. Immerhin konnten wir erstmals seit längerer Zeit wieder Eintritte in den VDPP verzeichnen.

In diesem Jahr wollen wir, hinter „wir“ stecken unsere Referentin, eine Berliner Arbeitsgruppe und der Vorstand, Euch ein Herbstseminar vorschlagen, das schon recht konkret in der Planung ist. Vielleicht kommen wir noch ein bisschen mehr in Schwung ...

Über die große Politik möchte ich nicht viel sagen. Wir verschicken unsere Stellungnahmen und werden gelegentlich zu Anhörungen eingeladen. Abschließend möchte ich auf die Alltagsarbeit des Vereins hinweisen, sie wird wie immer ruhig und zuverlässig von Gudrun Meiburg erledigt, der ich an dieser Stelle wieder einmal ganz herzlich für die Arbeit in der Geschäftsstelle danken möchte.

Thomas Schulz  
für den Vorstand

# Finanzbericht 2006

von Gudrun Meiburg und Jürgen Große

	Ist 2006	Ist 2005	Index (2005 = 100)	Plan 2006	Index (Plan = 100)
<b>Einnahmen:</b>					
Beiträge	11012,61	11183,27	98,5	10800,00	102,0
Spenden	0,00	90,93	0,0	100,00	0,0
Zinsen	163,58	106,44	153,7	110,00	148,7
Verkauf Rundbrief (Abos)	0,00	0,00		40,00	0,0
<b>Summe Einnahmen</b>	<b>11176,19</b>	<b>11380,64</b>	<b>98,2</b>	<b>11050,00</b>	<b>101,1</b>
<b>Ausgaben:</b>					
Mitgliederversammlung	303,38	1213,73	25,0	1000,00	30,3
Seminare	0,00	70,00	0,0	1000,00	0,0
Projekte	0,00	0,00		1000,00	0,0
Spenden	1500,00	1000,00	150,0	2000,00	75,0
Öffentlichkeitsarbeit	165,88	294,76	56,3	7000,00	2,4
Vorstand	240,00	188,19	127,5	500,00	48,0
Rundbrief	<i>davon</i> 1670,93	523,64	319,1	1000,00	167,1
	<i>Redaktionshonorare</i> 0,00	0,00		0,00	
	<i>Druck</i> 1373,43	349,04	393,5	650,00	211,3
	<i>Versand</i> 297,50	174,60	170,4	350,00	85,0
Geschäftsstelle	<i>davon</i> 4633,87	4475,15	103,5	4700,00	98,6
	<i>Personalkosten</i> 3262,47	3000,00	108,7	3200,00	102,0
	<i>Sachkosten</i> 1371,40	1475,15	93,0	1500,00	91,4
Regionalgruppen	0,00	0,00		300,00	0,0
Verschiedenes	85,00	160,00	53,1	300,00	28,3
<b>Summe Ausgaben</b>	<b>8599,06</b>	<b>7925,47</b>	<b>108,5</b>	<b>18800,00</b>	<b>45,7</b>

## Vermögensentwicklung:

Einnahmen 2006	11176,19
Ausgaben 2006	8599,06
Überschuss	2577,13
Vermögen 1. 1. 2006	25443,86
Korrektur	0,00
<b>Vermögen 31. 12. 2006</b>	<b>28020,99</b>

## Vermögensaufteilung:

<b>Vermögen 31. 12. 2006</b>	28020,99
davon Kasse	116,96
Postgiro	1476,81
EDV	1,00
GLS-Bank Festgeld 1	11282,04
GLS-Bank Festgeld 2	3071,03
Postbank Festgeld	12073,15
Außenstände	0,00

# Finanzplan 2007

(von der Mitgliederversammlung 2007 beschlossen)

	Plan 2007	Plan 2006	Index (Plan 2006 = 100)	Ist 2006	Index (Ist 2006 = 100)
<b>Einnahmen:</b>					
Beiträge	11000,00	10800,00	101,9	11012,61	99,9
Spenden	100,00	100,00	100,0	0,00	
Zinsen	400,00	110,00	363,6	163,58	244,5
Verkauf Rundbrief (Abos)	40,00	40,00	100,0	0,00	
<b>Summe Einnahmen</b>	<b>11540,00</b>	<b>11050,00</b>	<b>104,4</b>	<b>11176,19</b>	<b>103,3</b>
<b>Ausgaben:</b>					
Mitgliederversammlung	1000,00	1000,00	100,0	303,38	329,6
Seminare	1500,00	1000,00	150,0	0,00	
Projekte	0,00	1000,00	0,0	0,00	
Spenden	1000,00	2000,00	50,0	1500,00	66,7
Öffentlichkeitsarbeit	1500,00	1235,29*	121,4*	29,27*	5124,2*
VorstandsreferentIn	7000,00	5764,71*	121,4*	136,61*	5124,2*
Vorstand	500,00	500,00	100,0	240,00	208,3
Rundbrief <i>davon:</i>	2800,00	1000,00	280,0	1670,93	167,6
<i>Redaktionshonorare</i>	1000,00	0,00		0,00	
<i>Druck</i>	1400,00	650,00	215,4	1373,43	101,9
<i>Versand</i>	400,00	350,00	114,3	297,50	134,5
Geschäftsstelle <i>davon:</i>	4800,00	4700,00	102,1	4633,87	103,6
<i>Personalkosten</i>	3300,00	3200,00	103,1	3262,47	101,2
<i>Sachkosten</i>	1500,00	1500,00	100,0	1371,40	109,4
Regionalgruppen	300,00	300,00	100,0	0,00	
Verschiedenes	100,00	300,00	33,3	85,00	117,6
<b>Summe Ausgaben</b>	<b>20500,00</b>	<b>18800,00</b>		<b>8599,06</b>	<b>232,6</b>

## Anmerkung:

Da im Finanzplan 2006 die (geplanten) Ausgaben für die Vorstandsreferentin noch im Etatposten „Öffentlichkeitsarbeit“ enthalten sind, wurde die Aufteilung für 2006 fiktiv nach den Anteilen im Plan für 2007 vorgenommen. Diese fiktiven Zahlen sind mit einem Sternchen (\*) markiert.



# Wie demokratisch sind unsere Kammern?

## Bericht über eine Veranstaltung des VDPP am 10. Juni 2007 in Hannover

von Udo Puteanus

Unter diesem Titel diskutierten die Teilnehmer des VDPP mit der Präsidentin der Bundesapothekerkammer, Magdalene Linz, der Apothekerin Ingeborg Simon (VDPP Berlin) und Gerd Mattern, dem Vorsitzenden des Bundesverbandes der Apotheker im Öffentlichen Dienst (BApÖD) am 10. Juni in Hannover. Einig waren sich die Diskutanten, dass mehr als bisher dafür getan werden müsse, die Belange der nicht selbstständigen Apothekerinnen und Apotheker durch die Kammern nach außen in Erscheinung treten zu lassen.

Hintergrund war der gescheiterte Versuch von Frau Simon, per Gerichtsverfahren den Austritt der Apothekerkammer Berlin aus der ABDA zu erzwingen. Das Oberverwaltungsgericht Berlin sah in der Überrepräsentanz der Apothekenbesitzer in den Gremien der Kammern und vor allem in der ABDA kein Demokratiedefizit, das den Austritt der Kammer aus der ABDA erforderlich machen würde.

Genau dies hatte die Erstinstanz, das Verwaltungsgericht Berlin, noch ganz anders gesehen: an die demokratischen Strukturen der berufsständischen Kammern seien besondere Anforderungen zu stellen, denn die Zwangsmitgliedschaft, die die Heilberufsgesetze der Länder vorschrieben, führe aufgrund Artikel 2 Grundgesetz dazu, dass die Kammern besonders sorgfältig auf demokratische Binnenstrukturen zu achten hätten. Insofern könne es nicht angehen, dass die nicht besitzenden Apothekerinnen und Apotheker durch die Struktur der ABDA, an der die Kammern maßgeblich beteiligt seien und die auf Bundesebene von den Gesundheitspolitikern als Sprachrohr der Apothekerschaft akzeptiert sei, aufgrund der Einbeziehung der Apothekerverbände zwangsläufig immer in der

Minderheit blieben und insofern ihre Belange nicht genügend berücksichtigt würden.

Das Oberverwaltungsgericht hatte demgegenüber argumentiert, die Unterscheidung in besitzende und angestellte Apothekerinnen und Apotheker sei juristisch nicht relevant. Insofern seien keine Demokratiedefizite zu beklagen. Im von der ABDA angestregten juristischen Gutachten war der Autor, Prof. Kluth, sogar noch weiter gegangen: man müsse darüber nachdenken, ob die Quotenregelungen in einzelnen Bundesländern, die den Angestellten in der Delegiertenversammlung 50 % der Stimmen zusichere, nicht sogar verfassungswidrig sei, denn es gäbe nur den Apotheker. Die Unterscheidung in angestellt und besitzend sei höchstens ein soziologisches Problem.

Die Erwartungen der Teilnehmer an die Ausführungen der Präsidentin der Bundesapothekerkammer waren nicht sehr hoch gewesen, da ihr erwartungsgemäß aufgrund ihrer Funktion die Hände gebunden waren. Sie vernahmen von ihr daher gern, dass auch sie einiges an dem Kluth-Gutachten für problematisch halte, hier besonders die angebliche Verfassungswidrigkeit von Quotenregelungen. Die Teilnehmer mussten auch die Schwierigkeiten zur Kenntnis nehmen, mit denen sie als BAK-Präsidentin zu kämpfen habe. Trotz ihres Einsatzes müsse immer noch davon ausgegangen werden, dass Berufsgruppen außerhalb der Apotheken von den Gremien der Kammern und der ABDA wenig respektiert seien und dies als ein Riesenproblem vermerkt werden müsse.

