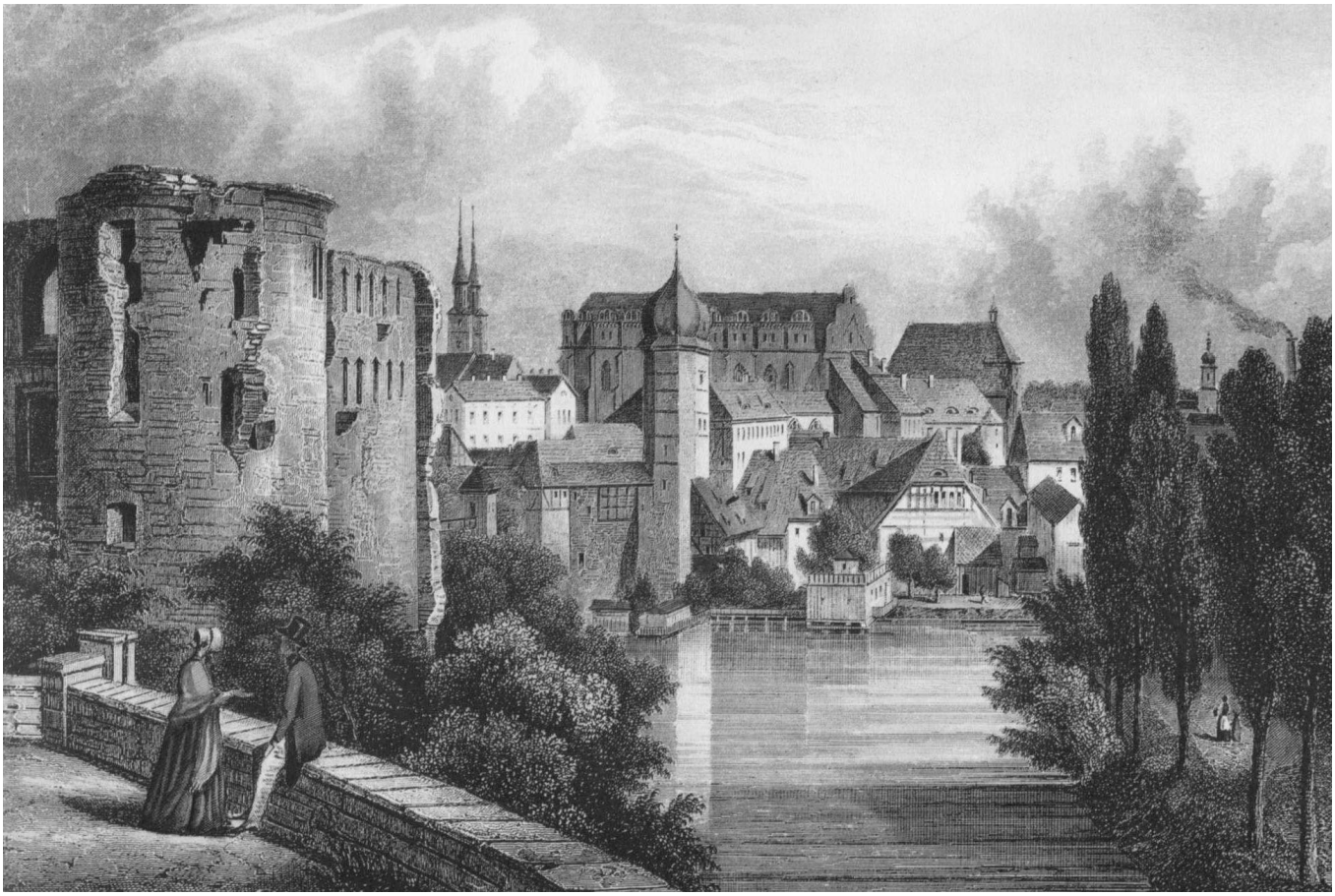
VDPP • RUNDBRIEF

78

22. Jahrgang 6 / 2010

Mitteilungen des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten



Unsere Ziele:

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

- unabhängig
- überparteilich
- patientenorientiert

RB aus dem
78 INHALT

MV in Halle (Saale)
18. - 20. Juni 2010

Stadt Dülmen hilft Hartz-IV-Empfängern

Frauenseminar 2010 in Berlin – Nachlese

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

wie gewohnt erhaltet ihr kurz vor der diesjährigen Mitgliederversammlung in Halle (Saale) noch einmal einen frischen Rundbrief. Zur Einstimmung auf Halle zeigt das Titelbild einen um 1855 entstandenen kolorierten (was natürlich hier nicht zu erkennen ist) Stahlstich mit Moritzburg und Domkirche von Johann Gabriel Friedrich Poppel.

Etwas weniger weit zurück geht der zweite Teil von Ingeborgs Serie zur DDR-Pharmazie und auch aktuelle Themen kommen in diesem Rundbrief nicht zu kurz.

Es sei auch noch einmal darauf hingewiesen, dass alle Beiträge, die nicht ausdrücklich als Vereinsstellungnahme erkennbar sind, nur die Ansichten der jeweiligen Autorin wiedergeben, und dass rege Diskussionen, Leserbriefe etc. durchaus erwünscht sind.

Wir sehen uns dann alle in Halle.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

das Redaktionsteam

Redaktionsschluss für den VDPP-Rundbrief Nr. 79: 30. September 2010

INHALT

Grußwort des Vorstands

Anne Paschke *3*

„Stadt Dülmen hilft Hartz-IV-Empfängern bei der Medikamentenzuzahlung““

Ingeborg Simon *4*

Ein Wort zur geplanten Beitragserhöhung

Bernd Rehberg *5*

45 Jahre Pharmazie Ost (Teil 2)

Ingeborg Simon *6*

Finanzbericht 2009

G. Meiburg / J. Große *10*

Finanzplan 2010 (Entwurf) *11*

TERMINE *12*

Ich komme dahin statt ich bin dann man weg

Gudrun Meiburg *12*

„Frauen und HIV/AIDS – Nur eine Minderheit?“ Bericht vom Frauenseminar

Regina Schumann *13*

DOKUMENTATION

Die weibliche Seite von HIV/AIDS

Birgit Masekowitz *14*

Wir brauchen Forschung und Entwicklung für vernachlässigte Krankheiten! *17*

Ärztinnen und Ärzte protestieren gegen die Rezepte von Dr. Rösler *19*

Eröffnung des deutschen Ärztetags in Dresden *19*

Nein zur Kopfpauschale, ja zur Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze

vdää *20*

Health Action International at the 63rd World Health Assembly

HAI *20*

Start der Kampagne „Daimler – Star of Apartheid“ *22*

Blockade des Gazastreifens beenden *22*

Für Innovation und Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln!

medico international *23*

IMPRESSUM

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

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

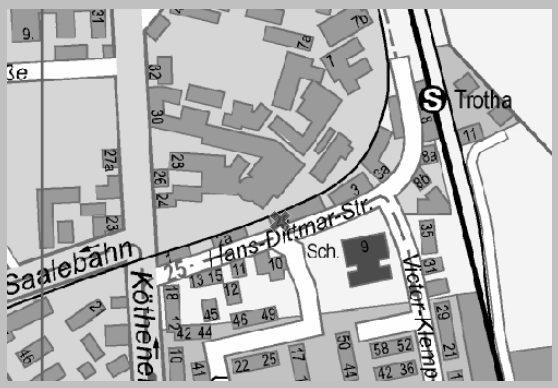
Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt der/die AutorIn die volle Verantwortung. Die Urheberrechte liegen bei den AutorInnen.

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

Grußwort des Vorstands

Hallo liebe VDPPlerInnen,

Mitgliederversammlung
19. - 20. Juni 2010



Seminarhaus Wolkentor,
Hans-Dittmar-Straße 2c,
06118 Halle (Saale)

zum 1. Mai habe ich die Stelle der Referentin von Katja übernommen und möchte mich hiermit kurz vorstellen. Ich habe Biomedizin in Würzburg und International Public Health in Amsterdam studiert und plane zur Zeit meine Promotion in Hamburg. Aber wie kommt man nun als Gesundheitswissenschaftlerin gerade auf Arzneimittelversorgung und den VDPP?

Durch ein Praktikum und spätere Arbeit für die Weltgesundheitsorganisation in Genf in der Abteilung für Essentielle Medikamente habe ich erste Einblicke in die verschiedenen Aspekte weltweiter Arzneimittelpolitik bekommen. Während eines weiteren Auslandaufenthaltes in Neuseeland habe ich dann durch Mitarbeit bei einer Primary Health Organisation erfahren, wie man präventive Ansätze und patientenorientierte Versorgung im Gesundheitssystem verankern und umsetzen kann. Besonderes Interesse habe ich bei diesem Aufenthalt entwickelt für die dort durchgeführte pharmazeutische Betreuung und so genannte Medicine Use Reviews.

In Neuseeland ist es eine eher kleine Gruppe von engagierten ApothekerInnen die pharmazeutische Betreuung vorantreiben und sich für bessere interdisziplinäre und patientenorientierte Gesundheitsversorgung einsetzen – oft auch entgegen den Interessen anderer Apotheker oder Berufsgruppen. Nach meiner Rückkehr war ich sehr froh zu sehen, dass es solch visionäre PharmazeutInnen auch in Deutschland gibt, die einen Beitrag leisten wollen zur einer besseren, (patienten-)gerechteren Gesundheitsversorgung. Und deswegen freue ich mich auf die Arbeit für den VDPP!

Als alternatives Sprachrohr zu standespolitisch orientierten Verbänden sehe ich den VDPP als wichtige und meinungsbildende Institution. Vor allem angesichts der häufig eher unpolitischen Haltung meiner und kommender Generationen finde ich es wichtig zu zeigen, dass gerade die Gesundheitspolitik jeden etwas angeht – und sich bei diesem Thema eigentlich niemand erlauben kann, keine Meinung zu haben. Gerade durch Organisationen wie der VDPP und seine Partnerorganisationen ist es möglich die Öffentlichkeit für wichtige Themen zu sensibilisieren und zur Diskussion anzuregen.

Als zukünftige Referentin des VDPP freue ich mich darauf durch die Aufarbeitung von aktuellen Themen sowie Dokumentation, Organisation und Mitwirkung an Veranstaltungen neue Diskussionen sowohl innerhalb des Vereins als auch in der Öffentlichkeit anzuregen. Ich hoffe bei der Mitgliederversammlung in Halle möglichst viele Mitglieder persönlich kennenzulernen.

Bis dahin!

Anne Paschke

„Stadt Dülmen hilft Hartz-IV-Empfängern bei Medikamentenzuzahlung“

von Ingeborg Simon

Mit dieser menschenfreundlichen Botschaft sorgte die ÄRZTE ZEITUNG.DE Ende Februar 2010 bei ihren LeserInnen für warme Herzen.

Was verbirgt sich hinter dieser Meldung, die sofort auch von anderen Zeitungen verbreitet wurde?

Alle zehn in Dülmen (NRW) ansässigen Apotheken bieten in Anlehnung an ein ähnliches seit 2007 in Stuttgart existierendes Projekt Menschen, die nachweislich über sehr geringe Finanzmittel verfügen, nicht verschreibungspflichtige Medikamente zum halben Verkaufspreis an. Die andere Hälfte des Verkaufspreises zahlt ein im Zeitungsartikel nicht genannter privater Sponsor.

In Dülmen trifft der Preisnachlass nur solche Arzneimittel, die auf einer von ÄrztInnen und ApothekerInnen gemeinsam erarbeiteten Arzneimittelliste stehen. Bisher geht es dabei um etwa 50 Präparate gegen Fieber, Erkältung, Schmerzen, Heuschnupfen, Darmbeschwerden etc. Anspruchsberechtigte VerbraucherInnen müssen ihre prekäre finanzielle Situation offen legen, um in einer Arztpraxis ein Privatrezept ausgestellt zu bekommen, das dann – nachdem die in Dülmen bestehende Lebensmitteltafel per Stempel die Rechtmäßigkeit des Anspruchs bestätigt hat – in einer der Apotheken eingelöst werden kann.

