

R

R

R

R

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**

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

Sie halten gerade eine Extraausgabe des VDPP-Rundbriefs in der Hand, die – wie schon beim letzten Apothekertag – aus einigen Artikeln der letzten regulären Ausgaben zusammengestellt worden ist. Sie sollen Ihnen einen Überblick über Aktivitäten und Diskussionen in unserem Verein geben.

Der VDPP-Rundbrief erscheint drei- bis viermal jährlich und informiert über Themen und Hintergründe im Gesundheitswesen, die zum Teil von der Fachpresse nur am Rande aufgegriffen werden.

Vielleicht finden Sie eigene Positionen in diesem Heft wieder oder wollen ganz einfach mit uns diskutieren? Wenn wir Ihr

Interesse beim Lesen geweckt haben sollten und Sie uns kennen lernen wollen, freuen wir uns über eine Kontaktaufnahme.

Wenn Sie Zeit und Lust haben, können Sie uns schon bald bei unserem Herbstseminar zum Thema „Apotheken und Public Health“ am 25. Oktober 2008 in Berlin näher kennen lernen. Im Juni 2009 wird unser Verein in Hamburg seinen 20. Geburtstag feiern, auch dazu laden wir Sie gerne ein.

Ansonsten besuchen Sie unsere Website, sprechen die regionalen Kontaktleute an (s. Rückseite) oder wenden sich an unsere Geschäftsstelle, die Ihnen gerne weitere Unterlagen zusenden wird.

Die Redaktion

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.

Kann der ökonomische Wettbewerb die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessern?

Ein Thesenpapier

von Ingeborg Simon

Anlass für diese Fragestellung ist das seit April 2007 geltende GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), das mit seiner deutlichen Orientierung auf mehr Wettbewerb innerhalb der GKV den Beginn einer neuen Ära einleiten soll (O-Ton Ulla Schmidt).

Zentrales Kriterium für die qualitative Bewertung jedes Gesundheitsreformkonzeptes muss die Qualität der Patientenversorgung sein. Dabei sind zwei Dimensionen zu beachten: die individuelle und die soziale Dimension der Versorgungsqualität.

Was erwartet der Patient von den Institutionen der Gesundheitsversorgung und deren hier Tätigen? Er hofft auf eine dem Stand der Wissenschaften entsprechende Diagnostik und Therapie. Er erwartet eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung und wünscht sich, dass alle ihn Behandelnden ausschließlich in seinem Interesse entscheiden, ihn mit Respekt behandeln und ausreichend Zeit zur Kommunikation haben.

Letzteres ist von ganz besonderer Bedeutung in Hinblick auf sozial und gesellschaftlich benachteiligte Menschen(gruppen). Hier sind besonders alte Menschen, chronisch Kranke, behinderte Menschen, psychisch Kranke und sozial ausgegrenzte „Randgruppen“ zu beachten, deren Krankheitsrisiko oft deutlich höher ist.

Wenn die GKV auch zukünftig als Solidargemeinschaft Bestand haben soll (O-Ton U. Schmidt) und das Solidaritätsprinzip insbesondere gegenüber den o. g. Gruppen Wirkung zeigen soll, dann muss sich das Solidaritätsprinzip auch konkret als soziale Qualität der Gesundheitsversorgung im GKV-WSG widerspiegeln.

Die anstehende Frage lautet also, welche möglichen Auswirkungen das GKV-WSG mit seiner vorrangigen neuen Ausprägung zugunsten von mehr Wettbewerb auf die individuelle und soziale Versorgungsqualität der Versicherten haben wird.