Frau Simon erinnerte in ihrem Statement daran, dass man früher ein Stück weit des Weges gemeinsam gegangen sei. So habe sich auch

Frau Linz als damalige Vorsitzende des Bundesverbandes der Angestellten in Apotheken (heute Adexa) und Mitglied des Forum Leipzig dafür stark gemacht, die Anliegen der nicht selbstständigen Kolleginnen und Kollegen in den Gremien der Kammern mehr Gehör zu verschaffen.

Einig waren sich die Teilnehmer der Diskussionsveranstaltung in Hannover, dass es der Glaubwürdigkeit der Kammern und der ABDA gegenüber der Öffentlichkeit gut tun würde, wenn angestellte Apothekerinnen und Apotheker weitaus mehr als bisher zur Meinungsbildung als mitentscheidende Mitglieder in allen Gremien der Kammern und der ABDA beitragen würden. Die durch die letzte Änderung der Satzung der ABDA beschlossene Benennung von vier angestellten Apothekerinnen und Apotheker in den Gesamtvorstand sei längst nicht ausreichend, zumal diese jetzt nur noch beratende Rechte bzw. ein Antragsrecht hätten. Die frühere Regelung hätte den zwei Angestellten, die von der Bundesapothekerkammer benannt worden seien, immerhin Mitentscheidungsbefugnisse eingeräumt.

Es sei notwendig, so die einhellige Meinung der Teilnehmer, die Meinungsbildung auf der Seite der abhängig Beschäftigten sehr viel stärker als bisher zu fördern, um dem Wortlaut der Kammergesetze, „die beruflichen Belange aller Berufsangehörigen zu vertreten“, besser als bisher gerecht zu werden. Es sei auch daran zu denken, ob nicht auch eine hauptamtlich tätige Stelle dafür eingesetzt werden sollte, um die Meinungen und Interessen der nicht Selbstständigen besser zu bündeln und in die Gremien der Kammern und ABDA zu transportieren. Denn dies sei notwendig, um die bestehenden strukturellen Schwächen, die bei Angestellten

bestehen (z.B. hohe Teilzeitquote, geringe finanzielle Möglichkeiten, geringe Anzahl der nicht in Apotheken arbeitenden Apothekerinnen und Apotheker), wenigstens zum Teil abzumildern.

Keine Einigkeit wurde bei der Frage erzielt, ob die Bundesapothekerkammer als Arbeitsgemeinschaft der Apothekerkammern mehr als bisher innerhalb der ABDA an Bedeutung gewinnen sollte. Während die Präsidentin der Bundesapothekerkammer dafür plädierte, die durch die ABDA repräsentierte Einheitlichkeit des Berufsstandes nach außen nicht zu gefährden, setzte sich Frau Simon energisch für eine größere Eigenständigkeit der Bundesapothekerkammer mit eigenen Haushaltsmitteln und eigenem Personal ein. Die vorgenommenen Satzungsänderungen durch eine hinter verschlossenen Türen arbeitende Kommission habe die vorher erhofften Veränderungen in Richtung von mehr Demokratie und Haushaltstransparenz nicht nur nicht erfüllt, sondern total ignoriert. Das mache sich insbesondere im Umgang mit den nichtselbständigen Apothekerinnen und Apothekern deutlich, die jetzt sogar ihr Mitbestimmungsrecht verloren hätten. Insofern hätten sich die undemokratischen Strukturen, die sich z. B. in der Ausgrenzung von Angestellten bei berufsrelevanten Entscheidungen, in Zwangsmitgliedschaft und unternehmerfreundlichen Interessenvertretungen von Kammern in der ABDA manifestieren, weiter verfestigt. Das von der ABDA veranlasste Rechtsgutachten, das nicht zuletzt mit Kammerbeiträgen der Angestellten finanziert worden sei, bedeute eine Kampfansage an alle demokratischen Bemühungen innerhalb des pharmazeutischen Berufsstandes. Bestehende Ungleichheiten würden ausdrücklich nachträglich sanktioniert und bestätigt hinsichtlich ihrer Rechtmäßigkeit und das in dem Wissen, dass der Teil der selbstständig tätigen Apotheker nur noch 37 % des Berufsstandes ausmacht.

Die Vielfalt der pharmazeutischen Tätigkeiten und die dort arbeitenden Kolleginnen und Kollegen – in

den Krankenhäusern, in den Universitäten, in den öffentlichen Verwaltungen, in den Krankenkassen, in den fachlichen Medien und anderswo – mit ihren unterschiedlichen Interessenlagen und Rahmenbedingungen fänden sich bis heute und sicherlich auch in absehbarer Zukunft nicht in der ABDA-Politik beachtet und widergespiegelt.

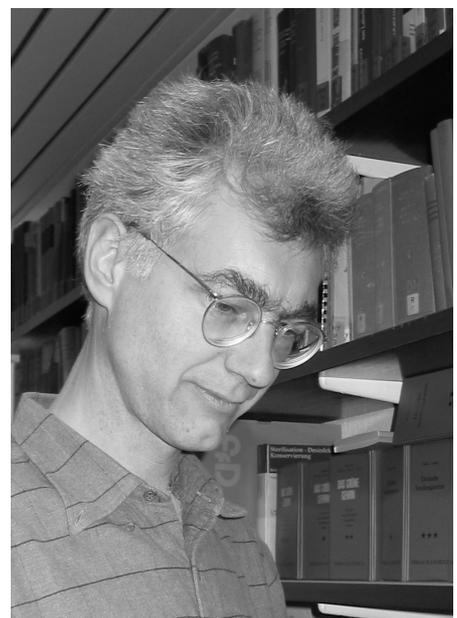
Mit Interesse wurden von den Teilnehmern die Überlegungen von Frau Linz und anderen Vertretern der Bundesapothekerkammer aufgenommen, die auf die Einrichtung eines Beirates hinzielen, der das Problem etwas entschärfen könne. In dieses Gremium könne man Vertreter aus anderen Verbänden berufen und auf diese Weise im Gesamtkonstrukt ABDA den nicht in Apotheken arbeitenden Berufsangehörigen eine deutliche Stimme verleihen.

Ingeborg Simon plädierte darüber hinaus für eine Stärkung der Bundesapothekerkammer in der ABDA. Zwar sei die Mitarbeit der Bundesapothekerkammer in der ABDA grundsätzlich möglich. Notwendig und vor allem politisch zu fordern sei aber eine starke Arbeitsgemeinschaft der Kammern, deren Arbeit und deren finanzielle Ressourcen transparent gemacht werden müssten; denn diese würden ja letztlich von allen Kammermitgliedern bezahlt. So könne sicherlich auch die Mitarbeit der angestellten und beamteten Apothekerinnen und Apotheker gefördert werden, eine Mitarbeit, die unter den derzeitigen Bedingungen und innerhalb der heutigen ABDA kaum zu erreichen sei.

Dies fand auch die Unterstützung von Herrn Mattern, der unter den gegebenen Bedingungen alle pharmazeutischen Mitarbeiter im Öffentlichen Dienst verstehen könne, die in einer Mitarbeit bei einer fast ausschließlich auf die Apotheken fixierten Kammer keinen Sinn für sich und ihre Arbeit sehen würden. Es sei ihnen auch nicht zu verdenken, wenn diese sich sogar z. T. darüber ärgerten, wenn ihnen der Jahresbeitrag zur Kammer abver-

langt werde, ohne dass sie einen ausreichenden Nutzen von der Kammer erwarten könnten. Nach Meinung des BApÖD-Vorsitzenden seien die Einschränkungen bei der Auswahl der im Gesamtvorstand vertretenen nicht selbstständigen Kollegen – sie müssen hauptberuflich tätig sein, und die Vorschläge von Verbänden können von der Mitgliederversammlung der ABDA abgelehnt werden – ein Ausdruck mangelnden Vertrauens gegenüber einem sachgerechten Vorschlag der Fachverbände. Der BApÖD sei sich sicher, dass die Fachverbände nur Vertreter vorschlagen werden, die auch geeignet sind, die Anliegen der Kolleginnen und Kollegen aus ihrem Tätigkeitsbereich zu vertreten.

Den Mangel an Mitbestimmungsmöglichkeiten für die nicht selbstständigen Apothekerinnen und Apotheker in den Kammern und in der ABDA gelte es abzubauen, so die zentrale Botschaft der Veranstaltung. Dazu reichten die bisherigen Änderungen an der Satzung der ABDA längst nicht aus. Ganz im Gegenteil: durch den Entzug der Mitbestimmungsmöglichkeiten für Angestellte sei die Satzung sogar ein Rückschritt. Es gelte weiterhin, energisch neue Schritte in Richtung mehr Demokratie in den Kammerorganisationen und in der ABDA zu fordern.



# Nachlese zum Apothekertag 2007

von Katja Lorenz

Diesmal also Düsseldorf statt Köln!

Ich war wiederum als Delegierte der Fraktion Gesundheit in der Apothekerkammer Berlin dabei, in den Pausen jedoch auch als Referentin des Vorstandes unseres Vereins unterwegs. Schließlich hatte ich einiges zu bewerben. Pünktlich zum Apothekertag hatten wir den Sonderrundbrief, eine Art „Best of“ der letzten Ausgaben, fertiggestellt. Außerdem galt es die Ankündigung des Herbstseminars unter die interessierte Öffentlichkeit zu bringen.