Die Apotheken sind stolz auf ihr Projekt und finden dafür freundliche Anerkennung (obgleich sie selbst finanziell dazu offenbar nichts beitragen etwa durch deutliche Preisabsenkungen beim Verkaufspreis rezeptfreier Mittel). Die NutznießerInnen dieses Unternehmens sind erleichtert über den gewährten Preisnachlass und der Sponsor, dem ich freundliche Absichten unterstelle, darf sich über die Akzeptanz für seine erwiesene Großmut freuen. Ich gehe auch davon aus, dass die bereitgestellten Medikamente alle eine wirksame, medizinisch unbedenkliche und therapeutisch sinnvolle Hilfe für die Betroffenen darstellen.

Was gibt es da noch zu diskutieren?

Erinnern wir uns kurz! Vor der Umsetzung der „Agenda 2010“-Politik in der Regierungszeit von Rot-Grün waren Menschen mit geringem Einkommen von Zuzahlungen zu Arzneimitteln durch eine Härtefallregelung befreit. Es gab keine Zugangsbarriere für arme erkrankte GKV-Versicherte in Form einer Praxisgebühr beim Arzt, verschreibungsfreie apothekenpflichtige Medikamente waren nicht grundsätzlich von der ärztlichen Verordnung ausgeschlossen und arbeitslos gewordene BürgerInnen erhielten eine Arbeitslosenunterstützung, auf die sie einen gesetzlichen Anspruch erworben hatten durch Einzahlungen in die Arbeitslosenversicherung.

Dann kam ein jäher Wechsel mit der ab 2003 wirksamen „Agenda 2010“-Strategie! Am 14. März 2003 verkündete Bundeskanzler Schröder in seiner Regierungserklärung vor dem Deutschen Bundestag: „Wir werden Leistungen des Staates kürzen, Eigenverantwortung fördern und mehr Eigenleistung von jedem Einzelnen abfordern müssen“ und dabei bezog er ausdrücklich das Gesundheitswesen mit ein. Ein Jahr später stellte er zufrieden fest, dass die bis dahin bereits eingeleiteten Maßnahmen im Gesundheitsbereich erste Erfolge zeigen würden.

Wie sahen diese „Erfolge“ aus? Das ständig anwachsende Heer von Hartz-IV-Empfängern, denen im Monat vom Gesetzgeber weniger als 15 Euro für ihre „Gesundheitspflege“ zugestanden werden, aber auch Menschen in prekären Beschäftigungsverhältnissen, Sozialhilfeberechtigte und RentnerInnen mit Grundsicherung dürften diese von Schröder gesehenen „Erfolge“ nicht erlebt haben. Sie mussten ihre Arztbesuche enorm einschränken, sie lösten ihre Rezepte mit ärztlichen Verordnungen seltener oder gar nicht ein, sie wurden von ihren gesetzlichen Kassen nicht aufgeklärt über die Möglichkeiten der Befreiung von Zuzahlungen beim Erreichen eines bestimmten Eigenbetrages. Sie ließen in Apotheken anschreiben, verlegten sich auf die Selbstmedikation mit Drogerie- und Supermarktartikeln und fanden sich in dieser Gesellschaft wieder als Bittsteller und Almosenempfänger in Eigenverantwortung!

Eine Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung ermittelte, dass 20 % der befragten Hartz-IV-Empfänger rezeptfreie Arzneimittel nicht mehr bezahlen können. Da kamen dann offenbar solche Projekte wie in Dülmen zur rechten Zeit, um Hilfsbedürftige zu unterstützen. Zufrieden bemerkt die ÄRZTE ZEITUNG, hier wirke Bürger-Engagement als rettender Anker.

Frage:
Sollte dieses Beispiel wirklich Schule machen? Liegt hier ein echter Lösungsansatz für die Betroffenen?

Kann man es zulassen, dass MitbürgerInnen, die jahrzehntelang darauf vertrauen durften, im Krankheitsfall als GKV-Mitglieder auch ohne einen Pfennig in der Geldbörse als Anspruchsberechtigte gesundheitliche Leistungen zeitnah zu erhalten, sich jetzt – politisch gewollt und verordnet – gegenüber amtlichen und ehrenamtlichen Einrichtungen als arm und

mittellos ausweisen müssen, um Hilfen im konkreten Einzelfall zu bekommen, die eigentlich als originäre Aufgaben in der Verantwortung sozialstaatlicher Daseinsvorsorge zu gewährleisten sind? Ist es mit der im Grundgesetz garantierten Menschenwürde vereinbar, wenn Menschen in unserem Land, das sich immer noch als Sozialstaat versteht, gezwungen werden trotz ihrer Mitgliedschaft im Sozialversicherungssystem, zum Leben notwendige Unterstützungsdienste zu erbitten unter Vorlage entsprechender Berechtigungszeugnisse?

Zivilgesellschaftliches ehrenamtliches Engagement in allen Ehren! Ohne dieses kann selbst ein starker Sozialstaat niemals auskommen. Wenn es aber zur Kompensation politisch gewollter sozialstaatlicher Defizite herangezogen wird und damit gesellschaftlichen Protest und soziale Ungerechtigkeit notdürftig verschleiern hilft, dann führt das zur Duldung und widerspruchsloser Hinnahme gesellschaftlicher Missstände. Die „Agenda 2010"-Politik unter Rot-Grün, bruchlos weitergeführt von Schwarz-Rot und jetzt von Schwarz-Gelb ins Koalitionsprogramm übernommen, zerstört eines der wichtigsten Güter des Sozialstaates: das Solidaritätsprinzip in der GKV.

Die Demontage sozialstaatlicher Strukturen kann keine Apotheke, kein Arzt, keine Lebensmitteltafel und kein privater Sponsor in Dülmen, Stuttgart oder anderswo kompensieren und vergessen machen oder auch nur lindern helfen. Solche Projekte wie hier vorgestellt kommen einzelnen Menschen in Notlagen zur Hilfe und verdienen daher Respekt. Sie sind aber gleichzeitig auch problematisch, wenn die beteiligten Akteure, hinter denen starke gesellschaftliche Gruppen stehen (Kassenärztliche Vereinigungen, Kammern der Heilberufe, Kommunen, Unternehmerverbände) es unterlassen, ihren politischen Einfluss gegen die hier zutage tretenden Ungerechtigkeiten, miterlebten Stigmatisierungen und gesellschaftlichen Ausgrenzungen wachsender Bevölkerungsgruppen geltend zu machen.

Noch ein Wort zur geplanten Beitragserhöhung

Könnt ihr euch noch erinnern? Als der Euro eingeführt wurde? An die Diskussion auf der Mitgliederversammlung 2002 in Hannover, ob aus zehn Mark monatlichem Beitrag fünf, sechs oder mehr Euro werden sollten?

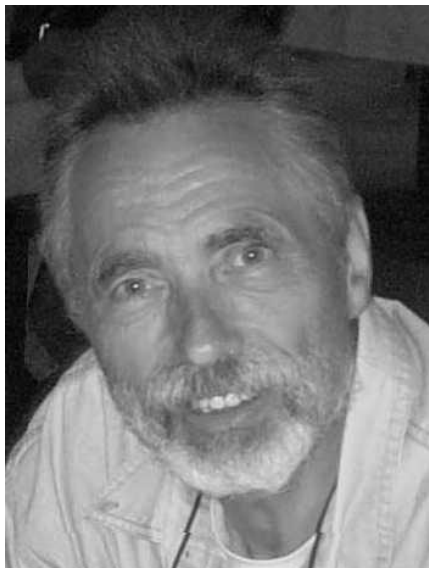
Mein lieber Mann, war das eine heftige Diskussion, die gar nicht wieder aufhören wollte! Also gut, die Abstimmung erbrachte eine deutliche Mehrheit für eine Abrundung nach unten auf fünf Euro. Es gilt aber zu bedenken, dass der VDPP damals noch über ein Vermögen von mehr als 20.000 Euro verfügte, das in den referentinnenlosen Jahren sogar noch weiter anwachsen sollte.

Liebe VDPPlerInnen, das sieht heute ganz anders aus. Thomas Schulz hat es im letzten Rundbrief deutlich aufgezeigt. Ich sage euch klar und deutlich: Wer jetzt über die zusätzlichen 60 Euro jährlich diskutieren will, kann ehrlicherweise kein allzu großes Interesse an der Arbeit des VDPP haben. Wir sind fast alle ApothekerInnen, die nicht am Hungertuch nagen und denen auch so schnell Hartz IV nicht droht. Sollte ich mich da irren, und sollte die Erhöhung von fünf auf zehn Euro monatlich tatsächlich einzelne Mitglieder überfordern, so bin ich gerne bereit, für diesen Personenkreis die zusätzlichen 60 Euro im Jahr persönlich zu übernehmen. Wem aber am Weiterbestehen unseres Vereins überhaupt nichts liegt, der sollte dann vielleicht auch die entsprechenden Konsequenzen ziehen ...

Mit Anne Paschke als Vorstandsreferentin haben wir eine Zukunftsträgerin für den VDPP gewonnen – ein Glücksfall. Wir brauchen das Geld, um Anne mindestens eineinviertel Jahr Zeit zu geben, den VDPP voranzubringen, und wenn das nicht gelingt, sind wir ohnehin am Ende. Aber diese Chance müssen wir wahrnehmen, wenn uns die alternative Stimme in der Gesundheitspolitik etwas Wert ist.

Das jedenfalls ist meine persönliche Meinung

Bernd



45 Jahre Pharmazie Ost

Berichte aus einem untergegangenen Land

2. Folge: Die pharmazeutische Fachweiterbildung

von Ingeborg Simon

(inhaltliche Kurzfassung des 10. Kapitels, verfasst von Oberpharmazierätin Dr. Christa Becker)

10.1. Weiterbildung als Folge der Erweiterung und Differenzierung der Tätigkeit des Apothekers

Neue Organisationsformen im Apotheken- und Arzneimittelwesen als Ausdruck des wissenschaftlichen Fortschritts und der Weiterentwicklung der Volkswirtschaft in der DDR stellten Anfang der sechziger Jahre neue Anforderungen an die Modernisierung des Apothekerberufs. Der Apotheker war bisher der universelle Fachmann für alle Aufgabenstellungen, die das Arzneimittel betrafen. Seine bisherige Ausbildung reichte nicht mehr aus, um die fortschreitende Differenzierung und Spezialisierung seiner beruflichen Aufgaben in der geforderten Qualität zu bewältigen.

Die sich daraus entwickelnde Diskussion im Berufsstand um eine Spezialisierung der Apothekertätigkeit erreichte mit dem **III. Deutschen Apothekertag 1963** einen ersten Höhepunkt. Die hier vorgelegte Konzeption über die Perspektive des Apothekenwesens wurde von den Teilnehmern angeregt und zum Teil kontrovers diskutiert.

Nach der vorgelegten Konzeption war der Apotheker verantwortlich für die Versorgung mit Arzneimitteln im Versorgungsbereich, die die Zusammenarbeit mit den Ärzten insbesondere deren Beratung in Fragen der Pharmakotherapie, eine wissenschaftliche Bedarfsermittlung, planmäßige Bevorratung und die bedarfsgerechte Abgabe an Bürger und Gesundheitseinrichtungen einschloss. Die Herstellung von Arzneimitteln und die Qualitätssicherung in Apotheken und der Industrie waren zwei weitere wichtige Aufgabenfelder.

Die vorgestellte Konzeption beförderte zügig die Diskussion um eine sich an das Studium anschließende Spezialisierung in Form einer Fachweiterbildung. Zum **IV. Apothekertag 1966** waren die Vorarbeiten dazu bereits im Gange. Drei Fachrichtungen wurden befürwortet: Arzneimittelkontrolle, Pharmazeutische Technologie und Arzneimittelversorgung. Die **1967** erfolgte **Bekanntmachung des Berufsbildes für den Apotheker** war die erste rechtliche Grundlage für die Fachweiterbildung. Sie enthielt nämlich die Festlegung, dass für die Übernahme leitender Tätigkeiten in der Arzneimittelversorgung, -herstellung und -kontrolle zusätzlich zum Hochschulstudium eine Fachweiterbildung erforderlich sei.