1. Aus dem Wettbewerb resultierende ökonomische Anreize führen bei Kosten- und Leistungsträgern unausweichlich zu einer Vielfalt von Ausweichreaktionen, die umgangssprachlich als „**Rosinenpickerei**“ beschrieben werden. Der Wettbewerb lenkt die Ressourcen vorrangig auf jene Versicherte, die über die größte Zahlungsfähigkeit verfügen. Das Werben um „gute Risiken“ wird gefördert und gleichzeitig wird alles unternommen, um die „schlechten Risiken“ aus der Kasse oder dem Krankenhaus oder der Arztpraxis herauszugrauen oder nicht zu behandeln (Risikoselektion). Das (ver)führt dazu, dass die ohnehin knappen Ressourcen nicht im notwendigen Umfang dort ankommen, wo der größte Bedarf besteht – nämlich bei den sozial und finanziell benachteiligten Gruppen, die auch das höchste Krankheitsrisiko tragen. Der bestehende Risikostrukturausgleich (RSA), der hier eine sozial gerechte Umverteilung der Beiträge bewirken soll, berücksichtigt das erhöhte Morbiditätsrisiko nicht und die neu formulierten Voraussetzungen für den novellierten RSA ab Januar 2009 schaffen diesen Ausgleich nachweislich auch nicht.

2. Wettbewerbsregeln zwingen alle Beteiligten – Kosten- sowie Leistungsträger – zu **unternehmerischem Denken und Handeln**. Damit wird marktgerechtes Agieren wichtiger als bedarfsgerechtes Handeln. Die Ziele zur Sicherung

des ökonomischen Nutzens und der qualitätsgerechten Krankenversorgung sind verschieden und folgen unterschiedlichen Handlungslogiken, die nur in Ausnahmefällen in Übereinstimmung gebracht werden können. Mit dem Zwang zum marktgerechten Handeln verbunden ist eine Entwertung und Relativierung fachlicher gesundheitsspezifischer Qualifikationen in den Bereichen der Medizin, der Pharmakologie, der Pflege. Immer häufiger ist es der Betriebswirt, der die Definitions- und Entscheidungsmacht über die Versorgungsqualität erhält.

3. Der Wettbewerb erhöht den ökonomischen Druck auf alle Angehörigen im Gesundheitswesen. Das führt zu ständigen Konflikten zwischen „**Ethik und Monetik**“, die immer häufiger zulasten der Patienten entschieden werden. Ökonomische Merkmale wie Fallpauschalen, Budgets, DRGs, Fallzahlen, Mindestmengen sind die entscheidungsrelevanten Vorgaben, die durch Strategien in den Bereichen Management, Marketing und Controlling zu handlungsbestimmenden Zielgrößen gemacht werden. Würde tatsächlich der medizinisch-therapeutisch erforderliche Bedarf gem. §§ 12 und 70 SGB V das Behandlungsprofil vorgeben und beachtet werden, dann wären vom Wettbewerb ausgehende ökonomische Anreize völlig überflüssig. Jeder Versicherte hat denselben Anspruch, auf der Basis von Behandlungsstandards/-richtlinien versorgt zu werden.

4. Die Mainstreamgesundheitsökonomien verbreiten das **Dogma, Qualität und Wettbewerb seien zwei Seiten einer Medaille** in der Gesundheitsversorgung. Die praktische Erfahrung zeigt, dass sich die wettbewerblichen Anreize sehr

schnell gegenüber ihrem angeblichen Zweck einer Qualitäts- und Effizienzsteigerung verselbständigen, um insbesondere die Zufriedenheit der zahlungskräftigen Versicherten zu erhöhen, die die höchste Rentabilität versprechen. Im Wettbewerb wird der Qualitätsbegriff reduziert auf preisspezifische Produktinhalte (DRGs, Leistungspauschalen). Gerechtfertigt werden können Wettbewerbsformen nur als Suchprozesse für bessere Versorgungsstrukturen und -inhalte wie es ja im Rahmen von Einzelverträgen und Modellversuchen auch praktiziert wird. Stellt sich bei der Evaluation dann heraus, dass Qualitätsverbesserungen in der Versorgung erreichbar sind, dann müssen diese Fortschritte jedem Versicherten der GKV als Anspruchsberechtigten gleichermaßen zur Verfügung gestellt werden. Das gilt z. B. für erfolgreiche DMP-Programme, die es ja bei der Behandlung von Diabetikern inzwischen geben soll.