Mit diesen Dingen im Gepäck ergaben sich einige gute Gespräche am Rande, zum Beispiel mit Sina Heintz, der Präsidentin des Bundesverbandes der Pharmaziestudierenden in Deutschland (BPhD), die in einem der Arbeitskreise auf dem Podium saß. Ein absolutes Novum. Endlich werden von der ABDA auch die Studierenden ernst genommen.

Noch etwas Neues gab es gleich zu Beginn. Im Rahmen der politischen Grußworte gab es einen Beitrag der Linken. Frau Dr. Bunge, wohl eher als Vorsitzende des Gesundheitsausschusses eingeladen, machte aber gleich klar, dass sie auch als Mit-

glied der Linken sprechen wird. Sie hat mit ihren klaren Positionen wohl manche/n in Erstaunen versetzt. So wie auch Herr Bahr von der FDP, er allerdings mit anderen Vorzeichen. Die FDP – sonst gern Verfechterin des freien Heilberufes und deshalb bei der Apothekerschaft gern gesehen – sorgte nun mit den Aussagen, dass ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln keine politische Mehrheit finden würde, für Unruhe im Saal. Auch ist die Position der Partei zum Fremd- und Mehrbesitzverbot keineswegs mehr klar.

Hauptthema des Apothekertages war die wirksame Darstellung des Mehrwertes der inhabergeführten Apotheke gegenüber Politik und Bevölkerung. Dazu gab es zwei Arbeitskreise. Wie ich schon im letzten Jahr berichtete, halte weder ich die Bezeichnung, noch die Struktur an sich für besonders glücklich. Es hat immer eher etwas von einer Fortbildungsveranstaltung, die allerdings interessant war. Trotzdem sind die Arbeitskreise für eine wirkliche breite Diskussion der aktuellen Probleme nicht geeignet und eher wie Vehikel für die Bearbeitung der Anträ-

ge, die aus den Kammern und Vereinen gestellt werden. In diesem Jahr gab es nach meiner Zählung nur einen Antrag, der von einer Gruppe von KollegInnen gestellt wurde. Das hat sicher mit der Auflösung des Forum Leipzig zu tun. Es fehlt eine kammerübergreifende Zusammenarbeit. Sicher gibt es Leitanträge, die aus ähnlich lautenden Anträgen verschiedener Kammern/Vereine formuliert werden. Aber das geschieht aus meiner Sicht auf der ABDA-Ebene, wenn dort die eingegangenen Anträge besprochen werden.

Es gab zahlreiche Anträge, mit oft auch rein proklamatorischem Charakter. Meine persönlichen Lieblingsanträge (abgesehen von unserem!) drehten sich um die Mitwirkung der ApothekerInnen bei der Palliativbetreuung. Zur Begründung kann man natürlich die demografische Entwicklung heranziehen, oder den im GKV-WSG festgeschriebenen Anspruch auf ambulante palliative Versorgung. Man kann sich aber auch unabhängig davon den Apothekenalltag vergegenwärtigen: Im Studium haben wir dazu nichts gelernt, wollen aber Heime versorgen und Angehörige beraten. Es ist dringend notwendig, dass wir uns hier Wissen aneignen. Dass wir in der Prävention mittun wollen, ist inzwischen allgemein anerkannt. Uns aber auch am Ende einzubringen, eher nicht. Stattdessen wurde diskutiert, dass wir doch schon so viele Zusatzbezeichnungen/Zertifikate hätten und nun nicht noch eines brauchten. Eine Aus-, Fort- und Weiterbildung auf diesem Gebiet finde ich mindestens genauso wichtig wie den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Ernährungsberater/in“!

Mein persönliches Highlight war natürlich die Annahme des Antrages zur Selbstmedikation. Tja, Newsletter-LeserInnen wissen jetzt mehr: Im vdpp-aktuell war er näm-



lich bereits im Wortlaut zu lesen. Hätten wir eure E-Mail-Adresse, könntet ihr auch in diesen Genuss schnellerer Information kommen! (Zum Weg der Antragstellung verweise ich an dieser Stelle auf das Grußwort in diesem RB.)

Kurzzeitig bestand die Gefahr, dass er in einen Ausschuss verwiesen würde.

Ein entsprechender Antrag war mit Verweis auf die (angeblich) falsche Begründung gestellt worden, konn-

te jedoch abgeschmettert werden. Mit Unterstützung mehrerer KollegInnen, u. a. auch der BAK-Präsidentin Frau Linz gelang die Annahme mit großer Mehrheit.

Und so lautet er:

### **Antrag zum Deutschen Apothekertag 2007**

#### **Antrag**

Die Hauptversammlung der deutschen Apothekerinnen und Apotheker beauftragt die ABDA, eine Arbeitsgruppe zu bilden, die wirksame Instrumente zur Beobachtung des Selbstmedikationsmarktes entwickelt. Dabei sollen insbesondere Möglichkeiten zur Bewertung von Nutzen, Risiko, Risikominimierung der Präparate und zur Verbesserung der Transparenz gegenüber den Verbraucherinnen und Verbrauchern gefunden werden.

Nur so kann es gelingen, den apothekenspezifischen Bereich der Selbstmedikation im Sinne der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung und des gesundheitlichen Verbraucherschutzes mit dem vorhandenen pharmazeutischen Sachverstand zu überwachen und zu steuern.

#### Begründung:

Repräsentative Umfragen belegen in aller Regel großes Vertrauen der Bevölkerung in die Offizin-Apotheke und damit in deren Kompetenz in der Beratung und der Rezepturherstellung. Auf der anderen Seite geben Testkäufe, Ringversuche sowie die drohende weitere Liberalisierung des deutschen Apothekenmarktes Anlass zur Sorge um die gegenwärtige und zukünftige Funktion des Apothekers als Heilberufler.

Die Verantwortung der Apothekerschaft hat – spätestens seitdem die nichtverschreibungspflichtigen Arzneimittel bis auf sehr wenige Ausnahmen nicht mehr von den Kassen erstattet werden – im Bereich der Selbstmedikation enorm zugenommen.

Aus Sicht der Verbraucher ist eine fundierte Information zu nichtverschreibungspflichtigen Arzneimitteln notwendig, weil es für diesen

Bereich keine institutionalisierte Risikoüberwachung gibt. Die Werbung für Arzneimittel informiert nur einseitig, dem gegenüber stehen nur wenige kritische Informationsquellen zur Verfügung. Die Verbraucher müssen ihre Produktauswahl aber aufgrund von transparenten und objektiven Informationen bestimmen können, denn Arzneimittel sind eine besondere Ware.

Den Trumpf der individuellen Beratungskompetenz dürfen wir uns nicht aus der Hand nehmen lassen. Die Bedeutung einer transparent an der eigenen Qualität arbeitenden Apothekerschaft kann daher nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Sie kann den Erwartungen der Bevölkerung (und auch der Gesundheitspolitik) nur dann gerecht werden, wenn sie selbst für diese Transparenz und eine offene Diskussion über Nutzen und Risiken der Selbstmedikation sorgt.

Zum Schluss noch etwas aus dem Kapitel „Manchmal ist es nützlich, ApothekerIn zu sein“. Als wir am Freitagabend erschöpft vom ärgerlichen und unprofessionellen Gewaltmarsch Herrn Kellers durch die letzten Stunden, Platz in einem Restaurant im Medienhafen suchten und bereits mehrfach abgewiesen worden waren (war einfach alles voll!), antwortete meine Kollegin auf den Hinweis, wir hätten doch reservieren müssen, das wäre nicht gegangen, wir wären nur zum Apothekertag in der Stadt. Darauf räumte der Kellner uns einen wunderbaren Tisch frei, erkundigte sich mehrfach nach unserem Wohlbefinden ... Die Auflösung: der Mann war Pharmaziestudent!

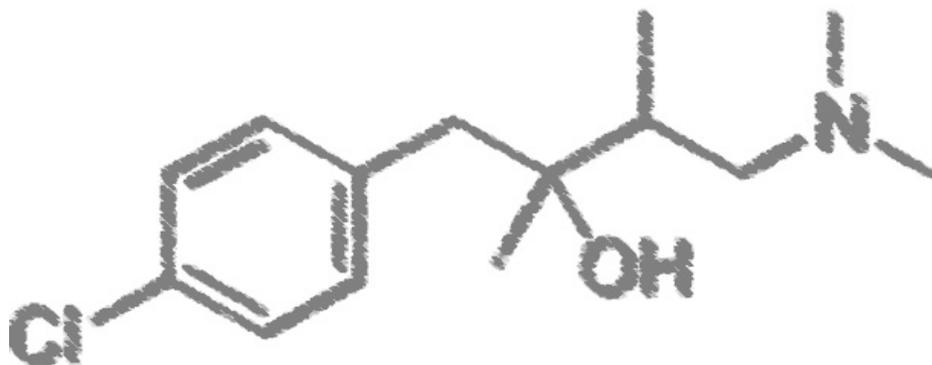


# Leserbrief an die DAZ

von Bernd Rehberg

Das Editorial in der DAZ Nr. 36/2007 greift die Rücknahme der Zulassung Clobutinolhaltiger Arzneimittel auf. Die Autorin verweist zu Recht darauf hin, dass Arzneimittelsicherheit nicht statisch ist und immer mehr hinzu gelernt werden muss. Es ist in unseren Augen richtig, wenn die Autorin anmerkt, dass Arzneimittel Waren besonderer Art sind, die erklärungsbedürftig sind und insofern in die Hand der Fachfrau/ des Fachmannes gehören. Aber wir Apothekerinnen und Apotheker müssen uns auch kritische Fragen stellen lassen: haben wir Kunden jemals darauf hingewiesen, dass es zu Clobutinol-haltigen Arzneimitteln eigentlich keine aussagekräftigen Studien gibt? Haben wir in den letzten Jahrzehnten genug getan, um die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit all dieser Arzneimittel mit fiktiver Zulassung in der Alltagsanwendung im Rahmen unserer Möglichkeiten zu prüfen und entsprechend zu beraten?