Zum **8. Kongress der Pharmazeutischen Gesellschaft im Juni 1970** konnte eine Gesamtkonzeption zur Fachweiterbildung in den drei Fachrichtungen vorgelegt werden. Sie lehnte sich eng an die bereits bestehenden Fachweiterbildungskonzepte von Ärzten und Zahnärzten an. Das Ministerium für Gesundheitswesen beauftragte die Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR, die Weiterbildungsdebatten in Zusammenarbeit mit der Pharmazeutischen Gesellschaft, den Instituten für Arzneimittel- und Apothekenwesen und Vertretern der Apothekerschaft mit dem Ziel der Einführung der Fachweiterbildung zu einem baldigen Abschluss zu bringen.

Nach der langen Diskussions- und Vorbereitungsphase konnte mit der „**Anordnung Nr.1 über die Weiterbildung der Apotheker – Fachapothekerordnung – vom 23. Mai 1974**“ die verbindlich geregelte Fachweiterbildung für Apotheker eingeführt werden.

Allerdings hatten bereits schon zwischen 1972 und 1974 erste Lehrgänge der Weiterbildung in den drei Spezialfeldern begonnen, die beruflich erfahrene Apotheker anhand der damals bereits erar-

beiteten Papiere gezielt innerhalb von zwei Jahren auf die Wahrnehmung von Aufgaben in der Weiterbildung vorbereiteten. Deren Teilnehmer qualifizierten sich damit gleichzeitig zu Fachapothekern.

Eine andere Form der Vorbereitung auf die fachliche Weiterqualifizierung stellte auch die bereits ab 1964 durchgeführte Fortbildung der Leiter im Apothekenwesen dar. In Zusammenarbeit zwischen der Akademie für Ärztliche Fortbildung und dem Institut für Apothekenwesen war dazu ein zweijähriges Fernstudium eingerichtet worden, in dem Lehrgänge und Selbststudium abwechselten. Den Abschluss bildeten eine mündliche und schriftliche Prüfung.

Wichtige begleitende Gremien waren auch die 1973 vom Lehrstuhl der Pharmazie der Akademie für Ärztliche Fortbildung initiierten (zunächst vorläufigen) Fachkommissionen, in denen Vertreter des Berufsstandes, des Großhandels, der Industrie, der Hochschuleinrichtungen, der Pharmazeutischen Gesellschaft und der Institute saßen.

10.2. Fachapothekerordnung und Bildungsprogramme – Grundlagen der Fachweiterbildung der Apotheker

10.2.1. Grundsätze und Organisation der Fachapothekerweiterbildung

Während bei den Ärzten und Zahnärzten die Weiterbildung obligatorisch war, galt das in der Pharmazie zunächst nicht. Hier wurde über eine Teilnahme auf freiwilliger Basis nach den gesellschaftlichen Erfordernissen und Möglichkeiten entschieden. Erst 1987 wurde die Fachweiterbildung obligatorisch.

Die Weiterbildung zum Fachapotheker erfolgte zunächst in den drei Fachrichtungen **Arzneimittelversorgung, Arzneimittelkontrolle und Pharmazeutische Technologie**. Weitere Fachrichtungen konnten bei entsprechenden Bedürfnissen vom Fachminister zugelassen werden. Die Weiterbildung erfolgte arbeitsplatzbezogen über vier Jahre mit dem deutlichen Schwerpunkt wissenschaftlich-produktiver Tätigkeit. Mit Erteilung der Approbation konnte die Weiterbildung beginnen, deren Ziel es war, das im Studium erworbene Grundlagenwissen zu vertiefen bei gleichzeitiger die Vermittlung gründlichen Spezialwissens und der damit erforderlichen Fähigkeiten in dem jeweils gewählten Fachgebiet.

Verantwortlich für die Durchführung waren das zuständige Ministerium, die Akademie für Ärztliche Fortbildung und die Einrichtungen, in deren Zuständigkeitsbereich Apotheker weiterzubilden waren. Eine wichtige Funktion kam hier den **Fachkommissionen** zu. Anforderungen und Ablauf der Weiterbildung waren in den von diesen Gremien entwickelten **Bildungsprogrammen** festgelegt. Diese bestimmten die Inhalte der jeweiligen Fachrichtung und regelten die Durchführung der Weiterbildung in Form von Lehrgängen, Selbststudium, Konsultationen und praktischer Tätigkeit.

Die Weiterbildung erfolgte in staatlich zugelassenen **Weiterbildungseinrichtungen** unter Anleitung von **Weiterbildungsleitern** auf Basis einer **Weiterbildungsvereinbarung**. Pharmazeutische Zentren, Bezirksapothekeninspektionen und Krankenhausapotheken waren die wichtigsten Weiterbildungseinrichtungen, ergänzt um Institute, Hochschuleinrichtungen und entsprechende Bereiche in pharmazeutischen Betrieben. Sie hatten die Weiterbildung entsprechend der Bildungsprogramme zu sichern.

Da nicht jeder Apotheker in Weiterbildung einen Arbeitsplatz in einer solchen Einrichtung erhalten konnte, war eine enge Zusammenarbeit zwischen seinem Tätigkeitsort und den für die Weiterbildung verantwortlichen Einrichtungen und Leitungen notwendig. Das Netz dieser Einrichtungen wurde durch den gesicherten wachsenden Nachschub an Weiterbildungsleitern kontinuierlich dichter und effektiver. Da die Wirksamkeit und Qualität der Weiterbildung stark von der jeweiligen Person des zuständigen Leiters abhing, führten die Fachkommissionen für sie kontinuierlich Qualifikationslehrgänge durch.

Für jeden Absolventen wurden in Zusammenarbeit aller Beteiligten individuelle Ablaufpläne erarbeitet (Weiterbildungsvereinbarung) mit Ergebniskontrollen während der Weiterbildungszeit. Bei der abschließenden Bewertung des zu Prüfenden kam der Gesamtbeurteilung seitens des Leiters eine besondere Bedeutung für die Zulassung zur Abschlussprüfung zu.

Die Weiterzubildenden mussten Nachweishefte führen, die von den Fachkommissionen als Hilfsmittel zur Kontrolle und Einschätzung des Standes der Weiterbildung eingeführt worden waren. Sie gaben auch Auskunft über die Teilnahme an zentralen Lehrgängen, Hospitationen, Praktika und Konsultationen. Die Weiterbildung wurde mit einer Prüfung vor der zuständigen Fachkommission abgeschlossen. War diese erfolgreich, erhielt der Betroffene die staatliche Anerkennung als Fachapotheker.

Den Fachkommissionen kam eine Schlüsselstellung zu. Sie entwickelten nicht nur die Bildungsprogramme, sie waren auch verantwortlich für deren Umsetzung in Zusammenarbeit mit allen in die Weiterbildung eingebundenen Institutionen. Sie leiteten auch die Weiterbildungsleiter an und kümmerten sich um die Erweiterung des Weiterbildungsnetzes. In den Kommissionen saßen Fachapotheker der jeweiligen Fachrichtung sowie der Fachgesellschaften der Pharmazeutischen Gesellschaft. Sie wurden für vier Jahre berufen. Nach 1979 wurden die Fachkommissionen kontinuierlich erweitert, um der wachsenden Zahl an Inte-

ressenten nachzukommen. Verstärkt wurden die Kommissionen seit 1979 durch die Ernennung bezirksbeauftragter Weiterbildungsleiter, die als Vermittler zwischen Kommission und Weiterbildungsstätten in ihrem Bezirk tätig wurden.

10.2.2. Inhalte der Fachweiterbildungen

Die jeweiligen fachspezifischen Inhalte wurden in den entsprechenden Bildungsprogrammen festgeschrieben. Für die Fachkommissionen waren sie auch Grundlage zur Erarbeitung weiterer **„Detaillierter Bildungsprogramme“.** Letztere erlaubten zeitnahe Aktualisierungen und Vertiefungen unter Beachtung des erreichten Erkenntnisstandes in Wissenschaft und Praxis.

Fachgebiet Arzneimittelversorgung/Allgemeinpharmazie

Im Rahmen der Aufgabenstellung einer bedarfsgerechten Versorgung galt der Fachapotheker für Arzneimittelversorgung als Partner des Arztes zu allen Belangen einer wissenschaftlichen Arzneimitteltherapie.

Er musste die Sicherheit im Umgang mit Medikamenten gewährleisten, den Patienten alle notwendigen Informationen zum richtigen Umgang mit Arzneimitteln geben. Er war für die Motivation seiner Apothekenmitarbeiter und die Förderung des Nachwuchses verantwortlich. Haupteinsatzbereiche der Allgemeinpharmazie neben dem Apothekenwesen lagen in der Industrie, im Binnen- und Außenhandel mit Medikamenten, in staatlichen und wirtschaftlichen Organen, im Hoch- und Fachschulwesen, in den Schutz- und Sicherheitsorganen der DDR.

Fachspezifische Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelten u.a. die Weiterbildung in der Biopharmazie, Pharmakokinetik/-dynamik, Toxikologie. Sie setzten sich auseinander mit nationalen und internationalen Entwicklungstendenzen im Arzneimittelwesen, sie erweiterten ihre Kenntnisse zur Organisation und Methodik der Arzneimittelversorgung und der ihnen gleichgestellten Erzeugnisse. Sie konnten fachbezogene Arbeiten veröffentlichen, Vorträge halten, mussten Lehrgänge, Seminare und Kurse in Ergänzung zu ihrer praktischen Tätigkeit besuchen.

Im Rahmen der laufenden Aktualisierung und Präzisierung der Bildungsinhalte dieser Fachrichtung konnten die Wissensschwerpunkte immer deutlicher im Sinne einer arzt- und patientenorientierten Arbeit verschoben und ausgeweitet werden. Das beförderte auch die aktive Mitwirkung bei der Diskussion um die Einführung eines „ Fachapothekers für klinische Pharmazie“, dessen Aufgaben zunächst in die Fachrichtung Arzneimittelversorgung integriert blieben.

Fachgebiet Arzneimitteltechnologie

Hier lagen die Schwerpunkte bei der Herstellung und Bereitstellung von Arzneimitteln auf hohem Qualitätsniveau. Dazu kam die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Verbesserung zugelassener Arzneizubereitungen mit anderen Fachapothekern, Fachärzten, klinischen Pharmakologen, Naturwissenschaftlern und Technikern diverser Richtungen.

Die fachliche Spezifizierung betraf Arbeitsprinzipien und Organisationsformen der Arzneimitteltechnologie, die Auswahl der effektivsten Verfahren und der geeignetsten Hilfs- und Trägerstoffe bei der Arzneimittelherstellung, gründliche Kenntnisse arzneimittelrechtlich relevanter Regelungen. Die fachliche Qualifizierung betraf die Optimierung von Arzneiformen, die Kenntnis neuer pharmazeutisch-technologischer Untersuchungsverfahren, besondere Verfahrenstechniken, Verpackungstechnologien und die Organisation der Arzneimittelherstellung bei Katastrophen,.

Wichtige Einsatzfelder boten sich an in Arzneimittelherstellungsbetrieben, in den Produktionsabteilungen der Pharmazeutischen Zentren, in staatlichen und Hochschuleinrichtungen, im Medizinischen Dienst der Schutz- und Sicherheitsorgane und in Einrichtungen der Forschung und Lehre sowie des Blutspende- und Transfusionswesens.

Da die fachliche Weiterbildung der Richtung Pharmazeutischen Technologie für die pharmazeutische Industrie besonders wichtig war, musste ein Weiterbildungsabschnitt in Betrieben dieses Industriezweiges erfolgen. Außerdem waren Ausbildungszeiten in den Produktionsabteilungen der Pharmazeutischen Zentren und in Einrichtungen des Blutspende- und Transfusionswesens zu absolvieren.