5. Wettbewerb entsolidarisiert die GKV-Versichertengemeinschaft. Der von der herrschenden Politik erfundene Begriff von einer solidarischen Wettbewerbsordnung nährt eine Illusion und suggeriert Vereinbarkeit von Wettbewerb und Solidarität. Der EU-Gerichtshof beobachtet aufmerksam die neue Gesetzgebung, nachdem auch hier die Vermutung aufgekommen ist,

dass die Verwettbewerblichung der noch solidarisch verfassten GKV – Besserverdienende für Arme, Gesunde für Kranke, Junge für Alte – dazu führen kann, dass die Umverteilung der Beiträge zugunsten derer, die sie am dringendsten brauchen, aufgegeben werden könnte. Damit droht der GKV auf EU-Ebene eine Aberkennung ihrer jetzigen Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts und die damit verbundene Unterwerfung der gesetzlichen Krankenkassen unter das normale Wettbewerbsrecht. Das hat eine Studie der Hans-Böckler-Stiftung im Auftrag des DGB bestätigt. Die mögliche Privatisierung der GKV würde aber bedeuten, dass die finanziell schwachen Kassenmitglieder, die den größten Anteil des Beitragsaufkommens benötigen, keine ausreichende Gesundheitsversorgung mehr hätten und sich auch keine zusätzlichen Vergünstigungen i. R. von Wettbewerbsangeboten „einkaufen“ könnten. Das wäre das Ende der GKV als wesentlicher Bestandteil des bundesdeutschen Sozialstaates, dessen Existenz damit auch in Frage gestellt würde.

Fazit: Eine marktwirtschaftlich ausgerichtete Gesundheitsversorgung kann betriebswirtschaftlich effizient sein und volkswirtschaftlich sehr ineffizient. Ganz sicher ist sie sozial ineffektiv und das sollte für den VDPP ausschlaggebend sein.

Die wirtschaftliche und qualitative Sanierung der GKV ist kein neues Thema. Die von gesellschaftlichen Mehrheiten und einer Parteienmehrheit der im Bundestag vertretenen Parteien geforderte Einführung einer Bürgerversicherung und die Realisierung der seit Jahren auf dem Tisch liegenden Forderungen nach Struktur- und Qualitätsverbesserungen von Seiten der Parteien, der Gewerkschaften, der Kirchen und Wohlfahrtsverbände sowie der sozialen Bewegungen könnten eine nachhaltige Verbesserung und Stärkung der solidarischen GKV in finanzieller und struktureller Hinsicht bewirken – gäbe es eine Regierungsmehrheit, die diese Forderungen im Interesse des Erhalts und Ausbaus des Sozialstaates als Garanten und Gewährsträger der Daseinsvorsorge ernsthaft wollte.



Wettbewerb im Gesundheitswesen aus Sicht eines Offizin-Apothekers

von Florian Schulze

Nachdem ich schnell und gerne die Aufgabe übernommen hatte, diesen Diskussionsbeitrag zu schreiben, habe ich doch sehr lange darüber nachgedacht, wie ich die Sache angehe. Zu viele Fürs und Widers sind bekannt und jede Seite, wenn man von einer Frontenbildung überhaupt sprechen kann, kann gute Argumente anbringen. Ich möchte diesen Diskussionsbeitrag auch deshalb

schreiben, um mir selbst einen Überblick zu verschaffen und möchte ihn ausdrücklich als Teil eines – auch eigenen – Meinungsbildungsprozesses verstanden wissen.

Eine gute Herangehensweise erscheint mir der Blick in die Vergangenheit. Haben die vielen Regelungen, die die Apotheken vor dem freien Markt schützen sollten

(Mehr- und Fremdbesitzverbot, Preisbindung aller apothekenpflichtigen Arzneimittel inkl. lukrativer gesetzlich festgeschriebener Aufschläge, restriktives Heilmittelwerbe-gesetz etc.), ihren offiziellen Zweck, den Apotheker dank finanzieller Unabhängigkeit zum Wohle des Patienten beraten zu lassen, erfüllt? Ich denke, man muss diese Frage realistisch mit „Nein“ beantworten.

Auch wenn natürlich viele Apotheker ihre Verpflichtungen dem Patienten gegenüber sehr ernst genommen haben und nehmen (nicht umsonst gibt es Vereinigungen wie den VDPP), kann man doch nicht davon sprechen, dass die Privilegien der Apotheker zu einer durchgehend fachlich kompetenten Beratung geführt hätten. Im Gegenteil – die fachliche Qualität vieler Apotheken ist lausig.