Angesichts der zunehmenden Bedeutung der Selbstmedikation in der letzten Zeit, deren Entwicklung wir als Fachleute so nahe wie sonst kein Heilberufler oder Wissenschaftler begleiten, müssen wir uns fragen lassen, ob wir wenigstens heute den Erwartungen an den Heilberufler Apotheker gerecht werden. Es ist zu fürchten, dass wir von politischer Seite irgendwann mal gefragt werden: Warum kommt von Euch nichts, wenn verschreibungspflichtige Stoffe im Rahmen der Freidosenregelung in den Selbstmedikationsbereich „switchen“? Wem nutzen diese Mittel, in welcher Situation, in welcher Dosierung und mit welchen sonstigen Effekten? Warum sagt Ihr so wenig zu dem gesamten Selbstmedikationsmarkt, der in weiten Teilen irrational ist und bestenfalls den Kunden das Geld aus der Tasche zieht? Warum könnt Ihr noch nicht einmal Zahlen darüber liefern, was in welcher Menge über-



haupt in Apotheken gekauft wird? Was im Verordnungsmarkt seit 20 Jahren regelmäßig beobachtet und bewertet wird, müsste doch auch im Selbstmedikationsmarkt möglich sein!

Clobutinol müsste uns doch über die Frage stolpern lassen, hätten wir nicht vielleicht doch etwas mehr zur Arzneimittelsicherheit beitragen können? Die Autorin des Editorials weist darauf hin, dass man ihres Erachtens mit dem bestehenden Wissen für Clobutinol-haltige Arzneimittel heute keine Zulassung erhalten würde. Gerade aus diesem Grunde haben Verbraucherschützer damals bei der Novellierung des AMG durchgesetzt, dass Produkte, die das Nachzulassungsverfahren noch nicht abgeschlossen haben, den entsprechenden Hinweis tragen müssen. Hat die Apothekerschaft diese Forderung damals unterstützt? Es ist zu befürchten, dass dies nicht der Fall war. Genauso wenig wird wohl davon auszugehen sein, dass die Mehrheit der Apothekenmitarbeiterinnen bei der Abgabe solcher im Nachzulassungsverfahren befindlichen OTC-Arzneimittel den Kunden auf diese Problematik hinweist oder hingewiesen hat.

Gerade das ernsthafte Bemühen um Transparenz im Selbstmedikationsmarkt würde die Glaubwürdigkeit der Apothekerinnen und Apotheker als Heilberufler stärken können. Wenn die Apo-

thekerschaft eine solche Aufgabe allein nicht stemmen kann, müssten wir wenigstens auf die Suche gehen, in der Wissenschaft anerkannte Partner auf dem Weg zu mehr Transparenz, Rationalität und Arzneimittelsicherheit im OTC-Bereich zu finden und Projekte in diese Richtung anzustoßen.

Das sind für uns die Konsequenzen aus der Clobutinol-Erfahrung, das ist für uns eine Möglichkeit, nicht am Status quo festzuhalten, sondern die Arzneimittelsicherheit weiter zu entwickeln.

Bernd Rehberg  
Vorstand des VDPP



# Protokoll der Vorstandssitzung vom 19. Mai 2007 in Berlin

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

**Beginn: 14 Uhr 10**

## TOP 1: Wahl von Versammlungsleiter/In und Protokollführer/In

Leitung: Bernd Rehberg  
Protokoll: Thomas Schulz

## TOP 2: Genehmigung der Tagesordnung

Die Tagesordnung wurde genehmigt.

## TOP 3: Protokoll der letzten Vorstandssitzung vom 16. Dezember 2006 in Hamburg

Das Protokoll wurde nach einigen kleinen Korrekturen genehmigt.

## TOP 4: Beschlusskontrolle

TOP 5: Die Geschäftsstelle wird die Sachspendenquittung für die Festschrift fertig stellen. Katja hatte Kontakt zum ausgetretenen Mitglied aufgenommen. Antwortbrief an Bütikofer ist raus. DAMA-Stellungnahme ist verschickt worden. Ingeborg Simon hat Positionen des VDPP vertreten.

Auf der Website ist die MV angekündigt.

## TOP 5: Bericht aus der Geschäftsstelle

Ein Mitglied ist ausgetreten. Einige Adressen haben sich geändert, es soll einen Hinweis im RB geben.

Diskussion zu den Anforderungen an die Signatur von Verein-Emails. Jürgen wird sich sachkundig machen.

Gudrun berichtet von den Anlaufschwierigkeiten mit der Kassen-Software.

Alle Mitglieder haben für 2006 bezahlt.

## TOP 6: Bericht der Referentin

1. Katja berichtet von den letzten Aktivitäten, die überwiegend per Mail herumgeschickt wurde.
2. Katja hat die Website inhaltlich aktualisiert. Susanne Jäger schlägt Rubriken für die News vor.
3. Beitragsordnung soll gefunden werden und auf der Website platziert werden.
4. Katja hat Frau Linz zur MV eingeladen, sie wird am Sonntag kommen.
5. Katja hat auch Forum Leipzig und BAPÖD eingeladen, VDÄÄ hat sich gemeldet, keine Rückmeldungen gab es von dem Bundesverband der Pharmaziestudenten.
6. Gespräch mit der VDÄÄ-Vertreterin in Berlin.
7. Das Herbstseminar wurde vorbereitet.

### Planung

- Morck nachfragen
- Flyer überarbeiten
- VDÄÄ-Kontakte
- Fachschaften Pharmazie in Hamburg und Berlin noch einmal über unsere Existenz informieren
- Gespräch Bender – (auf der MV diskutieren)

## TOP 7: Kassenbericht

Jürgen legt den Finanzbericht für 2006 und den Finanzplan für 2007 vor. Der Entwurf wird von Jürgen erläutert und kurz diskutiert. Bericht und Plan werden im RB vorgelegt. Das Papier wird auch als Tischvorlagen von Jürgen für die MV vorbereitet.

## TOP 8: Bericht aus den Regionen

**Hamburger** treffen sich weiterhin regelmäßig in Abstand von 2 oder manchmal 4 Wochen. Der Kurzauftritt für den Internet wurde überarbeitet. Es treffen sich 4 bis 5 Leute.

**Berlin:** Treffen zurzeit zweimonatlich. Diesmal wurde eine AG für die Vorbereitung des Herbstseminars eingerichtet.

Die Ergebnisse der Kammerwahl wurden diskutiert, die Ausschüsse

sollen mit einigen Leuten besetzt werden.

## TOP 9: Aktuelle Gesundheitspolitik

Kurzer Bericht zur Umsetzung der Rabattverträge.

Auseinandersetzung um E-Card, Ärztetag hat sich dagegen ausgesprochen.

Diskussion zur Ernährungssituation.

## TOP 10: Seminarplanung 2007

Das Seminar wird am 10.11.07 in Berlin stattfinden. Arbeitstitel: Mythos Wettbewerb im Gesundheitswesen. Ort und Versorgung werden bis zur MV geklärt. Als Referenten haben Niehoff und Glaeske zugesagt, Etgeton und Tisch werden angefragt. Vorschlag wird auf der MV von Katja vorgestellt. Jürgen wird sich vorbereiten um ggf. die Position eines Apothekers aus der Praxis vorzustellen.

## TOP 11: MV 2007

### 8./9./10. Juni in Hannover

Einladung wurde verschickt. Frau Linz hat ihre Teilnahme für Sonntag zugesagt. Forum Leipzig (Weber) und BAPÖD (Mattern) werden auch kommen.

Anmeldungsstand: derzeit 16  
Quartierfrage ist derzeit geklärt.  
Sitzungsleitung: Gudrun Hahn wird von Bernd angesprochen.

ProtokollführerIn: Christiane Hefendehl ansprechen, Vorschlag bei der RG machen.

Wahl der Rechnungsprüfer !

**Vorstandswahlen:** Thomas S. und Bernd stellen sich wieder zur Wahl. Ein drittes Vorstandsmitglied muss gefunden werden.

Katja will Jana und Dorothea Hofferberth ansprechen.

Thomas S. bereitet den Rechenschaftsbericht vor.

Katja wird Stromwechselformulare organisieren.

Vortrag Ingeborg,  
Welche Forderungen ?

Anfahrt bei der RG besprechen: Planung Abfahrt 16.55 von Hbf.

#### TOP 12: Rundbrief

Beiträge müssen umgehend bei Jürgen landen.

Grußwort Thomas oder Bernd

Newsletter kommen regelmäßig

Website soll noch etwas umstrukturiert werden: News sollten gegliedert werden.

TOP 13: **Verschiedenes**

Es liegt nichts vor.