Auch hier gehörten Lehrveranstaltungen und Leistungsnachweise zur Weiterbildung .

Fachgebiet Arzneimittelkontrolle

Wichtige Aufgabenbereiche betrafen die Kontrolle und Standardisierung von Arzneimitteln bzw. diesen gleichgestellten Erzeugnissen und von Gesundheitspflegemitteln im Bereich Gesundheitswesen, der Industrie und des Hochschulwesens. Der Fachapotheker für Arzneimittelkontrolle übernahm die Verantwortung für die einwandfreie Beschaffenheit der Medikamente. Das bedeutete die Umsetzung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis, die Auswahl solcher Prüfverfahren, die mit möglichst geringem Aufwand Ergebnisse von hinreichender Aussagekraft erlaubten. Er musste die methodischen Grundlagen und allgemeine Forschungsprinzipien des Fachgebietes beherrschen, sie anwenden und weiterentwickeln.

Als fachspezifisches Grundlagen- und Spezialwissen wurden u.a. festgeschrieben Grundlagen für die biologische Prüfung von Arz-

neimitteln, Entwicklung neuer Prüfverfahren, Methoden der statistischen Auswertung von Analyseergebnissen, Prinzipien der Produktionshygiene und die Leitung und Organisation von Arzneimittelkontrolle und Standardisierung unter Beachtung entsprechender Rechtsvorschriften.

Der Fachapotheker Arzneimittelkontrolle arbeitete in der zentralen staatlichen Arzneimittelkontrolle, in den Kontrollgremien der Bezirke, in den technischen Kontrollabteilungen von Herstellbetrieben, in den Kontrollabteilungen der Pharmazeutischen Zentren. Er übernahm Verantwortung bei der zentralen Bereitstellung von Labordiagnostika durch die Pharmazeutischen Zentren, er wirkte im Hochschulbereich und Einrichtungen der sonstigen Lehr- und Forschungstätigkeit als Lehrer und Forscher.

Wegen der hohen Bedeutung der Kontrolle von Arzneimitteln mussten bestimmte Weiterbildungsabschnitte in Einrichtungen der staatlichen Arzneimittelkontrolle und in der technischen Kontrollorganisation der pharmazeutischen Industrie absolviert werden, nachzuweisen war auch die Teilnahme an operativer Kontrolltätigkeit.

10.3. Der Übergang zur Weiterbildungspflicht für Apotheker

Auch wenn die Frage der obligatorischen Weiterbildung den Prozess der Spezialisierung von Anfang an begleitete, dauerte es bis zum Beginn der 80er Jahre, um die Voraussetzungen für die Einführung der obligatorischen Weiterbildungspflicht zu schaffen. Befördernd dabei war die **„Anordnung Nr.2 über die Weiterbildung der Apotheker vom 3. November 1982“**, in der festgelegt wurde, dass spätestens bis zum 31.12. 1986 Apotheker mit mindestens 10jähriger Berufspraxis nach der Approbation die Qualifikation der Fachweiterbildung innerhalb von zwei Jahren erreichen konnten.

Beschleunigend für die Einführung der Weiterbildungspflicht wirkte auch die Erhöhung der Kapazitäten für die Durchführung der zentralen Lehrgänge insbesondere für die größte Fachrichtung Arzneimittelversorgung bei gleichzeitiger Tendenz, die Weiterbildungszeit von vier auf zwei Jahre zu verkürzen. Nach 1982 erlangte der überwiegende Teil der Approbierten den Abschluss einer Weiterbildung.

Mit der **„Neufassung der Anordnung über die Fachweiterbildung der Apotheker vom 4. Dezember 1987“** (sie trat im September 88 in Kraft) wurde die Fachweiterbildung zur Pflicht. Das bedeutete, dass die pharmazeutischen Hochschulabsolventen nach maximal zwei Jahren beruflicher Tätigkeit die Fachweiterbildung beginnen mussten.

Auch in der Organisation der Weiterbildung kam es zu Veränderungen. Der Wissenserwerb lief vor allem über die praktische Tätigkeit und das Selbststudium in Eigenverantwortung und Selbständigkeit. Die enge Vernetzung mit den Weiterbildungseinrichtungen blieb bestehen.

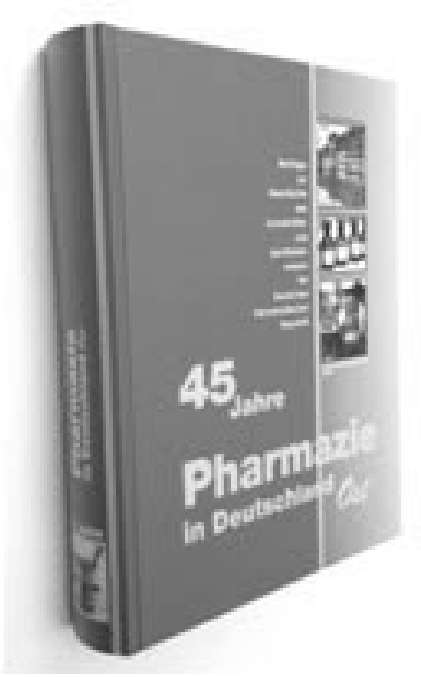
Mit der Wende kamen für die Weiterbildung der Pharmazeuten in der DDR einschneidende Veränderungen. Man war bemüht, einerseits die wertvollen eigenen Erfahrungen gepaart mit einer kritischen Einschätzung in den Einigungsprozess hinein zu nehmen. Andererseits war die Notwendigkeit zur Anpassung an die Weiterbildungskonzepte der alten Bundesländer vorgegeben.

Kernvorschläge waren eine Verkürzung der Weiterbildungszeit auf die in der alten BRD gängigen drei Jahre, die Wiedereinführung der Freiwilligkeit in der Weiterbildung und die Verlagerung der Verantwortung für Inhalt, Organisation und Durchführung der Weiterbildung in die Landesapothekerkammern.

Diese Vorschläge konnten nicht mehr realisiert werden aufgrund der jetzt allein bestimmenden westdeutschen Rahmenbedingungen zur Weiterbildung auf der Grundlage der Kammer- und Heilberufsgesetze der Bundesländer.

10.4. Akzeptanz der Fachweiterbildung

Die fachliche Weiterbildung genoss in der DDR hohes Ansehen. Eine nahezu flächendeckende Umsetzung konnte seit 1974 erreicht werden. Im März 1989 hatten 1900 Apotheker eine Fachapothekerweiterbildung abgeschlossen und 870 befanden sich in der Weiterbildung. Das entsprach 80 % der Gesamtzahl an Apothekern. Den Löwenanteil bestritt dabei die Fachrichtung der Allgemeinpharmazie.



45 Jahre Pharmazie in Deutschland Ost – Beiträge zur Geschichte des Arzneimittel- und Apothekenwesens der DDR; Hrsg. 7b DIREKT Apothekenservice AG; 649 S.; Fürstenfeldbruck 2007; ISBN 3-00-018713-8, 58,90 Euro.

Zu bestellen im Buchhandel oder unter http://www.7bdirekt.ag/Pharmabuch-45-Jahre-Bestellung.

VDPP-Finanzbericht 2009

Gudrun Meiburg und Jürgen Große

	Ist 2009	Ist 2008	Index (2008 = 100)	Plan 2009	Index (Plan = 100)
Einnahmen:					
Beiträge	11510,47	10536,70	109,24	11500,00	100,09
Spenden	1716,00	0,00		2500,00	68,64
Zinsen	118,62	418,61	28,33	300,00	39,54
Verkauf Rundbrief (Abos)	60,00	120,00	50,00	40,00	150,00
Summe Einnahmen	**13405,09**	**11075,31**	**121,04**	**14390,00**	**93,16**
Ausgaben:					
Mitgliederversammlung	1388,86	973,81	142,62	2500,00	55,55
Seminare	1665,25	0,00		1500,00	111,02
Projekte	0,00	0,00		0,00	
Spenden	500,00	358,00	139,66	200,00	250,00
Öffentlichkeitsarbeit	1975,21	938,72	210,42	1000,00	197,52
VorstandsreferentIn	5029,94	5340,02	94,19	6000,00	83,83
Vorstand	595,31	898,89	66,23	900,00	66,15
Rundbrief	2823,04	2134,45	132,26	2150,00	131,30
davon:					
Redaktionshonorare	*0,00*	*0,00*		*0,00*	
Druck	*2284,19*	*1467,90*	*155,61*	*1500,00*	*152,28*
Versand	*538,85*	*666,55*	*80,84*	*650,00*	*82,90*
Geschäftsstelle	7131,27	4471,29	159,49	6000,00	118,85
davon:					
Personalkosten	*4429,38*	*3347,50*	*132,32*	*4000,00*	*110,73*
Sachkosten	*2701,89*	*1123,79*	*240,43*	*2000,00*	*135,09*
Regionalgruppen	0,00	0,00		200,00	
Verschiedenes	169,00	169,00	100,00	200,00	84,50
Summe Ausgaben	**21277,88**	**15284,18**	**139,22**	**20650,00**	**103,04**

Vermögensentwicklung:	
Einnahmen 2009	13405,09
Ausgaben 2009	21277,88
Über-/**Unter**schuss	-7872,79
Vermögen 1. 1. 2009	17122,79
Korrektur	0,00
Vermögen 31. 12. 2009	9250,00

Vermögensaufteilung:	
Vermögen 31. 12. 2009	9250,00
davon Kasse	309,82
Postgiro	2880,99
EDV	1,00
GLS-Bank Festgeld	6058,19
Postbank Festgeld	0,00
Außenstände	0,00

VDPP-Finanzplan 2010

(Entwurf des Vorstands)

	Plan 2010	Plan 2009	Index (Plan 2009 = 100)	Ist 2009	Index (Ist 2009 = 100)
Einnahmen:					
Beiträge	13000,00	11500,00	113,04	11510,47	112,94
Spenden	1000,00	2500,00	40,00	1716,00	58,28
Zinsen	50,00	300,00	16,67	118,62	42,15
Verkauf Rundbrief (Abos)	60,00	40,00	150,00	60,00	100,00
Summe Einnahmen	**14110,00**	**14390,00**	**98,05**	**13405,09**	**105,26**
Ausgaben:					
Mitgliederversammlung	1000,00	2500,00	40,00	1388,86	72,00
Seminare	1500,00	1500,00	100,00	1665,25	90,08
Projekte	0,00	0,00		0,00	
Spenden	0,00	200,00	0,00	500,00	0,00
Öffentlichkeitsarbeit	1500,00	1000,00	150,00	1975,21	75,94
VorstandsreferentIn	8500,00	6000,00	141,67	5029,94	168,99
Vorstand	600,00	900,00	66,67	595,31	100,79
Rundbrief	2600,00	2150,00	120,93	2823,04	92,10
davon:					
Redaktionshonorare	*0,00*	*0,00*		*0,00*	
Druck	*2000,00*	*1500,00*	*133,33*	*2284,19*	*87,56*
Versand	*600,00*	*650,00*	*92,31*	*538,85*	*111,35*
Rundbrief	5500,00	6000,00	91,67	7131,27	77,13
davon:					
Personalkosten	*4000,00*	*4000,00*	*100,00*	*4429,38*	*90,31*
Sachkosten	*1000,00*	*2000,00*	*50,00*	*2701,89*	*37,01*
Regionalgruppen	200,00	200,00	100,00	0,00	
Verschiedenes	200,00	200,00	100,00	169,00	118,34
Summe Ausgaben	**21100,00**	**20650,00**	**102,18**	**21277,88**	**99,16**

TERMINE

Regionalgruppe Berlin

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

Regionalgruppe Hamburg

Die Regionalgruppe trifft sich alle zwei Wochen mittwochs um 19.30 Uhr bei Bernd Rehberg, Isestraße 39, 20144 Hamburg. Nächste Termine: 15. und 29. Juni, 13 und 27. Juli 2010.