Evidenz ist in der Selbstmedikationsberatung vielfach ein Fremdwort (es ist sicher spaßig, einmal in zehn Apotheken nach dem Evidenzgrad von Ambroxol zu fragen), Ringversuche offenbaren bei der Rezeptur-/Defekturenherstellung eine Fehlerquote von 80 %, bei 19 % waren die Fehler so schwerwiegend, dass das angestrebte Qualitätszertifikat nicht ausgestellt werden konnte. Nach meiner Erfahrung findet eine galenische und pharmakologische Plausibilitätskontrolle der ärztlichen Verordnung selten statt bzw. eine Intervention beim Arzt erfolgt nicht (die Gründe dafür sind bekannt, aus Patientensicht allerdings nicht entscheidend). Bei Kontrollen der Berliner Apothekerkammer wurde in über 20 % der Apotheken nicht-pharmazeutisches Personal im HV angetroffen. Aufschlussreich sind auch die gut besuchten „Fortbildungen“ unserer „Apothekenpartner“ (sprich Pharmakonzerne), deren bereicherndster Teil meistens die Verköstigung ist. Und nicht zuletzt zeugt die fehlende Sensibilität für Fragen der Diskretion im HV davon, dass das vielfach von uns eingeforderte Bewusstsein für das Arzneimittel als „Ware besonderer Art“ auch unter Apothekern nicht durchgängig ausgeprägt ist.

Viele Apotheker haben sich auf ihren Privilegien ausgeruht und – ich überspitze bewusst – fanden es vollkommen normal, mehr als gut vom Solidarsystem zu leben, ohne eine wirklich adäquate Leistung dafür eingebracht zu haben. Die Verkaufszahlen waren für einige Standesgenossen doch wichtiger und die Privilegien der Apo-

theker haben eben nicht durchweg zu der gewünschten Unabhängigkeit geführt. In den Apotheken, in denen ich bis jetzt gearbeitet habe, durfte ich schon die ganze Bandbreite an Inhabern kennen lernen – von echten Heilberuflern bis zu reinen Kaufleuten, denen wirklich jedes Argument recht war, wenn es nur Umsatz brachte.

Die Frage nach der Legitimität und Effizienz des gegenwärtigen Systems muss erlaubt sein und auch von Apothekern ohne Präjudizierung beantwortet werden.

Die Liste der Kritikpunkte ist lang, aber: Sie wird kürzer. Allerorten hört man von Qualitätsoffensiven, von obligatorischen Fortbildungspunkten, von standesrechtlichen Konsequenzen nach entlarvenden Testkäufen der Kammern, von dem Ausbau der Beratung als Kernkompetenz der Vor-Ort-Apotheke und und und ... Immerhin wird die Qualität von Rezepturen seit 2004 überhaupt untersucht, wenn auch nicht obligatorisch. Tatsächlich bescheinigen Testkäufe eine steigende Tendenz bei der Beratungsqualität. Das letzte Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen dazu: *„Apotheken haben in der Zwischenzeit eine Reihe von internen Strategien entwickelt, um die Qualität ihrer unterschiedlichen Tätigkeiten im Rahmen der Distribution, Herstellung, Prüfung und Abgabe von Arzneimitteln zu überprüfen. Dies ist sicherlich eine richtige Entscheidung der Apotheker, um die Qualitätsanforderungen im Rahmen der Arzneimittelversorgung zu definieren und alle Beteiligten zu motivieren, den Wettbewerb um Qualität und Effizienz zur Darstellung ihrer Rolle in der arbeitsteiligen Medizin zu nutzen.“* Natürlich bleiben die Probleme auch hier nicht ungenannt, aber immerhin – als Apotheker hört man so etwas ja nicht so häufig.

Hat also der Wettbewerb mit der drohenden/realen Konkurrenz zu Versandhandel und Arzneimittelab-

gabestellen aus Drogerien oder Kiosken wirklich die Qualität in den Apotheken verbessert?