**Nächste Vorstandssitzung:  
8. Juni 2007, 20 Uhr in Hannover**

Protokoll: Thomas Schulz

## Protokoll der Vorstandssitzung am 8. Juni 2007 in Hannover

Zeit: 20.00 - 21.00 Uhr

Teilnehmer: Gudrun Meiburg, Gudrun Hahn, Thomas Schulz, Katja Lorenz, Jürgen Große, Bernd Rehberg

#### TOP 1: Wahl von Versammlungsleiter/In und Protokollführer/In

Versammlungsleiter: Thomas Schulz  
Protokollführer: Bernd Rehberg

#### TOP 2: Genehmigung der Tagesordnung

Die vorliegende Tagesordnung wird angenommen.

#### TOP 3: Genehmigung des Protokoll der Vorstandssitzung vom 19. Mai 2007

Das Protokoll wird ohne Änderungen so angenommen.

#### TOP 4: Beschlusskontrolle

Die Beschlüsse sind ausgeführt worden.

#### TOP 5: Bericht aus der Geschäftsstelle

Siehe MV

#### TOP 6: Bericht der Referentin

Siehe MV

#### TOP 7: Kassenbericht

Siehe MV

#### TOP 8: Bericht aus den Regionen

Siehe MV

#### TOP 9: Aktuelle Gesundheitspolitik

Siehe MV

#### TOP 10: Herbstseminar 2007

Das Honorar für Herrn Niehoff wird gebilligt.

#### TOP 11: Rundbrief / Homepage / Newsletter (insbesondere Sonderrundbrief und Umgestaltung der Homepage)

Sonderrundbrief Redaktionsschluss: 31. August 2007.

#### TOP 13: Verschiedenes

Anfrage des VDÄÄ, für die Podiumsdiskussion ihrer MV einen Moderator zu stellen. Entscheidung vertagt, nach einer geeigneten Person suchen.

Ende 21.00 Uhr

## Protokoll der Vorstandssitzung vom 12. August 2007 in Berlin

**Anwesend:** Bernd Rehberg, Thomas Schulz, Jana Böhme; für die Geschäftsstelle: Gudrun Meiburg, als Referentin: Katja Lorenz

**Beginn: 14.05 Uhr,**

**Ende 17.45 Uhr**

#### TOP 1: Wahl von Versammlungsleiter/In und Protokollführer/In

Leitung: Bernd Rehberg

Protokoll: Thomas Schulz

#### TOP 2: Genehmigung der Tagesordnung

Die Tagesordnung wurde ergänzt und genehmigt.

#### TOP 3: Protokoll der letzten Vorstandssitzung vom 08.06.2007 in Hannover

Das Protokoll wird von Bernd nachgereicht und vor der nächsten VS im Umlauf genehmigt.

#### TOP 4: Beschlusskontrolle

Noch keine Rückmeldung zur Frage der Sachspendenquittung.

Jürgen und Bernd haben noch keinen Kontakt zu B. Bender hergestellt.

Gudrun Meiburg wird bei Gudrun Hahn wegen der Fertigstellung des Protokolls der MV nachfragen. Weiterhin wird die Kurzfassung für die Eintragung beim Notar benötigt.

Aufträge aus der MV – basiert auf der inoffiziellen Mitschrift von Thomas.

#### Programmaktualisierung

Katja hat einen Entwurf vorbereitet, der von Regina nach Überarbeitung an die Geschäftsstelle geschickt werden soll. Terminsetzung ist wichtig. Hinweis für den Rundbrief!

#### Anträge für den Apothekertag.

Katja berichtet: Zwei Anträge, Antrag zur Selbstmedikation wurde von Katja als Antrag der Fraktion Gesundheit in die AK Berlin eingebracht und von der Kammer eingebracht. Der andere Antrag (Repräsentation anderer Berufsgruppen) wurde von AK Berlin abgelehnt.

#### TOP 5: Bericht aus der Geschäftsstelle

Ilse Schleiden-Schmid ist ausgetreten. Gudrun Meiburg liest Begründung vor. Katja hatte nachgefragt.

## TOP 6: Bericht der Referentin

Katja hatte alle Referenten des Herbstseminars noch einmal ange-mailt. Hinweis auf das Thesenpapier. Ende August soll die Berliner Arbeitsgruppe noch einmal zusammentreffen und den konkreten Ablauf abstimmen. Katja wird Ulrike Faber ansprechen. Homepage wurde überarbeitet. Katja ist nicht zufrieden, keine Rückmeldungen. Hierzu soll eine Pressemitteilung erscheinen. Katja hat für die Linke die Stellungnahme zur Änderungen in Arzneimittelverordnung erarbeitet.

Für das Herbstseminar wird das Thesenpapier (Hamburg wollte etwas vorlegen) benötigt. Flyer sollten vorbereitet werden.

Jana bietet sich an für die kleinen Änderungen der Website.

Gerichtskosten für Ingeborg liegen vor.

**Beschluss:** Der Vorstand ruft zur Spende für Ingeborg auf: Sonderkonto, wenn mehr eingenommen wird, dann geht der Überschuss an Apotheker ohne Grenzen. Katja bereitet das vor.

## TOP 7: Kassenbericht

Die MV hat 1723 Euro gekostet, wir hatten 1000 Euro veranschlagt, ein Defizit von 723 Euro.

Die Kassenlage ist derzeit zufriedenstellend.

## TOP 8: Bericht aus den Regionen

Hamburg trifft sich regelmäßig, zwei bis drei Stunden Diskussion. Berlin: trifft sich regelmäßig alle zwei Monate.

## TOP 9: Aktuelle Gesundheitspolitik

Thomas bereitet eine Stellungnahme zur OTC-Preisbindung vor.

Diskussion zur Rabattsituation. Katja fragt Mitglieder aus der Offizin dazu, um Erlebnisberichte für den RB und in Vorbereitung des Herbstseminars einzuwerben.



Gudrun weist auf die Regelung zur Gültigkeit der Versichertenkarte hin.

## TOP 10: Herbstseminar

Benötigt wird ein Thesenpapier, ggf. Fragen. Muss rechtzeitig vor dem Apothekertag fertig sein.

Nächstes Treffen bei Ulrike Faber am 27.08.07, 20.00 Uhr. Vorschlag eines Berichterstatters.

Vorgabe, das Seminar darf nicht mehr als 1000 Euro Zuschuss kosten. Honorar Niehoff 700 Euro. Ca. 100 Euro für den Raum.

Katja mailt die AG-TeilnehmerInnen an für die Vorbereitung.

## TOP 11: MV 2008 und 2009

Gudrun berichtet zur MV '08. Keine Tagungsmöglichkeiten in Dresden verfügbar. Es wird noch mal versucht, etwas zu finden. Bis Ende September muss das geklärt, danach wird ansonsten Wernigerode genommen.

Gudrun hat Schwierigkeiten mit Rissen. Wenn die Tagungsmöglichkeit fest ist, dann soll Frau Wahrig angesprochen werden.

Für 2008 wird ein Vortragender benötigt. Katja wird Udo Puteanus fragen, ob das Thema soziale Un-

gleichheit geeignet ist. Thomas weist auf die Organisation von Sitzungsleitung und Protokollführung hin.

## TOP 12: Rundbrief/Homepage/Newsletter (insb. Sonder-RB und Umgestaltung der Homepage)

Thomas stellt die Infos von Jürgen zum Rundbrief und Sonderbrief vor. Auflage 800. Das Grußwort wird vom Vorstand gemeinsam erarbeitet. Die Titelgestaltung wird diskutiert und von Bernd mit Jürgen besprochen.

Broschüre von CBG wird bei der nächsten VS geklärt (Klärung zum Inhalt, Postversand, Bedenken von Jürgen).

Newsletter kommt regelmäßig heraus.

## TOP 13: Verschiedenes

Der Arbeitsvertrag mit Katja muss für 2008 aktualisiert werden und den Kritikpunkten der Betriebsprüfer angepasst werden.

**Nächste Vorstandssitzung:  
Sonntag,  
den 7. Oktober 2007,  
Hamburg,  
ca. 12 - 16 Uhr**

# Achtung Smog

## Das Infarktrisiko steigt um 46 Prozent – die Fenster können trotzdem geöffnet bleiben

von Klaus Koch

**Kein Journalist kommt ohne Statistiken aus.** Auf einer Nachrichtenseite einer überregionalen Zeitung beispielsweise finden sich zehn bis 20 Zahlen oder Prozentwerte. Der Umgang mit Statistiken ist ebenso wichtig und alltäglich wie Lesen und Schreiben. Doch während beim Umgang mit Sprache Rechtschreibung und Grammatik vor Missverständnissen schützen, lösen selbst vermeintlich einfache Zahlen immer wieder tief reichende Fehlschlüsse aus. „Statistiken werden oft so wiedergegeben, dass die meisten Menschen sie falsch verstehen“, sagt der Psychologe Gerd Gigerenzer vom Berliner Max-Planck-Institut für Bildungsforschung. Das meint er nicht als Bestätigung des Schlagworts „Glaube nur einer Statistik, die du selbst gefälscht hast“. Tückisch sind Statistiken nicht deshalb, weil sie fehlerhaft sind, sondern weil sie unsere Aufmerksamkeit einlullen. Oft bilden wir uns ein, wir hätten verstanden, was die Zahlen aussagen. Und tappen genau deswegen in die Falle.

„Zahlenblindheit“ nennt Gigerenzer das Phänomen, dass wir selbst einfache Zahlenzusammenhänge falsch interpretieren, ohne es zu merken. Sie ist weit verbreitet, selbst bei Berufsgruppen wie Ärzten, Juristen, Finanzexperten und garantiert auch Journalisten – und: Sie ist nicht leicht zu heilen.