Regionalgruppe Hessen

Die Termine sind jeweils bei Christl Trischler, Tel. 06150 85234, E-Mail chri-tri@web.de oder bei Bernd Baehr, Tel. 069 454046, zu erfragen, E-Mail: rotlint-apotheke@t-online.de.

VDPP-Vorstand

Die nächste Vorstandssitzung wird am Sonntag, dem 20 Juni 2010, in Halle nach der MV stattfinden.

VDPP-Mitgliederversammlung

Unsere diesjährige MV wird vom 19. - 20. Juni 2010 im Seminarhaus Wolkentor, Hans-Dittmar-Straße 2c, 06118 Halle (Saale) stattfinden. Näheres siehe Einladung oder www.vdpp.de

VDPP-Herbstseminar

Das diesjährige Herbstseminar zum Thema „Arzneimittelpreisbildung“ wird voraussichtlich im Oktober oder November in Berlin stattfinden. Der genaue Termin liegt noch nicht fest.

Deutscher Apothekertag

Der Apothekertag wird vom 7. bis 9. Oktober 2010 in München stattfinden.

WIPIG-Präventionskongress

Gleichfalls in München wird am 31. Oktober 2010 der 1. Präventionskongress des Wissenschaftlichen Instituts für Prävention im Gesundheitswesen stattfinden. Näheres ist in der Fachpresse oder unter www.wipig.de zu finden.

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

Ich komme dahin statt ich bin dann mal weg

Oder: eure Meinung zählt – bringt sie ein!

von Gudrun Meiburg

Liebe Mitglieder, bei der letzten Mitgliederversammlung hatten wir alle beschlossen, dass die Seminare wieder mit einem Abend-Rahmenprogramm stattfinden sollten, damit das Private nicht verloren geht. Ich weiß, wie schwer es in Berlin war, für das Frauenseminar ein Thema zu finden, die Referentinnen zu gewinnen, den Abend und dann noch den nächsten Tag, das Rahmenprogramm zu organisieren. Endlich stand alles auf sicheren Füßen, die Einladungen gingen hinaus, das Seminar war klasse und informativ. Da die Veranstaltung auf Wunsch der Mitglieder organisiert wurde, war es doch enttäuschend, dass die Resonanz dann eher gering war. Wo wart ihr Frauen alle? Wo seid ihr jetzt alle zur MV?

Wir wollen nun verstehen, warum – trotz des ausdrücklichen Wunsches, den VDPP weiterzuführen, zu beleben und Veranstaltungen zu organisieren – viele von euch den Weg zu Seminaren oder zur Mitgliederversammlung eher selten finden. Sicher sind im Familien- und Berufsleben diese Wochenendtermine nicht immer einfach unterzubringen. Aber dann müssen wir möglicherweise neue Strukturen finden, um die Vereinsarbeit zu beleben und wieder auszubauen. Denn gerade ein meinungsbildender Verein wie der VDPP lebt von der Vielfalt seiner Mitglieder und den regen Diskussionen und Gedanken jedes einzelnen Mitglieds. Wenn immer dieselben Leute zu den Veranstaltungen kommen, gehen uns viele wichtige Meinungen und neue Impulse verloren. Und nicht zuletzt ist eine hohe Beteiligung auch eine Anerkennung der Vorstandsarbeit.

Deswegen dieser Aufruf an alle, die nicht zu den letzten Terminen kommen konnten, aber trotzdem nicht wollen, dass die Ziele und das gesundheitspolitische Wirken des VDPP verloren gehen: bitte nehmt euch ein paar Minuten Zeit und sagt/schreibt/schickt uns eure konstruktive Kritik!

Was müssen wir bei der Organisation von Versammlungen und Seminaren beachten, damit wir bereits zum Herbstseminar wieder ein größeres Publikum begrüßen dürfen? Sollte es mehr kleinere regionale Treffen geben, um die langen Anfahrtswege für einige zu vermeiden? Oder ist allgemein das Frühjahr besser für die MV geeignet als der Sommer? Vielleicht stellen sich auch manche von euch andere Wege der Kommunikation und des Austauschs vor, die für die Zukunft ausgebaut werden müssen? Lasst uns wissen, was ihr braucht, um euch in Zukunft – in welcher Form auch immer – wieder in aktuelle Diskussionen einzubringen. Jeder Beitrag zählt!

Ganz liebe Grüße, eure Geschäftsstelle, die euch gerne alle wiedersehen und nicht nur eure Namen auf den Adressaufklebern sehen möchte.

Nur eine Minderheit? Frauen mit HIV/Aids

Bericht vom Frauenseminar am Wochenende 24./25. April 2010 in Berlin

von Regina Schumann

23. April, es ist Freitagnachmittag, ich sitze auf der Couch, bin gerade aus einem zweiwöchigen Radel- und Wanderurlaub aus Mallorca zurück gekommen. Glücklich, dass uns das Vulkanaschenflugchaos nicht betraf, die Rucksäcke sind noch nicht ausgepackt, da klingelt das Telefon. Christl Trischler will zum Frauenseminar nach Berlin kommen: „Kann ich bei Dir wohnen? Oder gehst Du nicht zum Frauenseminar?“ Natürlich gehe ich zum Frauenseminar, schließlich sollte ich doch die Veranstaltung am Samstag moderieren und ich hatte auch die sonntägliche Tour über das Charité-Gelände „gebucht“!

Wir aktiven Frauen in der Regionalgruppe Berlin (Christiane Hefendehl, Ulrike Faber, Katja Lorenz und ich) hatten nach einer schwierigen Vorbereitungsphase, bei der wir uns auch ein wenig selbst Probleme machten, endlich dieses Seminar organisiert. Warum haben wir uns dieses Thema für unser diesjähriges Frauenthema ausgesucht? Viele von uns erinnern sich an das Aufkommen der Krankheit in den Achtzigerjahren des letzten Jahrhunderts, Aids – eine Schwulenkrankheit, unheilbar. Heute ist diese Krankheit behandelbar, das Virus kann „in Schach“ gehalten werden, jedenfalls in unserem hochentwickelten Staat im reichen Europa. Die Krankheit stagniert hier – in der Dritten Welt ist sie eine Epidemie, es gibt kaum Schutz und noch weniger Therapiemöglichkeiten. Aber auch in Deutschland gibt es Probleme, andere Bevölkerungsgruppen, neben Drogensüchtigen, Prostituierten, der Übertragung über Blutpräparate sind es ganz normale Frauen, die sich über ihren Sexualkontakt (oft zu ihrem einzigen lebenslangen Sexualpartner) anstecken. In unserem Frauenseminar wollten wir die geschlechtsspezifischen Fragen bei der Therapie beleuchten, aber auch internationale Aspekte und die Situation der Frauen in der Dritten Welt diskutieren.

Unsere Vortragenden waren schnell gefunden, Marianne Rademacher, Referentin für Prävention für Frauen im Kontext mit HIV/Aids bei der Deutschen AIDS-Hilfe, und Jana Böhme vom Vorstand des VDPP, die in einer HIV-Schwerpunktapotheke in Schöneberg arbeitet.

Beide Referentinnen trugen den 15 Teilnehmerinnen des Seminars vor der Mittagspause vor, ihre Beiträge waren sehr informativ und wurden lebhaft diskutiert. Ein Bericht von Birgit Masekowitz über das Seminar erschien am 29. April 2010 in der Pharmazeutischen Zeitung. Der Artikel „Die weibliche Seite von HIV/Aids" ist im Dokumentationsteil des Rundbriefes abgedruckt.

Gestärkt von einem (wie immer) sehr üppigen warm/kalten Büffet im Cafe Seidenfaden, unserem Veranstaltungsort, wurden wir mit Renate Ullmann konfrontiert. Renate ist HIV-positiv, vor 10 Jahren wurde bei ihr Aids-Vollbild diagnostiziert. Sie (über)lebt mit zur Zeit 17 Medikamenten und weiß nicht, sind es Symptome ihrer Krankheit oder Nebenwirkungen von den Medikamenten, die bei ihr auftreten.

„An Aids stirbt frau (in der entwickelten Welt) nicht mehr, aber an den Medikamenten."

Was wünscht sich Renate für sich: vor allem Freiheit! Sie möchte frei sein vom täglichen Medikamentenkonsum, vom Terror der eigenen täglichen Körperbeschau. Sie wünscht sich wieder eine echte Lebensalternative zu haben. Die HIV-Infektion ist lebenslänglich – ein Risiko, das mit dem Griff zum Kondom ausgeschlossen werden kann!

Zum Abschluss der Veranstaltung berichtete Christl Trischler über Erfahrungen zur Gesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten Kenias und Nepals. Es schloss sich eine Diskussion über die Situation HIV/Aids-kranker Frauen in den nicht entwickelten Staaten Asiens und Afrika an. Frau Rademacher berichtete über ein Projekt der Deutschen AIDS Hilfe in der Ukraine. Mafiöse und korrupte Strukturen verhindern überall wirksame Hilfe, gesellschaftliche und kulturelle Unterschiede beschränken die Wirksamkeit der Hilfsangebote.

Nach diesem eher pessimistischen Ausklang gingen wir (leider nur zu dritt) zum kulturellen Beiprogramm über. Mit Gudrun Meiburg und Christl Trischler vergnügte ich mich im neuen Film von Doris Dörrie „Die Friseuse" – eine tolle Geschichte vom Kampf um Arbeit, Liebe und Anerkennung. Kathi König packt es an, zieht sich am eigenen, gefärbten und mit bunten Strähnchen geschmückten Haarschopf aus dem Sumpf der Depression und Arbeitslosigkeit, der Film macht Spaß und Mut.

Am Sonntagvormittag gab es für 7 interessierte VDPPlerInnen bei strahlend schönem Frühlingswetter eine Führung über das Charité-Gelände in Berlin-Mitte. Auch alte Berlinhäsinnen erfuhren noch neues und lernten unbekannte Plätze mitten in der City kennen. Für mich am interessantesten war das Gebäude, in das das Kaiserliche Gesundheitsamt 1876 einzog und die ersten Jahre residierte, bevor es auf das Dahlemer Dreieck umzog, wo ich seit über 20 Jahren in einem seiner Nachfolgeinstitutionen arbeite.

Nach den historischen Einblicken genossen wir zum Abschluss des rundum gelungenen Frauenseminars den ersten Eisbecher unter freiem Himmel, natürlich mit Biomilcheis!

DOKUMENTATION

Die weibliche Seite von HIV/Aids

von Birgit Masekowitz, Berlin

Ein Fünftel der in Deutschland lebenden HIV-Infizierten sind Frauen. Weltweit sind sogar 50 Prozent der Betroffenen weiblich. Dennoch werden geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Behandlung kaum berücksichtigt. Beim diesjährigen Frauenseminar des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) erläuterten die Referentinnen mit welchen spezifischen Problemen erkrankte Frauen kämpfen.

Noch immer wird das HI-Virus in Deutschland hauptsächlich von Männern, die Sex mit Männern (MSM) haben, übertragen. Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts erfolgen 72 Prozent der Neuansteckungen auf diesem Weg. Doch auch Frauen sind stark betroffen. Im letzten Jahr betrug der Frauenanteil bei den Neudiagnosen knapp 16 Prozent.

Renate Ullmann war Anfang dreißig als sie sich ansteckte. Damals, zu Beginn der 1980er-Jahre, wurden die ersten Fälle von HIV-Infektionen aus den USA bekannt, „aber das betraf uns alle nicht“, berichtete die Österreicherin.

20 Jahre lang lebte sie ohne von ihrer Krankheit zu wissen, arbeitete im Hotelwesen und als Reiseleiterin.

Renate Ullmann (links) und Marianne Rademacher

Nach einem Zusammenbruch diagnostizierten die Ärzte im Krankenhaus bei ihr zunächst ein Non-Hodgkin-Lymphom, später HIV mit Vollbild Aids.