Ich habe mich dazu durchgerungen, das mit „Ja“ zu beantworten. Der Druck hat die Apothekerschaft in Bewegung versetzt, und das ist gut so.

Der Freibrief für die Liberalisierung des Apothekenwesens lässt sich daraus allerdings nicht ableiten. Der Versandhandel, die Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes, die Aufhebung von fixen Arzneimittelpreisen und die Lockerung der Werbebeschränkungen für Arzneimittel sind bestehende oder bevorstehende Veränderungen, zu denen wir Stellung beziehen müssen.

Zuerst zum Versandhandel: Bekanntlich leben Apotheken mit einer Mischkalkulation: Der langjährige Diabetiker mit Insulinrezept ohne Beratungsbedarf finanziert den Kopfschmerzkunden, dem nach ausgiebiger Beratung Paracetamol für 2 Euro verkauft wird; ganz zu schweigen von den Kunden, denen man nach bestem Wissen und Gewissen den jeweils aktuellen Abnehmipillen-Blödsinn ausredet. Eine Aufteilung der Kunden wie in anderen Segmenten – „Großmarkt gleich billig, wenig Beratung“ versus „Fachgeschäft gleich teuer, viel Beratung“ – funktioniert im Arzneimittelmarkt nicht. Ein Fachgeschäft kann den Beratungsaufwand direkt auf die Preise umlegen, was bei der Paracetamol-Packung unmöglich ist. Dazu kommen Rezepturerstellung, Stoffprüfung, Bereitschaftsdienste, Notfalldepot, die ebenso notwendig wie unrentabel sind. Nicht zuletzt spielen Apotheken im Katastrophenfall (siehe Vogelgrippe-Pandemie-Plan) eine wichtige Rolle.

Die wiederholte Aufforderung von Seiten der Politik und der Krankenkassen, gerade Arzneimittel ohne Beratungsbedarf im Internet zu beziehen, während man mit akuten Kopfschmerzen oder dem schnell notwendigen Antibiotikum

bzw. der Rezeptur weiter in die Vor-Ort-Apotheke gehen könne, trifft die Apotheken ins Mark und zeugt von der Kurzsichtigkeit der politisch Agierenden.

Ausländische Versandapotheken lehnen die Einlösung von BtM-Rezepten ebenso ab wie die Herstellung von Individualrezepturen, während deutsche Apotheken dem Kontrahierungszwang für ärztliche Verordnungen unterliegen sowie strenge Auflagen für Labor und Rezeptur erfüllen müssen, die außerordentlich kostenintensiv sind. Ein fairer Wettbewerb ist ebenfalls unmöglich, wenn das Herkunftslandprinzip der Bolkestein-Richtlinie auf das Gesundheitswesen übertragen werden sollte. Falls ausländische Unternehmen in Deutschland nach ausländischem Recht Gesundheitsdienstleistungen anbieten, ist eine Vergleichbarkeit im Sinne des Wettbewerbs unmöglich. Einen Vorgeschmack liefert der legale Versandhandel u. a. aus den Niederlanden, der Rabatte gewährt, die deutschen Apotheken verboten sind.

Ein weiteres Argument gegen den Versandhandel ist die Arzneimittelsicherheit. Großbritannien, wo der Versandhandel europaweit am längsten praktiziert wird, hat sich zum europäischen Fälschungsmeister aufgeschwungen. Ende August hatte der Internetdienstleister „MarkMonitor“ eine aktuelle Untersuchung zum Thema Online-Arzneimittel vorgelegt. Es wurden weltweit 3160 Online-Apotheken untersucht. 506 dieser Apotheken operierten laut „MarkMonitor“ über britische Server. Damit sei nahezu jede fünfte Online-Apotheke britisch oder habe zumindest „eine starke britische Komponente“. Von den untersuchten britischen Versendern legt jeder zehnte auch bei rezeptpflichtigen Medikamenten keinen gesteigerten Wert auf eine ärztliche Verordnung. Mehr als die Hälfte schützen nicht einmal die Kundendaten. Sie werden unverschlüsselt über das Netz versendet. Der überwiegende Teil der Internetapotheken werde von Kriminellen betrieben, so das Fazit

der Studienautoren. Die deutschen Versandhändler stehen momentan noch so stark unter Beobachtung, dass solche „Nachlässigkeiten“ noch Ausnahmen bilden dürften. Sollte die öffentliche Aufmerksamkeit aber nachlassen, besteht wohl kein Grund zu hoffen, dass sich deutsche Versender anders verhielten als britische.