**Das hat Folgen:** Am deutlichsten treten die zutage, wenn es um Gesundheit und ihre vielfältigen modernen Bedrohungen geht. Ein Beispiel: „In Zeiten starker Verschmutzung, in denen die Kohlenmonoxidkonzentration um 10 Mikrogramm pro Kubikmeter ansteigt, sterben 46 Prozent mehr Patienten an herzbedingten Problemen“, wird ein Athener Wissenschaftler zitiert. Beeindruckt? Dann schätzen sie doch mal, wie viele Menschen in einer

Millionstadt wie Berlin bei Smog einen Infarkt erleiden. Dutzende? Hunderte? Tausende?

Sehen Sie die Lücke? Erst wenn man solche Abschätzungen versucht, stellt man fest, dass entscheidende Informationen fehlen. Was die Folgen sein können, zeigt sich, wenn man sich die Risiken durch Smog einmal genauer anschaut. Der Epidemiologe Demosthenes Panagiotakos von der Universität von Athen, von dem das Zitat stammt, hat im November 2003 auf einem amerikanischen Herzspezialistenkongress zwei weitere Zahlen genannt: In Athen sterben normalerweise etwa 35 Menschen pro Tag an einem Herzinfarkt. Und: Athen hat ungefähr 4,5 Millionen Einwohner.

**Wer jetzt ein wenig rechnet,** findet heraus, dass an einem durchschnittlichen Tag von einer Millionen Athenern etwa acht an einem Infarkt sterben. Wenn diese Rate bei Smog um „46 Prozent“ steigt, sind das also etwa drei bis vier Tote mehr pro einer Million Einwohner – das entspricht etwa 0,0003 Prozent. Plötzlich ergeben sich zu einem Phänomen – „Herzinfarkt bei Smog“ – zwei Angaben, die wir völlig unterschiedlich bewerten: Bei einer Zunahme des Risikos von „46 Prozent“ ist man leicht geneigt, mit dem Nachbarn einen Streit darüber anzufangen, dass der wieder einmal mit dem Wagen zum Bäcker fährt. Bei einer Steigerung um „0,0003 Prozent“ erscheint solch eine Diskussion ziemlich spitzfindig. Dabei ist keine der beiden Angaben falsch. Sie unterscheiden sich aber fundamental durch ihren Bezugsrahmen: Maßstab für die 46 Prozent – Experten sprechen vom „relativen Risiko“ – ist nur jene kleine Gruppe, die an einem normalen Tag an einem Infarkt stirbt. Maßstab für die 0,0003 Prozent sind aber alle Ein-

wohner einer Stadt. Aus Sicht des Lesers einer Zeitung beschreibt also nur letztere Zahl seine reale Bedrohung.

Tückisch wird die Verwendung des relativen Bezugsrahmens, weil fast nie klargestellt wird, wer gemeint ist, wir aber intuitiv solche Angaben auf uns beziehen: Große Zahlen wie „46 Prozent“ wecken unwillkürlich die Illusion eines enormen Effektes.

**Prozentangaben sind letztlich** eine fast wertlose Information, wenn die Bezugsbasis fehlt: Wer an der Börse einen Gewinn von 46 Prozent einstreicht, aber nur 100 Euro investiert hat, kann sich davon ein Abendessen beim Italiener um die Ecke leisten. Wer 100.000 Euro angelegt hat, kann ein Jahr Urlaub in Italien machen. „Wenn der Bezugsrahmen unterschlagen wird, nimmt uns das die Möglichkeit, uns selbst ein Urteil zu bilden, was wir für wichtig halten“, sagt Gigerenzer. Eigentlich sollen Statistiken aber genau das tun: helfen, das herauszufiltern, was wichtig ist, um dann vernünftige Entscheidungen zu treffen. Für Politiker und Behörden können auch aus Sicht des Einzelnen kleine Effekte wie die Risiken von Smog immer noch eine wichtige Erkenntnis sein. Denn sie müssen anhand solcher Zahlen entscheiden, ob beispielsweise Fahrverbote oder strengere Abgasgrenzwerte zum allgemeinen Schutz der Bevölkerung nötig sind. Für einen Einzelnen können solche Risiken aber gleichzeitig so klein sein, dass man sie durchaus ignorieren kann.

Doch das ist eine sehr individuelle Entscheidung, wie ein Vergleich mit dem Rauchen zeigt: Von einer Million 60-jährigen Nichtraucher sterben nach amerikanischen Zahlen in den nächsten zehn Jahren pro Tag etwa 8 an einem Herzin-

farkt, was nur zufällig der Athener Durchschnittsquote entspricht. Von einer Million Rauchern sind es täglich aber etwa 23. Gegen diese Zunahme des Risikos durch blauen Dunst – fast 200 Prozent – erscheint Athen selbst bei dicksten Smog noch als Luftkurort.

**Gerade in Sachen Gesundheit** ist die Gewohnheit, Statistiken ohne ihren Bezugsrahmen zu verwenden, den man zum Verständnis braucht, oft als handfeste Manipulation gemeint. Am deutlichsten wird das in der Werbung für Medikamente: Relative Prozentangaben sind ein Lieblingsargument der schätzungsweise 15.000 Pharmavertreter, die täglich die deutschen Ärzte besuchen. Und wer einen Arzt davon überzeugen will, zum Beispiel den Cholesterinsenker „Atorvastatin“ zu verschreiben, kann auf Studien zurückgreifen, in denen das Medikament die Infarktrate um 37 Prozent gesenkt hat.

Eher im Kleingedruckten finden sich dann folgende realen Zahlen: Ohne das Medikament haben innerhalb von vier Jahren 9 von 100 Patienten einen Infarkt erlitten, von 100 Patienten, die die Arznei genommen haben, waren es 6 (genau: 5,8). Insgesamt hatte die Therapie also bei etwa 3 von 100 Patienten einen Infarkt verhindert. Dass sich Ärzte,

Politiker und Patienten (und sicherlich auch Journalisten) durch die Angabe 37 Prozent (3 von 9) deutlich stärker beeindrucken lassen als durch drei Prozent (3 von 100), haben seit Mitte der 90er Jahre mehrere Forschergruppen bestätigt. Schweizer Ärzte haben beispielsweise 120 Kollegen die Bilanz ein und desselben Medikaments einmal als reale Zahlen, einmal als relative Werte vorgelegt: Die Probanden sollten auf einer Skala von Null bis 100 ihre Neigung markieren, das Medikament tatsächlich einzusetzen. Wenn den Ärzten die echten Ergebnistraten präsentiert wurden, lag ihre Verschreibungsbereitschaft bei 30 von 100 Punkten. Wenn ihnen die Ergebnisse allerdings als relative Prozente vorgelegt wurden, schnellte die Bereitschaft auf 75 von 100 Punkten. Und: Nur eine Hand voll Ärzte merkte, dass die Zahlen sich ineinander überführen lassen. Was Statistik angeht, sind viele Ärzte ebenso zahlenblind wie der Rest der Bevölkerung.

Zwiespältig ist, dass Mediziner den Trick mit dem Wechselrahmen selbst immer dann gerne verwenden, wenn sie andere von Dingen überzeugen wollen, die sie selbst für vernünftig halten. In Pressemitteilungen zu gesundheitlichen Fragen ist diese Art versuchter Irreführung eher die Normalität.

Journalisten tappen immer wieder in die Relativ-Absolut-Falle – oder setzen sie selbst bewusst ein. Einer Redaktion lässt sich ein Artikel über die Risiken des Smogs garantiert sehr viel leichter verkaufen mit der relativen Risikosteigerung von 46 Prozent als mit der absoluten von 0,0003 Prozent. Dasselbe gilt für die Chancen, sich in einer Redaktion gegen andere Geschichten durchzusetzen. Medien würden also eigentlich ihren Informationsauftrag gerade dann ernsthaft wahrnehmen, wenn sie zu einem Risiko zumindest auch eine nachvollziehbare absolute Bezugsbasis nennen. Aber gerade dadurch würden sie den konstruierten Nachrichtenwert vieler Geschichten zusammenbrechen lassen. Das freilich wäre aus Lesersicht ein wichtiger Schutz gegen Schlagzeilen, die einer Nachricht völlig unangemessen sind. Als Faustregel mag gelten: Vorsicht! Wer nur relative Zahlen nennt, verbirgt meist etwas.

Dieser Text beruht auf einer Recherche für SZ Wissen.

*(Aus WPK Quarterly, Quartalszeitschrift der Wissenschafts-Pressekonferenz e.V., Ausgabe Sommer 2007. Wir danken Verlag und Autor für die Genehmigung zum Abdruck.)*

## TERMINE

### Regionalgruppe Berlin

Das nächste Treffen der Regionalgruppe Berlin findet am Montag, dem 19. November 2007, um 19.30 Uhr statt. Der Ort liegt 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: 7. und 21. November, 5. und 19. Dezember 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 Sonntag, dem 16. Dezember 2007 in Hamburg stattfinden.

### VDPP-Herbstseminar 2007

Die Herbstseminar 2008 zum Thema „Wettbewerb — ja und amen?“ findet statt am Sonnabend, dem 10. November 2007, von 11 bis 16 Uhr, im Saal der Bezirksverordnetenversammlung Berlin-Mitte im **Neuen Stadthaus**, Parochialstraße 3, 10179 Berlin.

### VDÄÄ-Jahresversammlung 2007

17. – 18. November 2007 in Gellnhäusen.