Heute besucht die 61-Jährige von Zeit zu Zeit Schulen, um Jugendliche über HIV und Aids aufzuklären und ist schockiert, wie wenig diese über die Krankheit und ihre Übertragungswege wissen. „Die sind völlig ahnungslos und haben völlig falsche Vorstellungen.“

Soziale Probleme

Auffällig ist, dass Frauen nach wie vor später mit einer antiretroviralen Therapie beginnen und dann häufig eine schlechte Compliance zeigen. Die meisten wollen möglichst normal weiter leben, ohne sich zu outen. Die Angst, die Familie, speziell die Kinder könnten durch die Erkrankung ausgegrenzt werden, ist sehr hoch. „Dazu kommt, dass Frauen im Durchschnitt ein niedrigeres Einkommen haben als Männer, sie sind für einen Krankheitsfall schlechter abgesichert und haben weniger Anbindung an Netzwerkstrukturen“, berichtete Marianne Rademacher von der Deutschen Aids Hilfe.

Renate Ullmann nimmt ihre Medikamente regelmäßig ein. „Ich schlucke heute täglich 22 Tabletten. Aber ich kämpfe jede Woche mit neuen Nebenwirkungen.“ Sie hatte in den zehn Jahren ihrer Therapie bereits drei leichte Herzinfarkte, Nierenversagen und leidet unter Polyneuropathien. „Mir fallen die Haare aus, meine Nägel splittern und meine Haut ist extrem trocken“, berichtete sie noch. Rademacher nannte als weitere häufig vorkommende Nebenwirkungen Depressionen, Osteoporose, sexuelle Dysfunktion und Lipodystrophie. Letztere tritt bei circa 40 Prozent der Patienten unter einer antiretroviralen Therapie auf. Bei ihnen verändert sich die Fettverteilung, wobei das Unterhautfettgewebe im Gesicht, den Extremitäten und dem Gesäß abnimmt, im Bauchbereich aber stark zunimmt. „Frauen bekommen sehr große Brüste, einen dicken Bauch und das sogenannte Äffchengesicht“, beschrieb Rademacher die Nebenwirkung, für die hauptsächlich Nukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NRTI) verantwortlich gemacht werden. Für Frauen stellt eine so veränderte Figur eine erhebliche Belastung dar. „Das geht so weit, dass einige ihre Geschlechtsidentität infrage stellen.“

Häufige Infektionen

HIV-Patientinnen sind zudem anfälliger für Infektionen im Genitalbereich, wie mit Herpes Simplex-, oder Humanen Papillomaviren (HPV) vomTyp 16 und 18. Nur zwei Prozent der gesunden Frauen zeigen die für HPV-Infektionen typischen Zellveränderungen an der Zervix. Bei HIV-Positiven sind 35 bis 45 Prozent betroffen. Dabei lässt sich kein Zusammenhang zur Viruslast herstellen, betonte Rademacher. „Auch eine gut behandelte Frau kann diese Veränderung haben.“

Von einer Impfung raten Gynäkologen dennoch meist ab. „Im Beipackzettel der Impfstoffe steht immer noch, dass es keine Erfahrungen bei Frauen mit schlechtem Immunstatus gibt.“ Rademacher empfiehlt HIV-Patientinnen daher, einmal im halben Jahr zur Krebsvorsorgeuntersuchung zu gehen.

Was ebenso fehlt, sind Daten zur Hormonersatztherapie. Ein Problem, denn bei HIV-positiven Frauen treten die Symptome der Menopause häufiger und scheinbar auch früher auf. „Aber da weiß man noch nichts Genaues“, so Rademacher.

Leitfaden für Frauen

„Die Ergebnisse einiger Studien weisen darauf hin, dass Frauen stärker auf HIV-Medikamente ansprechen, also höhere Spiegel haben“, erklärte Jana Böhme vom Vorstand des VDPP. Ebenso zeigte sich, dass die Viruslast niedriger und die CD4-Zahl deutlich besser war, wenn Frauen mit Nicht-nukleosidischen Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NNRTI) behandelt wurden. In der ärztlichen Praxis findet sich das bislang nicht wieder. „47 Prozent der Frauen bekommen Protease-Inhibitoren (PI) und 33 Prozent NNRTI. Das steckt alles noch in den Kinderschuhen.“ Von der Arbeitsgruppe Ärztinnen und Aids (3A)

gibt es seit Dezember 2009 erstmals einen Leitfaden für Frauen mit Aids. Die Zusammenstellung berücksichtigt frauenspezifische Aspekte und soll die Behandlung von Frauen optimieren.

Niedriges Übertragungsrisiko

Heiß diskutiert wurde 2008 eine Stellungnahme der Eidgenössischen Kommission für AIDS-Fragen (EKAF) zum HIV-Übertragungsrisiko bei Menschen mit supprimierter Viruslast. Sie seien „sexuell nicht infektiös" hieß es in der Erklärung. Auch Rademacher sieht das kritisch. „Das trifft nur zu, wenn die Viruslast in den letzten sechs Monaten unterhalb der Nachweisgrenze lag. Und das ist nur bei einer sehr kleinen Gruppe der Fall." Für Paare, die sich Kinder wünschen, räumte sie ein, sei es aber eine große Erleichterung, auch auf normalem Weg Sex haben zu können. In Deutschland sind immerhin 60 Prozent der HIV-Patientinnen zwischen 15 und 39 Jahre alt. „Die gute Nachricht ist, dass, zumindest in unseren hochentwickelten Ländern, durch moderne Vorsorgemaßnahmen das Übertragungsrisiko während einer Schwangerschaft und Geburt von circa 40 Prozent auf ein bis zwei Prozent gesunken ist." Die sogenannte Transmissionsprophylaxe besteht zunächst aus einer antiretroviralen Therapie der Mutter ab der 32. Schwangerschaftswoche. „Bisher ist der Goldstandard immer noch ein Kaiserschnitt, bestimmte Geburtshäuser bieten aber auch vaginale Entbindungen an", so Rademacher.

Jana Böhme

Auch das Neugeborene erhält in seinen ersten Lebenswochen eine medikamentöse Therapie. Da das Virus auch über die Muttermilch übertragen wird, muss die Mutter auf das Stillen verzichten. Die Voraussetzung für diese Maßnahmen ist, dass die Infektion bekannt ist. Seit 2007 soll jeder Schwangeren ein HIV-Antikörpertest angeboten werden. „Was mir Sorge macht ist, dass die Ergebnisse oft in den Mutterpass eingetragen werden. Das soll aber nicht so sein. Dort soll nur stehen, dass der Test angeboten wurde", sagte Rademacher.

Frauenkontrollierte Prävention

Wie können Frauen sich wirkungsvoll vor einer Infektion schützen? Nicht nur Prostituierte haben dass Problem, dass Sexualpartner es ablehnen, Kondome zu benutzen. In Entwicklungsländern wie Afrika bleiben Hilfsorganisationen schlichtweg auf den kostenlosen Kondomen sitzen.

Daher suchen Forscher seit Langem frauenkontrollierte Möglichkeiten zur Prävention. Frauenkondome sind eine gute Möglichkeit, finden aber wenig Akzeptanz. Mikrobizide Gele mit Nonoxynol 9 oder auf Cellulose-Sulfat-Basis erwiesen sich in Studien als eher schädlich. Des Weiteren gibt es Vaginalringe mit antiretroviralen Medikamenten. Sie verbleiben bis zu drei Monate in der Scheide und führen damit nicht zu Problemen bei der Compliance.

Als Nachteil nannte Rademacher allerdings eine unklare Aufnahme in die Blutbahn. „Und was ist, wenn es trotz allem zu einer Infektion kommt? Gibt es dann schon Resistenzen?" Als neue Methode stellte sie die Präexpositionsprophylaxe (PREP) vor. Dabei müssen Patienten regelmäßig einmal täglich antiretrovirale Medikamente einnehmen. Geeignet seien Tenovovir (Viread®) und Emtricitabin (Emtriva ®), da diese 400 bis 500 Prozent höher im Genitalbereich vorliegen als im Serum. Ärzte können die Medikamente bislang nur off-label auf Privatrezept verordnen, doch Rademacher ist sich sicher, dass eine entsprechende Zulassung kommen wird.

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten wurde 1989 gegründet. Seine Mitglieder engagieren sich besonders für mehr Demokratie in den Standesorganisationen und eine patientenorientierte Arzneimittelversorgung. Zu den Hauptzielen gehört weiterhin die Zusammenarbeit aller Akteure im Gesundheitswesen und eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Pharmazie.
www.vdpp.de

„Die Deutsche Aids Hilfe positioniert sich da sehr kritisch, denn es gibt sehr viele offenen Fragen." Auch hier besteht die Gefahr, dass sich Resistenzen bilden, zudem sind Langzeitnebenwirkungen möglich. „Der Druck auf Sexarbeiterinnen könnte enorm ansteigen. Nach dem Motto: Da gibt es doch eine Pille." Davon abgesehen liegen die monatlichen Kosten mit 480 Euro und darüber weit ab von einer denkbaren Alternative. Erst recht für die am stärksten betroffene Gruppe der Frauen in Entwicklungsländern.

Aus der Pharmazeutischen Zeitung, Nr. 17/2010. Wir danken für die Genehmigung zum Abdruck.

Aufruf zum Handeln: Wir brauchen Forschung und Entwicklung für vernachlässigte Krankheiten!

Vernachlässigte Krankheiten: Die Forschungslücke

Als vernachlässigte Armutskrankheiten bezeichnen wir die Krankheiten, die vor allem in ärmeren Ländern auftreten und zu deren Bekämpfung die Forschung und Entwicklung unzureichend ist. Zu diesen Krankheiten zählen Tuberkulose, Malaria, vierzehn von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) spezifizierte Tropenkrankheiten sowie einzelne Aspekte der Prävention, Diagnose und Behandlung von HIV/Aids, wie spezielle Medikamente für Kinder oder Mikrobizide und Impfstoffe. Millionen Menschen – die zum Großteil in ärmeren Ländern leben – werden so vom medizinischen Fortschritt ausgeschlossen. Wir sind der Meinung, dass die Bedürfnisse dieser Menschen nicht länger vernachlässigt werden dürfen. Die Millennium-Entwicklungsziele der Vereinten Nationen können nur erreicht werden, wenn diese Forschungslücke geschlossen wird.

Handlungsbedarf

Die Forschungslücke für vernachlässigte Krankheiten hat zwei Hauptursachen: Pharmazeutische Unternehmen investieren erstens vorrangig in die Entwicklung von Produkten, für die es lukrative Absatzmärkte gibt. Und zweitens konzentriert sich die öffentliche Forschungsförderung ebenfalls auf die Krankheiten der reichen Länder. Die Folge ist, dass von mehr als 1.500 medizinischen Wirkstoffen, die zwischen 1975 und 2004 neu entwickelt wurden, nur 21 für vernachlässigte Krankheiten, inklusive Tuberkulose und Malaria, bestimmt waren. Trotz einiger Fortschritte in den letzten Jahren gibt es nach wie vor eine gravierende Forschungslücke bei Krankheiten, an denen global gesehen die meisten Menschen leiden oder sterben. Der Druck wächst, auch Forschungsergebnisse, die durch öffentliche Mittel finanziert wurden, kommerziell zu verwerten. Dies trägt ebenfalls zur mangelnden Verfügbarkeit von Medikamenten, Impfstoffen und Diagnostika für vernachlässigte Krankheiten bei. Die Bundesrepublik Deutschland beteiligt sich im internationalen Vergleich nur weit unterdurchschnittlich an den Forschungskosten. Als Beispiel sei hier die Tuberkulose-Forschung genannt, in die die Bundesrepublik Deutschland 2007 nur 7,5 Millionen. Euro investiert hat, während der insgesamt benötigte Bedarf bei 1,5 Milliarden Euro liegt. Zum Vergleich: Die USA gaben 136,8 Millionen Euro für die TB-Forschung aus Selbst unter Berücksichtigung der EU-finanzierten Forschung und der größeren Wirtschaftskraft ist der US-Beitrag relativ gesehen rund drei mal so hoch.