Um das Problembewusstsein der deutschen Verbraucher zu testen, hat Prof. Schweim, Lehrstuhl „Drug Regulatory Affairs“ der RFW-Universität Bonn, eine angebliche Versandapotheke kreiert. Das deutsche Versandhandelszertifikat wurde gefälscht und sicherheitshalber noch ein weiteres erfunden, das Ganze ansprechend gestaltet und durch Testpersonen begutachtet. Alle (!) Tester hielten die Seite für seriös und konnten sich vorstellen, dort einzukaufen. Internet-Adresseingaben und Telefonnummern wurden umgeleitet, auch eine Umleitung ins Ausland ist kein Problem. Fazit: Ohne umfangreiche Nachforschungen hat ein Laie kaum Möglichkeiten, die Seriosität eines Internetanbieters zu überprüfen.

Ein dritter Kritikpunkt ist die fehlende persönliche Beratung. Die bloße Richtigkeit der Information, die in Testkäufen untersucht wird, ist kein ausreichendes Kriterium für die Beratungsqualität. Wie soll am Telefon beurteilt werden, ob der Ratsuchende einen Sachverhalt verstanden hat? Das schlichte Erklären der mechanischen Handhabung von Arzneimitteln (Beispiel Insuline, Inhalatoren, Trockensäfte, Heparinoide u. v. a.) und Medizinprodukten/Hilfsmitteln stellt den Telefon-Berater vor ernste Schwierigkeiten und birgt zwangsläufig die Gefahr von Fehlanwendungen. Auch dass der Apotheker die Konsequenzen seines Tuns nur selten mit eigenen Augen sieht, reduziert Verantwortungsbewusstsein auf die Ebene der Justiziabilität, nach der richtig berät, wer den Beipackzettel vorliest. Eine effiziente Beratung ist diejenige, die verstanden wird – für mich ein K.-o.-Kriterium für telefonische, ganz zu schweigen von schriftlicher Beratung.

Diese drei Punkte und nicht zuletzt das unvermeidlich fehlende Problembewusstsein des abgebenden Postboten (z. B. im Testkauf Codein auf der Türschwelle abgelegt) sind für mich die entscheidenden Argumente, den Versandhandel mit Medikamenten und Medizinprodukten abzulehnen.

Schwieriger zu beantworten ist für mich die Frage des Mehr- und Fremdbesitzes. Das Bild der ausschließlich renditefixierten Kapitalgesellschaft ist ebenso wahr und unwahr wie das des vor Berufsethos strotzenden Kleinunternehmers. Das Argument der Liberalisierer, dass die Beratungsqualität in einer Kettenapotheke nicht zwangsläufig schlechter sein muss als in einer inhabergeführten Apotheke, muss ich mir auch im Hinblick auf die oben aufgeführten bestehenden Defizite gefallen lassen. Trotzdem bin ich davon überzeugt, dass die inhabergeführte Apotheke den qualitätsorientierten Wettbewerb mit Ketten und Versandhandel gewinnen wird, wenn sie weiter an ihrer Qualität arbeitet und sich den enormen Vertrauensvorschuss verdient, der ihr von der Bevölkerung gegeben wird. Davon unberührt bleibt natürlich die Möglichkeit, dass es auch Versorgungskonzepte geben kann, deren Qualität wieder der der inhabergeführten Apotheke überlegen ist.