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

# DOKUMENTATION

## Presseerklärung des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte zu den Protesten gegen Datenspeicherung am 22. September in Berlin



**Keine Sammlung sensibler medizinischer Daten auf der E-Card! Der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte wendet sich gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte**

Am Samstag, den 22. September findet in Berlin unter dem Motto „Freiheit statt Angst – Stoppt den Überwachungswahn“ eine Demonstration statt. Ein breites Bündnis von demokratischen Organisationen (z. B. attac Deutschland, Bund demokratischer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Forum Menschenrechte, Humanistische Union, Internationale Liga für Menschenrechte, Journalisten und Anwaltsverbände, Labournet.de e.V. und viele andere mehr) und Ärzteverbänden wie dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte, der IPPNW und anderen ruft dazu auf, gemeinsam gegen die Aushöhlung demokratischer Freiheiten und die immer bedrohlicher werdende Überwachungsgesellschaft zu protestieren.

Anlass ist die im Herbst anstehende Entscheidung des Deutschen Bundestages über ein neues Telekommunikationsgesetz, das auch mit der Umsetzung einer EU-Richtlinie zusammenhängt. Dementsprechend sollen in Zukunft alle Handy- und Telefonverbindungsdaten, die Standorte der Handynutzer, SMS

und Email-Verbindungen gespeichert werden. Arzt-Patienten-Gespräche sollen verdeckt überwacht, Computer heimlich ausgeforscht werden können. Gleichzeitig soll das „Leuchtturmprojekt“ Elektronische Gesundheitskarte nächstes Jahr gegen alle Widerstände von Ärzten (Resolution Deutscher Ärztetag 2007) und Patientenverbänden ab dem Frühjahr 2008 durchgezogen werden.



Bisher ist nicht klar, was die E-Card an medizinisch Sinnvollem überhaupt bringen soll. Die Datensammelwut einiger Kassenfunktionäre sollte uns nicht den Blick vernebeln. Der vdää fragt: Wo bleiben die Persönlichkeitsrechte der Patienten? Wie sollen die Patienten kontrollieren, was auf der Karte ist? Soll der Arzt denn wirklich immer alles wissen, was an gesundheitsrelevanten Daten vorliegt? Warum muss der Arzt über die Einholung einer Zweitmeinung durch den Patienten informiert werden? Warum muss der Augenarzt die alkoholbedingten Veränderungen der Leberwerte kennen?

Auch wenn zunächst nur Notfalldaten gespeichert werden. Was aber sind Notfalldaten? Nicht einmal die Blutgruppe darf heute selbst im Notfall ungetestet übernommen

werden. Hier wird eine Notwendigkeit vorgegaukelt, um zunächst einmal allgemeine Akzeptanz zu schaffen. Wenn alles läuft, kann dann noch mehr abgespeichert werden. Wie die Straßenmaut wird auch die E-Card Begehrlichkeiten wecken. Wer verhindert denn langfristig den Einblick des Arbeitgebers in die Informationen? Gegen diese Datensammelwut gerade von sensiblen Daten, und das sind die medizinischen nun einmal, muss man sich zur Wehr setzen. Der blinde Technik- und Fortschrittsglaube hat der modernen Medizin schon viel geschadet.

Wir rufen deshalb alle vdää-Mitglieder auf, diese Demonstration zu unterstützen und am Samstag, 22. September um 14:30 Uhr zum Brandenburger Tor zu kommen.

Prof. Dr. Wulf Dietrich, Vorsitzender des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte



VDÄÄ  
Geschäftsstelle  
Nadja Rakowitz

Kantstraße 10  
63477 Maintal  
Telefon 06181 – 432 348

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

# Hilfsorganisationen kritisieren Pharmapatente

Beim bevorstehenden G8-Gipfel in Heiligendamm ist mit einer heftigen Auseinandersetzung um die globale Gesundheitssituation, die AIDS-Krise und den Zugang zu patentgeschützten Medikamenten zu rechnen. Werden Länder wie Thailand und Brasilien gestärkt, die das legale Mittel der Zwangslizenzen einsetzen, um der eigenen Bevölkerung ausreichend AIDS-Medikamente zur Verfügung zu stellen? Oder gewinnen die Interessen der Pharmaindustrie die Oberhand, die mit Macht ihr Patentmonopol und damit einhergehenden hohen Medikamentenpreise sichern will?



Angesichts dieser Auseinandersetzungen haben eine Reihe deutscher und internationaler Hilfs- und Nichtregierungsorganisationen, die sich mit der globalen Gesundheitssituation beschäftigen, mit einer gemeinsamen Erklärung zu Wort gemeldet. Sie fordern eine Neuausrichtung der globalen Medikamen-

tenpolitik auf die bislang missachteten Bedürfnisse der ärmsten Bevölkerungsschichten weltweit und die Sicherstellung eines preiswerten Zugangs zu patentgeschützten Medikamenten. Die Erklärung „Für Innovation und Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln“, die von medico international, Brot für die Welt, Misereor und BUKO Pharma-Kampagne initiiert wurde, kritisiert das gegenwärtige patentgeschützte Forschungsmodell. Es führe dazu, dass vorwiegend Medikamente und Impfstoffe für eine zahlungskräftige Kundschaft entwickelt würden. „Systematisch werden die Gesundheitsbedürfnisse von Menschen, die über keine oder zu geringe Kaufkraft verfügen, vernachlässigt“, heißt es in der Erklärung.

Die Organisationen beklagen, dass der medizinische Fortschritt an der Mehrheit der Weltbevölkerung vorbei gegangen sei: 13 Millionen Menschen sterben jährlich an behandelbaren Krankheiten, auch deshalb weil „Pharma-Patente als de-facto Monopole dafür sorgen, dass selbst lebensnotwendige Medikamente unerschwinglich teuer sind“. Die Organisationen kritisieren Versuche, das internationale Patentrecht im Gesundheitsbereich zu verschärfen. Im Gegensatz dazu

müsste die Verhängung von Zwangslizenzen für notwendige Medikamente sowie deren lokale Produktion unterstützt werden. Die Unterzeichner fordern „eine an den Gesundheitsbedürfnissen ausgerichtete Politik, die Arzneimittel wie auch andere unentbehrliche Güter der Daseinsvorsorge als öffentliche Güter begreift, die prinzipiell von Monopolen und exklusiven Vermarktungsrechten ausgenommen sind.“

Außerdem unterzeichnet haben die Erklärung: Aktionsbündnis gegen AIDS, Health Action International (HA), European AIDS Treatment Group, IPPNW – Ärzte in sozialer Verantwortung, Médecins Sans Frontières (MSF), medico international (Schweiz), SAN SEEDS ACTION NETWORK

Den vollständigen Text der Erklärung finden Sie unter [www.bukopharma.de/Aktuelles/Berliner\\_Erklärung\\_Innovation.html](http://www.bukopharma.de/Aktuelles/Berliner_Erklärung_Innovation.html)

Presseerklärung 31.5.2007

BUKO Pharma-Kampagne,  
August-Bebel-Str. 62,  
D-33602 Bielefeld,  
0521-60550

## Erklärung

### Für Innovation und Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln!

#### Situationsbeschreibung

Der beispiellose medizinische Fortschritt der letzten Jahrzehnte ist an der Mehrheit der Weltbevölkerung nahezu vollständig vorbeigegangen. Bald 13 Millionen Menschen sterben jährlich an Krankheiten, die eigentlich behandelbar wären. Sie sterben an Tuberkulose, Malaria, HIV/AIDS und anderen armutsbedingten Krankheiten, deren Ausbreitung durch Unterernährung, unsauberes Wasser, mangelnde Hygiene und das Fehlen funktionie-

render Gesundheitsdienste begünstigt werden. Sie sterben aber auch, weil Pharma-Patente als de-facto Monopole dafür sorgen, dass selbst lebensnotwendige Medikamente unerschwinglich teuer sind oder gar nicht erst entwickelt werden.

Zu den Unzulänglichkeiten des gegenwärtigen patentgestützten Forschungsmodells gehört, dass vorwiegend Medikamente und Impfstoffe entwickelt werden, die eine zahlungskräftige Kundschaft finden. Systematisch werden die Gesund-

heitsbedürfnisse von Menschen, die über keine oder zu geringe Kaufkraft verfügen, vernachlässigt. Damit werden gerade jene Menschen vom Zugang zu Arzneimitteln ausgeschlossen, die sie am dringendsten bräuchten. Der Forschungsehrgeiz der Industrie richtet sich weniger auf lebensrettende Innovation, als auf finanziell lohnende und höchst profitable „me-too-Präparate“ (Arzneimittel, die sich durch geringe chemische Veränderung eines bereits bekannten Wirkstoffes von diesem unterscheiden).

Patente aber beeinträchtigen nicht nur den Zugang zu wirksamen Arzneimitteln, sie hemmen auch die Innovation selbst. Zeitgemäße Forschungsprozesse, die von freien Informationen und einem offenen Datenaustausch zwischen global vernetzten Forschungseinrichtungen leben, werden durch rechtliche Beschränkungen erschwert. Ein Dickicht wuchernder Schutzpatente, die nur die Funktion haben, lukrative Marktsegmente gegen Konkurrenten abzusichern, behindert die Innovation. So nimmt es nicht wunder, dass trotz wachsender Forschungsaufwendungen der Output der pharmazeutischen Industrie an medizinischer Innovation zurückgeht.