Politische Rahmenbedingungen

Die Mitgliedsstaaten der WHO haben im Mai 2008 den Aktionsplan „ Global Strategy on Public Health Innovation and Intellectual Property“ verabschiedet, der diese Forschungslücke schließen soll. Zu den darin genannten Einzelmaßnahmen gehören der Ausbau der Forschungsförderung, die Schaffung neuer Anreize für die kommerzielle und nicht-kommerzielle Forschung (z.B. Forschungsprämien) sowie die Unterstützung neuer, nicht-kommerzieller Forschungsmodelle (z. B. Produktentwicklungspartnerschaften). Zur selben Zeit erteilte der Bundestag der Bundesregierung den Auftrag, ein „breites Spektrum von Plattformen“ zu fördern, um die Forschung zu den Gesundheitsbedürfnissen von Menschen in ärmeren Ländern zu verbessern. Die Verantwortung hierfür wurde dem Bundesforschungsministerium (BMBF) übertragen. Das BMBF hat seither einige Schritte unternommen und schon existierende Förderungsmechanismen gestärkt, wie das EU-Programm „European and Developing Countries Clinical Trials Partnership“ (EDCTP). Diese Maßnahmen sind aber nur ein Tropfen auf den heißen Stein.

Daher fordern wir als Organisationen und Einzelpersonen aus Zivilgesellschaft, Politik, Medizin und Forschung ein Umdenken! Um vernachlässigte Krankheiten nachhaltig zu bekämpfen, brauchen wir mehr Forschungsinvestitionen, und es müssen neue Förderungsmodelle eingesetzt werden.

Deutschland erhebt den Anspruch, eine „Vorreiterrolle“ im Bereich von Forschung und Entwicklung einzunehmen. Deutschland sollte sich daher seiner Verantwortung stellen! Hier sind die Bundesregierung, insbesondere das Forschungsministerium, und der Bundestag gefragt.

Dieser Aufruf wird unterstützt von:

Prof. Dr. Stefan H. E. Kaufmann

MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung

eed Evangelischer Entwicklungsdienst

BUKO Pharma-Kampagne

(Der VDPP hat sich diesem Aufruf natürlich auch angeschlossen, Red.)

Weitere UnterstützerInnen werden gesucht.
Bitte schreiben Sie an info@aufruf-zum-handeln.de

Empfehlungen

Forschung fördern

- Erhöhung der Forschungsmittel.
- Schaffung eigener Budgetlinien mit zweckgebundenen Mitteln.
- Keine Vermischung mit „seltenen“ Krankheiten, die in Industrieländern vorkommen.
- Unterstützung klinischer Forschung.
- Stärkere Unterstützung der Institute, die schon mehr in diesem Bereich arbeiten.
- Aufstockung von Programmen der DFG und der Gemeinschaften der außeruniversitären Forschungsinstitute, bis hin zur Neugründung von Instituten.

Product Development Partnerships (PDPs) fördern

- PDPs als wichtiges Forschungsmodell für die nichtkommerzielle Forschung müssen gefördert werden.
- Eine eigenständige Budgetlinie zur institutionellen Förderung von PDPs erhöht Transparenz und Planungssicherheit.
- Die Förderung darf sich nicht auf deutsche Forscher/innen oder Institutionen beschränken, da PDPs international agieren.
- Bei PDP-Forschung entstehende geistige Eigentumsrechte dürfen den Zugang zu den entwickelten Produkten nicht behindern.

Forschungslücke „vernachlässigte Armutskrankheiten“ schließen

Neue Anreizmodelle: Prämien

- Forschungsprämien sind ein mögliches Alternativmodell für neue Forschungsanreize.
- Förderung von Pilotprojekten, z. B. Tuberkulose- Schnelltest.
- Prämierte Projekte sollten als Allgemeingut zur Verfügung stehen.

Zugang als wichtige Rahmenbedingung

- Produkte müssen allen Menschen zugänglich sein. Deshalb sollte die Generika-Herstellung Priorität haben.
- Wichtige Modelle dafür sind nicht-exklusive Lizenzen, offene Lizenzen, Equitable Licensing, Open Source Modelle, Festsetzung von Maximalpreisen.
- Die bisherigen Vorgaben einer gewinnorientierten Patentverwertung für öffentliche Forschung sollte reformiert werden, um mehr nicht-kommerzielle Projekte zu ermöglichen und den Zugang auch für arme Länder zu sichern.

www.aufruf-zum-handeln.de

Ärztinnen und Ärzte protestieren gegen die Rezepte von Dr. Rösler

verein
demokratischer
ärztinnen
und ärzte

In seiner Einladung zum diesjährigen Deutschen Ärztetag in Dresden schreibt der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Jörg-Dietrich Hoppe: Seit dem Antritt der schwarz-gelben Regierung sei deutlich erkennbar, „dass nicht mehr Ideologie die Gesundheitspolitik prägt“. Die Ärzteschaft erwartet also einiges von Minister Rösler. Inzwischen hat die Regierungskommission zur Gesundheitsreform ihre Arbeit aufgenommen. Aber weder die halbherzigen Regelungen zu Rabatten auf Arzneimittel noch der unausgegorene Vorschlag einer „Landarztquote“ im Medizinstudium sollten die Öffentlichkeit davon ablenken, dass Gesundheitsminister Rösler nach wie vor festhält am Vorhaben einer schrittweisen Einführung einer einkommensunabhängigen Kopfpauschale.

Die Finanzierung der Krankenversicherung über eine Kopfpauschale ist unsozial, da sie die Schwachen mehr belastet als die Besserverdienenden und Millionen von Beitragszahlern zu Bittstellern machen wird. Einzelheiten, wie die Mitversicherung von Familie und Kindern oder eine gerechte Belastung der Rentner, sind dabei noch völlig unklar. Der Bundesgesundheitsminister wird diese unsolidarische Politik auch auf dem Deutschen Ärztetag in Dresden verteidigen.

Inzwischen regt sich aber breiter gesellschaftlicher Widerstand gegen die Kopfpauschale. Die vom vdää unterstützte Kampagne des Online-Bürgernetzwerks *Campact* haben inzwischen über 100.000 Menschen unterschrieben. Unter dem Slogan „Solidarisch statt Kopfpauschale“ hat der *Deutsche Gewerkschaftsbund* mit seinen Mitgliedsgewerkschaften und unterschiedlichsten Verbänden und Organisationen, zu denen auch der vdää gehört, ebenfalls ein Bündnis "Köpfe gegen Kopfpauschale" ins Leben gerufen.

Um zu zeigen, dass es auch Ärztinnen und Ärzte gibt, die mit den unsozialen Plänen des Ministers nicht einverstanden sind und die sich für ein solidarisch und gerecht finanziertes Gesundheitswesen einsetzen, hat der vdää eine Kampagne, die Ärztinnen und Ärzte anspricht ins Leben gerufen: **„Ärzte gegen Dr. Röslers Rezepte – Für ein solidarisches Gesundheitswesen“.** Statt über immer neue Finanzierungsmodelle mehr Geld in das System zu schleusen, sollte – das ist unser Standpunkt – nach weiteren Einsparmöglichkeiten im Gesundheitswesen gesucht werden. Denn immer noch gibt es, nicht nur im Pharmabereich, unnötige Ausgaben und Überversorgung. Da wir Ärztinnen und Ärzte durch unsere Verschreibungen Mitverantwortung für diese Mittelverschwendung tragen, würde es einem Deutschen Ärztetag gut anstehen, sich mit dem Problem der medizinischen Überversorgung zu beschäftigen.

Wir rufen unsere ärztlichen Kolleginnen und Kollegen auf zum öffentlichen Protest gegen die Politik des Gesundheitsministers. Der Aufruf wendet sich aber nicht nur gegen die Kopfpauschale, sondern zeigt auch mögliche Wege zu einer gerechten und solidarischen Finanzierung des Gesundheitswesens auf. Die Resolution ist im Internet veröffentlicht und kann unterzeichnet werden unter:
http://www.aerzte-gegen-roeslers-rezepte.de/

Diese Aktion demonstriert, dass nicht die gesamte Ärzteschaft hinter Minister Röslers unsozialer Politik steht, auch wenn die Führung der Bundesärztekammer diesen Eindruck zu vermitteln versucht. Die gesammelten Unterschriften werden anlässlich des Deutschen Ärztetages in Dresden (11.-14.Mai 2010) veröffentlicht werden.

2. Mai 2010

Prof. Dr. Wulf Dietrich
Vorsitzender des vdää

Presseerklärung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte zur

Eröffnung des Deutschen Ärztetags in Dresden

„Sage einer Frau nie ehrlich die Meinung, sage einem Dicken nie, dass er zu dick ist.“

Mit diesen freundlichen Worten machte Minister Dr. Rösler der Deutschen Ärzteschaft klar, dass mit 170 Milliarden Euro für die Gesetzliche Krankenversicherung im deutschen Gesundheitswesen ausreichende Mittel für die medizinische Versorgung der Bevölkerung in diesem Lande vorhanden sind. Diese müssten aber besser verteilt werden und es sei unethisch (weitere) Verschwendung zuzulassen. Er erteilte der Diskussion über Priorisierung eine Absage. Diese Botschaft wurde bei den Delegierten des Deutschen Ärztetages als Adressaten der Ministerkritik offensichtlich nicht verstanden, denn sie klatschten dem Minister frenetisch Beifall.

In seiner verbindlichen Art formulierte er den FDP-Standpunkt zum Rückzug des Staates aus der Ge-

sundheitsversorgung und zur Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten. Sein Vorschlag der Ausdehnung der Kostenerstattung, also der Vorfinanzierung medizinischer Leistungen durch die Patientinnen und Patienten, fand die fast ungeteilte Zustimmung der Delegierten. Mit solchen Vorschlägen machte sich Minister Rösler Liebkind bei den Vertretern der deutschen Ärzteschaft.

Er nahm das Wort Solidarität oft in den Mund und schlug – als Vertreter der Steuersenkungspartei – den Ausgleich zwischen Arm und Reich durch das Steuersystem vor. „Der Bambus biegt sich im Sturm, aber er bricht nicht" – damit kommentierte er das für die FDP und ihre Kopfpauschale desaströse Wahlergebnis in NRW. Ohne den Begriff der einkommensunabhängigen Kopfpauschale explizit zu verwenden, zeigte er, dass er langfristig weiterhin an seinen unsozialen Plänen zur Finanzierung des Gesundheitswesens festhält. Die Vertreter der deutschen Ärzteschaft kommentierten dies mit anhaltendem Beifall.

Der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte hat eine Unterschriftenaktion innerhalb der Ärzteschaft gegen diesen unsozialen Politikentwurf initiiert, die schon jetzt von über 500 Ärztinnen und Ärzten unterzeichnet wurde.

www.aerzte-gegen-roeslers-rezepte.de

Dresden, 11. Mai 2010

Prof. Dr. Wulf Dietrich
Vorsitzender des vdää

Nein zur Kopfpauschale, ja zur Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Am 28. Mai wurde bekannt, dass Gesundheitsminister Rösler nun – wie nach der NRW-Wahl erwartet – eine Kopfpauschale einführen will, um das für das nächste Jahr befürchtete Defizit der Gesetzlichen Krankenklassen auszugleichen. Laut Süddeutscher Zeitung soll es dabei je nach Kasse um einen pauschalen Beitrag von 15-30 Euro pro Monat gehen – unabhängig davon, was man verdient. Der Vorsitzende des vdää, Wulf Dietrich, meint dazu: „ Auch wenn es sich hier ‚bloß' um eine kleine Kopfpauschale handelt, ändert das nichts daran, dass dies ein ungerechtes Prinzip ist. Auch diese vermeintlich kleinen Beträge belasten Menschen mit niedrigen Einkommen überproportional und unnötig. Diese kleine Kopfpauschale ist darüber hinaus nur als Einstieg in die ‚große' Kopfpauschale anzusehen und stellt einen Systembruch dar. Der vdää lehnt deshalb die – euphemistisch Gesundheitsprämie genannte – Kopfpauschale grundsätzlich ab."