Ich denke, die eigentliche Gefahr für die Apotheken *und* für die Qualität der Arzneimittelversorgung besteht in der Liberalisierung der Abgabepreise. Einem Preiswettbewerb muss der Qualitätswettbewerb zwangsläufig zum Opfer fallen. Wenn, wie beinahe beim GKV-WSG geschehen, Höchstpreise für verschreibungspflichtige Arzneimittel eingeführt werden und die Krankenkassen Rabattverträge mit Apotheken- oder Drogerieketten schließen können, hat die inhabergeführte Apotheke ein praktisch nicht lösbares Problem. Der Preiswettbewerb bei nichtrezeptpflichtigen Arzneimitteln gestaltet sich bis jetzt noch moderat. Sollten aber

Ketten die Möglichkeit haben, ihre Einkaufsmacht gegenüber den Herstellern auszuspielen, profitiert der Verbraucher natürlich von niedrigeren Preisen, aber die Abwärtsspirale in der Beratungsqualität ist dann endgültig in Gang gesetzt. Den Kampf um den niedrigsten Abgabepreis gewinnt nur, wer die niedrigsten Personalkosten hat, und das bedeutet: niedrigere Qualifikation der Angestellten und weniger Zeit für den einzelnen Patienten.

In US-amerikanischen Apothekenketten ist bereits von der Unternehmensleitung eine durchschnittliche Höchstberatungsdauer für den Apotheker vorgeschrieben. Wer zu viel berät, gefährdet seinen Arbeitsplatz. Dass der größte US-amerikanische Arzneimittelversender Medco am 8. April 2008 mehrheitlich die Europa Apotheek in Venlo, den bisherigen Arzneimittel-Vertriebspartner der dm-Märkte, übernommen hat, ausdrücklich um mittelfristig in Deutschland eine Apothekenkette aufzubauen zu können, finde ich vor diesem Hintergrund

bedenklich, und es zeigt klar auf, wohin die momentane Entwicklung führt.

Aus meiner Sicht wäre der entgegengesetzte Weg richtig: Wiedereinführung der Preisbindung bei allen apothekenpflichtigen Arzneimitteln, unabhängige Überprüfung der Qualität von Beratung und Herstellung durch Experten (die Zufriedenheit der Patienten ist zwar ein wichtiges, aber kein ausreichendes Kriterium), obligatorisches QMS inkl. Offenlegung der Ergebnisse, Verbot des Versandhandels und alternativer Abgabestellen und Wahrung der freien Apothekenwahl für Patienten. Wenn sich Apothekenketten, ob unter Fremdbesitz oder nicht, unter *diesen* Bedingungen durchsetzen, sind sie einfach besser und haben ihre Berechtigung. Solange der Wettbewerb aber vor allem preisorientiert stattfindet, muss die Beratungsqualität, die 1. entsprechend ausgebildetes Personal, 2. eine ausreichende personelle Besetzung und 3. den Willen zur Beratung im Sinne des Patienten

voraussetzt, den Kürzeren ziehen. Solange Gesundheitsreformen vor allem dazu gedacht sind, Einfluss auf die Lohnnebenkosten zu nehmen, besteht der Verdacht, dass auch Liberalisierungsvorhaben im Arzneimittelmarkt vor allem den GKVn weitere Rabattmöglichkeiten bei Arzneimitteln verschaffen sollen. So legitim dieses Anliegen an sich ist, so entschieden sollte sich der VDPP dagegen aussprechen, falls es auf Kosten der Arzneimittelsicherheit und der Arzneimittelversorgungsqualität allgemein erreicht werden soll.



Thesen: Wettbewerb aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung

von Ulrike Faber

Grundvoraussetzungen:

- **Stärkung des Solidarprinzips:** reich für arm; gesund für krank; jung für alt. (20 % der Versicherten brauchen 80 % der Ausgaben, d. h. 80 % der Versichertengelder)
- **Wirtschaftlicher Umgang mit Versichertengeldern und humane Versorgung** (§ 12 SGB V: *Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht*

überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. SGB V § 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit).

1. Durch die negative Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt (sinkende Lohnquote, Arbeitslosigkeit, Frühverrentung, „Verschiebebahnhöfe“ im Sozialsystem ...) haben die Kassen vor allem ein Einnahmeproblem.

2. Ein Ausgleich der sinkenden Einnahmen durch Beitragserhöhungen ist eine Gratwanderung, weil damit Sonderkündigungsrechte verbunden sind, welche einen zusätzlichen Mitgliederverlust zur Folge haben.