Wir sind der Überzeugung, dass eine grundlegende Neuausrichtung der Arzneimittelforschung dringend geboten ist. Gefordert ist eine neue Balance zwischen den Gesundheitsbedürfnissen der Menschen und den für die pharmakologische Forschung & Entwicklung eingesetzten Geldmitteln. Dafür braucht es neue Anreize, jenseits von Patenten. Nicht Innovation um jeden Preis ist gefragt, sondern Innovation, die allen zugänglich ist.

Wir sehen zwei Handlungsebenen, um Zugang und Innovation zu verbessern

### **1. Verbesserung des Zugangs zu patentgeschützten Arzneimitteln**

Die Vorstellung, über eine „globale Harmonisierung“ (sprich: die Verschärfung) des Patentschutzes den Zugang zu Arzneimitteln verbessern zu können, ist ein gefährlicher Irrglaube, der vielen Menschen den Tod bringen wird, da sie durch ein verschärftes Patentrecht nur schwerlich Zugang zu lebenserhaltenden Medikamenten bekommen. Noch ist die Welt zu heterogen, als dass über ein einheitliches Patentsystem entschieden werden kann. Stattdessen gilt es, die unterschiedlichen Entwicklungsniveaus zu berücksichtigen und die patentrechtlichen Flexibilitäten politisch umzusetzen, die im TRIPS Abkommen festgelegt wurden und mit der „Doha

Erklärung über Geistige Eigentumsrechte und öffentliche Gesundheit“ (2001) nochmals bestätigt wurden.

Wir sehen die Notwendigkeit zur:

- Unterstützung von Entwicklungsländern beim Aufbau eigener Produktionskapazitäten (Technologie transfer) und leistungsfähiger regionaler Verteilungssysteme
- Einrichtung eines Patentpools zur einfacheren und kostengünstigeren Handhabung von Lizenzverträgen.
- Nutzung von Zwangslizenzen und der anderen TRIPS-Flexibilitäten im weitest möglichen Maße. Länder, die zur Beantwortung bestehender Gesundheitsbedürfnisse das Recht auf Erteilung von Zwangslizenzen in Anspruch nehmen, verdienen Unterstützung, nicht aber den politischen und wirtschaftlichen Druck seitens betroffener Patenthalter und deren Regierungen.

### **2. Essentielle Arzneimittelforschung**

Gesundheitsforschung ist eine gesellschaftliche Aufgabe, die öffentlicher Finanzierung und staatlicher Regulierung bedarf. Auch wenn Public Private Partnerships (PPPs) heute einen wichtigen Beitrag dazu leisten, warnen wir davor, ihre Bedeutung zu überschätzen. Insbesondere dann, wenn solche Partnerschaften maßgeblich vom Goodwill privater Großstifter bzw. dem Marketinginteresse von Unternehmen abhängen, bieten sie keine Gewähr für eine nachhaltige Finanzierung. Langfristige Sicherung essentieller Gesundheitsforschung gelingt nur über die Schaffung eines transparenten und demokratisch legitimierten Rahmens, der sowohl Prioritäten zu setzen vermag als auch die notwendigen neuen Anreize geben kann.

Im Einzelnen folgt daraus:

- Die Schaffung einer zwischenstaatlichen Einrichtung, die zur Festlegung von Forschungsprioritäten fähig und legitimiert ist (z. B. bei der WHO).

- Die Abkoppelung der Aufwendungen für Forschung und Entwicklung von den Arzneimittelpreisen.

- Die Einführung neuer Forschungsanreize, beispielsweise durch einen „Prize Fund“, der erfolgreiche therapeutische Innovation finanziell angemessen belohnt, statt Forschungskosten über das Gewähren von Monopolen zu refinanzieren – und damit hohe Medikamentenpreise in Kauf zu nehmen. Kritisch hinterfragt werden sollten in diesem Kontext Anreize, die alleine auf die Erzeugung von Nachfrage setzen, wie „Advanced Market Commitments“ (AMC). Solche vorab gegebenen Abnahmegarantien können zwar zur Forschung, insbesondere ihrer letzten Stufen anstoßen, sie ändern aber nichts an dem Grundproblem, dass der Zugang zu essentiellen und öffentlich finanziertem Gesundheitswissen durch privat gehaltene Patente eingeschränkt bleibt.

- Die direkte öffentliche Finanzierung essentieller Gesundheitsforschung, um gezielt und bedarfsgerecht die Entwicklung von Impfstoffen, Diagnostikverfahren und Arzneimitteln in Auftrag zu geben bzw. über Zuschüsse in Gang zu setzen.

- Die Schaffung von globalen Finanzierungsmechanismen, mit der erschwingliche medizinische Innovationen für alle nachhaltig sichergestellt werden kann. Die dafür notwendigen Kosten müssen von allen Ländern gemeinsam getragen werden. Auch die ärmeren Länder sollen entsprechend ihrer Möglichkeiten einen Beitrag leisten.

Wir fordern eine an den Gesundheitsbedürfnissen der Menschen ausgerichteten Politik, die Arzneimittel, wie auch andere unentbehrliche Güter der Daseinsvorsorge als öffentliche Güter begreift, die prinzipiell von Monopolen und exklusiven Vermarktungsrechten ausgenommen sind müssen, damit sie allen Menschen zugänglich gemacht werden.

#### **Initiiert von:**

Brot für die Welt, BUKO-Pharmakampagne, medico international, Misereor

## Unterzeichner

Aktionsbündnis gegen AIDS, Health

Action International (HAI), European AIDS Treatment Group, IPPNW – Ärzte in sozialer Verantwortung,

Médecins Sans Frontières (MSF), medico international (Schweiz), SAN SEEDS ACTION NETWORK

## Menschen doch vor Profiten!

### Indisches Gerichtsurteil gegen Novartis bedeutet Sieg für die Medikamentenversorgung in Entwicklungsländern

Berlin, 6. August 2007. Das heutige Gerichtsurteil des Chennai High Court, Indien, gegen den Schweizer Pharmariesen Novartis ist ein Sieg für die öffentliche Gesundheitsfürsorge, erklären die Entwicklungs- und Hilfsorganisationen BUKO Pharma-Kampagne, medico international und Oxfam Deutschland. Die Entscheidung werde Indiens wichtige Rolle als weltweit größter Produzent von bezahlbaren Medikamenten aufrechterhalten.

„Das Gerichtsurteil ist eine deutliche Botschaft an Novartis und die Pharmaindustrie, dass sie die Rechte der Entwicklungsländer zu respektieren haben und dass diese die Ausnahmen des Abkommens über handelsbezogene Rechte des geistigen Eigentums (TRIPS) anwenden dürfen“, so Corinna Heineke, Koordinatorin der Medikamentenkampagne bei Oxfam Deutschland. „Entwicklungsländer dürfen nicht von Pharmaunternehmen

dazu gezwungen werden, sich vor Gericht für die Versorgung von Menschen mit bezahlbaren Medikamenten verteidigen zu müssen.“

Indien wird wegen seiner Generika-Industrie auch „Die Apotheke der Armen“ genannt. Das Land liefert mehr als zwei Drittel der erheblich günstigeren Nachahmerarzneien an andere Entwicklungsländer, in denen Medikamente für die meisten Menschen zu teuer sind.

Katja Maurer von medico international erklärt: „Dieses Urteil ist die Rettung für Millionen von Menschen, die sich Markenmedikamente nicht leisten können. Es stellt sicher, dass lebenswichtige Arzneien aus Indien diejenigen erreichen, die darauf angewiesen sind. Wir und andere Organisationen können nun wieder durchatmen und weiter unsere Behandlungsprogramme mit kostengünstigen Generika durchführen.“

In einer globalen Kampagne zivilgesellschaftlicher Organisationen brachten beinahe eine halbe Million Menschen ihren Unmut über die Novartis-Klage zum Ausdruck und riefen das Unternehmen dazu auf,

diese zurückzuziehen. „Das Urteil ist ein Sieg für all diejenigen, die daran glauben, dass im Gesundheitssektor Menschen vor Profite gestellt werden müssen“, so Christiane Fischer von der BUKO Pharma-Kampagne.

Die unterzeichnenden Organisationen rufen Novartis dazu auf, den Zugang zu bezahlbaren Medikamenten zu fördern, sich für Forschung und Entwicklung an vernachlässigten Krankheiten einzusetzen und eine angemessene Balance zwischen geistigen Eigentumsrechten und sozialer Gesundheitspolitik zuzulassen.

Novartis hatte im vergangenen Jahr gegen ein indisches Gesetz geklagt, auf dessen Basis Patente auf Medikamente, die nur geringfügig weiterentwickelt wurden, abgelehnt werden können. Die Entwicklungsorganisationen sehen dies als direkten Angriff auf Indiens Recht, Menschen bezahlbare Medikamente zur Verfügung zu stellen.

Pressemitteilung 7.8.2007

BUKO Pharma-Kampagne,  
August-Bebel-Str. 62,  
D-33602 Bielefeld,  
0521-60550

Die Bundeskoordination Internationalismus (BUKO) ist ein Netzwerk von über 200 Dritte Welt Gruppen in Deutschland. 1980 begann BUKO eine Kampagne gegen unververtretbare 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 50161) · Konto: 105 601 · Spendenkonto: 105 627

**Der nächste VDPP-  
Rundbrief erscheint  
im Dezember 2007.**

**Redaktionsschluss  
ist am  
30. November 2007.**



## Der Vorstand

Jana Böhme  
Travestraße 4  
10247 Berlin  
Telefon 0176  
28268204  
rix47@gmx.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  
Geschäftsstelle  
@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