Im Gegensatz zu seinen früheren Plänen will Minister Rösler die Belastung der Geringverdiener nun dadurch in Grenzen halten, dass die Beitragsbemessungsgrenze angehoben und so Menschen mit hohen Einkünften stärker belastet werden sollen. „Das ist schon lange eine Forderung von all denjenigen, die das Solidarprinzip in der GKV ausweiten wollen, und zu begrüßen", so Wulf Dietrich. „Die Beitragsbemessungsgrenze ist sowieso ein Bruch mit dem Solidarprinzip, denn sie führt schon jetzt dazu, dass die unteren und mittleren Einkommen stärker belastet und Einkommen über 3750 Euro brutto im Monat entlastet werden. Es kommt also darauf an, um wie viel die Beitragsbemessungsgrenze angehoben werden soll.

Es ist unsinnig, eine Kopfpauschale einführen zu wollen, wenn man über eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze mehr Geld ins System bringen könnte. Darüber hinaus müsste man auch die Versicherungspflichtgrenze anheben, um zu verhindern, dass noch mehr Gutverdienende in die Private Versicherung abwandern", so Dietrich weiter.

Der vdää setzt sich – zusammen mit vielen anderen Organisationen und mit der Mehrheit der Bevölkerung – mit seiner Kampagne „Ärzte gegen Röslers Rezepte" weiter gegen die Kopfpauschale ein.

Maintal, 30.05.2010

Prof. Dr. Wulf Dietrich
(Vorsitzender des vdää)

VDÄÄ	Kantstraße 10	Mobil 0173 – 385 4872
Geschäftsstelle	63477 Maintal	Fax 0721 – 151 271 899
Nadja Rakowitz	Telefon 06181 – 432 348	E-Mail: info@vdaeae.de

Health Action International at the 63rd World Health Assembly

Geneva- This years' World Health Assembly (WHA) was historic. Health Action International (HAI) followed some of the most controversial issues that were up for discussion on this ambitious agenda: the debates and action around agenda items 11.3 *Global Strategy and Plan of Action (GSPA) on Public Health Innovation and Intellectual Property*, and 11.20 *Counterfeit Medical Products*. On both issues,

the debate played out more or less with opposing positions taken by Northern and Southern countries.

11.3 Global Strategy and Plan of Action (GSPA) on Public Health Innovation and Intellectual Property

The GSPA debate was firmly centred around the contentious process and outcomes of the Expert Working Group (EWG) on Research and Development Financing. At the presentation of the final EWG report to the Member States of the World Health Organization's Executive Board (EB) in January this year, it received a less than warm welcome from several governments and civil society organisations.

During this week's WHA, an increased number of countries expressed very critical positions on the report and the 'next steps' on the GSPA implementation, which was the subject of intense debate. The Southern countries, to a large extent represented by UNASUR, including Brazil, Ecuador and Venezuela, and SEARO, including India and Thailand, formed a united and strong front on the proposed resolution. There was severe critique on the process, transparency, conflicts of interest and incompleteness of the EWG. Member States expressed dissatisfaction with the fact that the concept of de-linking the costs of R&D from the price of medicines had not been fully explored as mandated by the GSPA, and that the end result did not meet their expectations.

The outcome of discussions, a resolution on the *Establishment of a Consultative Expert Working Group on Research and Development: Finance and Coordination* rejects the former EWG's report and demands a review of all proposals, which represents a huge step forward. A Consultative Expert Working Group will be established where Member States will nominate experts who will then be appointed by the EB. The intergovernmental element of the new group was something that the United States and EU had wanted to avoid. However, Brazil, UNASUR, India, Thailand and many more developing countries held their ground, insisting on an EWG that would avoid any perception of intransparency or conflicts of interest that could risk derailing the process again.

Along with many developing countries and civil society organisations, HAI sees the new resolution as a real chance to revive the process of exploring and implementing innovative proposals for R&D that could structurally address some of the inefficiencies and flaws of the current R&D system, which does not meet the health needs of many people in the developing world.

11.20 Counterfeit Medical Products

The agenda item on *Counterfeit Medical Products* also proved difficult to resolve, and in particular the question about WHO's continued involvement in IMPACT (the International Medical Products Anti-Counterfeiting Taskforce). Again many Member States from the South, led by UNASUR and SEARO, and also Kenya criticised the continued preference for the "counter-feits" discourse over drug regulatory issues of quality, safety, efficacy; the inappropriateness of WHO's engagement with the intellectual property enforcement agenda and its involvement and role in IMPACT.

Their argument proved successful and the WHA decided to establish a time-limited and resultoriented Working Group on substandard, spurious, falsely labelled, falsified, and counterfeit medical products that will be comprised of and open to all Member States, and will reassess the WHO's partnership with IMPACT.

HAI and other civil society organisations welcome the two outcomes on agenda items 11.3 and 11.20. This WHA has made a clear stand on the problems associated with IMPACT, and on the inappropriate use of the 'counterfeits' discourse in a public health context, in general. The conflation of IP enforcement with public health objectives, such as quality and safety of medicines undermines access to medicines. This is now understood by all stakeholders and reflected in this resolution.

There was a general feeling of dissatisfaction among civil society observers regarding increased limitations on NGO participation in the World Health Assembly. Aside from the suspension of the NGO privilege to hold technical briefings, which was announced before the WHA, there also seemed to be more difficulty in participating in the committee sessions through the NGO intervention mechanism and HAI was unable to deliver its submitted interventions on either of the agenda items. HAI values its status of 'official relations' with the WHO and we hope that the ability for civil society organisations to engage fully in the WHA will be protected.

Overtoom 60, III
1054 HK Amsterdam
The Netherlands
sophie@haiweb.org
www.haiweb.org

Start der Kampagne „Daimler – Star of Apartheid“ am 14. 4. 2010 in Berlin

Forderung nach Entschädigung von Apartheidopfern

Am 14.4.2010 startet medico international, gemeinsam mit seiner südafrikanischen Partnerorganisation Khulumani, anlässlich der Hauptversammlung (HV) der Daimler AG in Berlin die Unterschriftenkampagne „Daimler - Star of Apartheid“. Dem Unternehmen wird vorgeworfen, durch die Lieferung von Fahrzeugen und Maschinen an Polizei und Militär des südafrikanischen Apartheidregimes, Beihilfe zu schweren Menschenrechtsverletzungen geleistet zu haben.

medico international

Forderungen der Kampagne sind die Öffnung des Daimler-Archivs und eine angemessene Entschädigung der Apartheidopfer. Die zunehmende Aufmerksamkeit durch die WM in Südafrika soll auch dazu genutzt werden den Druck auf Daimler in Deutschland zu erhöhen. Daimler ist Hauptsponsor der deutschen Fußball-Nationalmannschaft.

Den Auftakt der Kampagne bildet die Rede des Apartheidopfer und Khulumani-Kläger Mpho Masemola aus Südafrika in der Daimler-HV. Herr Mpho Masemola war bereits in jungen Jahren als Aktivist gegen die Apartheid aktiv. 1984 wurde er verhaftet, gefoltert und zu fünf Jahren Haft auf Robben Island verurteilt. Nach seiner Entlassung aus dem Gefängnis organisierte er weiter Demonstrationen. Während eines Aufstandes 1991 wurde er von Scharfschützen der Polizei getroffen. Die Schrapnelle befinden sich noch immer in seinem Kopf und beeinträchtigen seine Gesundheit. Gemeinsam mit Khulumani, dem größten Zusammenschluss von Apartheidopfern in Südafrika, kämpft Herr Masemola um Wiedergutmachung und klagt seit 2002 in den USA auf Entschädigung. Im April 2009 hat ein US-Bundesbezirksgericht in New York die entsprechende Sammelklage gegen Daimler und vier weitere Konzerne zugelassen.

Bereits zwischen 8.30 Uhr und 10 Uhr werden am Eingang der Messe Berlin Unterschriftenpostkarten an die Daimler-Aktionäre verteilt. Bis Oktober sollen mehrere tausend Unterschriften gesammelt und anschließend an Dr. Dieter Zetsche, den Vorstandsvorsitzenden der Daimler AG, übergeben werden. Der Aufruf für eine Entschädigung der Apartheidopfer auch online auf www.star-of-apartheid.de unterschrieben werden.

Die Kampagnenarbeit in Deutschland trägt medico international gemeinsam mit der Koordination Südliches Afrika (KOSA), Kirchlichen Arbeitsstelle Südliches Afrika (KASA) und dem Solidaritätsdienst-international e.V. (SODI).

08.04.2010
Weitere Infos:
http://medico.de/themen/vernetztes-handeln/apartheid/

Die Blockade des Gazastreifens beenden

medico International verurteilt das israelische Eingreifen

Die Frankfurter Hilfsorganisation medico international verurteilt die israelische Militäraktion, mit der eine Solidaritätsflotte auf dem Weg in den Gaza-Streifen gestoppt wurde. „Das schockierende und blutige Kapern von Hilfsschiffen auf hoher See zeigt“, so Tsafrir Cohen von medico international, „dass die israelische Regierung im Rahmen ihrer Sicherheitsdoktrin bereit ist, jedes militärische Mittel anzuwenden und sich über internationales Recht hinwegzusetzen.“ Dies sei eine dramatische und gefährliche Entwicklung, so Cohen, die nur durch internationale Maßnahmen gestoppt werden könne. Dass mit Sicherheitsbegründungen humanitäre Hilfe angegriffen werden kann, stellt eine Zäsur im Umgang mit internationaler Hilfe dar. Eine solche dramatische Eskalation hätte nicht stattgefunden, gäbe es nicht die israelische Blockade des Gaza-Streifens, über deren Folgen immer weniger nach außen dringt.

Die israelische Abriegelung des Gaza-Streifens geht im Juni 2010 ins dritte Jahr. Seitdem hat die Armut in Gaza sprunghaft zugenommen. Mittlerweile sind 80 % der Menschen sind von der internationalen Hilfe abhängig. Unternehmen und Farmen mussten ihren Betrieb einstellen und Arbeiter entlassen. Das Ausfuhrverbot hat die Bauern hart getroffen. Zugleich blockiert Israel die Einfuhr von Baumaterialien, Zement, Stahl, Glas und Haushaltswaren. „Das was in Gaza passiert ist eine Ent-Entwicklung, Die Bevölkerung von Gaza wird durch die israelische Blockade systematisch ver-

armt“, so Tsafrir Cohen Angesichts der jüngsten Toten auf hoher See fordert medico international die internationale Staatengemeinschaft auf, die Blockade von Gaza endlich zu beenden.

31.05.2010
Mehr Infos: http://www.medico.de/themen/krieg/nahost/

Für Innovation und Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln!

Internationale Hilfs- und Nichtregierungsorganisationen kritisieren in einer gemeinsamen Erklärung Pharmapatente

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 funktionierender 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 Gesundheitsbedürfnisse 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 (Technologietransfer) und leistungsfähiger regionaler Verteilungssysteme
- Einrichtung eines Patentpools zur einfacheren und kostengünstigeren Handhabung von Lizenzverträgen.
- Nutzung von Zwangslizenzen und der anderen TRIPS-Flexilibitäten 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 Partner-

schaften 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 Abnahmegarantieren können zwar zur Forschung, insbesondere ihrer letzten Stufen anstoßen, sie ändern aber nichts an dem Grundproblem, dass der Zugang zu essentiellem 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 Daseinvorsorge 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 - Pharma-Kampagne, 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), Seeds Action Network (SAN)

Der nächste VDPP-Rundbrief erscheint im Oktober 2010.

Redaktionsschluss ist am 30. September 2010.

Vorstand:

Jana Böhme
rix47@gmx.de

Bernd Rehberg
bernd@bernd-rehberg.de

Dr. Thomas Schulz
TGSchulz@web.de

Florian Schulze
Florian.schulze@web.de

Geschäftsstelle:

Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V.
Neptun-Apotheke
Bramfelder Chaussee 291
22177 Hamburg

Tel.: 040 63917720
Fax: 040 63917724

geschaeftsstelle@vdpp.de
www.vdpp.de