3. Zum Wechsel hin zu Kassen mit niedrigeren Beiträgen oder zu Privatversicherungen entschließen sich vor allem besser Verdienende und Gesunde („gute Risiken“); die Kranken und Alten („schlechte Risiken“) aber verbleiben in ihrer Kasse.

4. Durch die Wechsler gehen noch mehr gute Einnahmen verloren, während die Arbeit und die Ausgaben für die verbliebenen Mitglieder nicht sinken. Die Folge sind Verschlechterung der Morbiditätsstruktur und relativer Anstieg der Verwaltungskosten (Ausgaben pro Versicherten).

5. Seit Einführung der freien Kassenwahl (ab 1996 nach GSG 1992, Lahnstein) beschreibt der Begriff „Große Versorgerkassen“ (z. B. AOK, DAK, BARMER) diese Entwicklung der Risikoentmischung.

6. Die morbiditätsgebundenen Ausgaben werden durch den Risikostrukturausgleich (Alter, Geschlecht, Einkommen, Disease Management, Risikopool) nicht ausreichend gedeckt, weil z. B. die soziale Lage der Versicherten und die damit verbundene Morbidität nicht berücksichtigt wird.

7. Der für 2009 geplante Gesundheitsfonds mit einheitlichen Beitragsätzen und der Möglichkeit/Notwendigkeit von kassenindividuellen Zusatzprämien verschärft die beschriebenen Probleme.

8. Ökonomisch erzwungene Reaktionen der Kassen sind:

- Beim Personal: Einstellungsstopp, Arbeitszeiterhöhung, Druck auf Einkommensentwicklung, Arbeitsverdichtung.
- Beim Angebot: Schließung von Geschäftsstellen, Abbau von Service
- Bei den Leistungsausgaben: straffes Kostenmanagement, hoher Kostendruck, verminderte Leistungsgewährung (häusliche Krankenpflege, Kuren, Fahrtkosten, Liegezeiten in Krankenhäusern ...).
- In der Politik: Akzeptanz von mehr Wettbewerbselementen
- Bei den Versicherten: Kampf um „gute Risiken“.

Kampf um gute Risiken heißt: Welche Leistung zieht gute Risiken an und sollte daher ange-

boten werden? (z. B. Beitragsrückgewähr, PKV-Elemente, Prämienmodelle, Präventionsprogramme, großzügige Kostenerstattung).

Welche Leistung könnte schlechte Risiken anziehen und sollte daher besser nicht angeboten werden? (z. B. Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker außerhalb DMP, etwa Rheuma, Schmerz, MS; Teilnahme an Behindertenveranstaltungen, Angebote in sozial benachteiligten Bezirken, d. h. Gesundheitsförderung am Ort des größten Bedarfs)

- Bei den Entscheidungsfindungen: Druck aus Marketing-Abteilungen ersetzt fachlich qualifizierte gesundheitspolitische Bewertungen – also ganz anders, als Befürworter des Wettbewerbs reklamieren!

9. Kassenindividuelle Verträge in den verschiedenen Leistungsbereichen schaffen eine dramatische Intransparenz und machen die Kassen für Marktmacht im Gesundheitswesen erpressbar.

Beispiele aus dem Arzneimittelbereich:

- voreilige Übernahme der HPV-Impfung ohne Forderungen an die Hersteller (Druck auf die Preise, Sicherstellung nachfolgender Evaluation). Impfungen außerhalb der Stiko-Empfehlungen werden propagiert und Kostenerstattungen von Versicherten auch gefordert; sie führen zu Ausgabenverschwendung mit fragwürdigem medizinischen Nutzen.
- Sortis: Verträge einzelner Kassen mit Pfizer erhöhen Anspruchsdruck der Versicherten auf andere Kassen; Bewertungen des IQWiG werden relativiert.
- Über den Hebel der direkten Patientenbeeinflussung werden Kassenleistungen gefordert (z. B. Herceptin adjuvant, off-label-Therapien)
- Rabattverträge für Originalpräparate unterstützen Hochpreis-

politik der Hersteller und untergraben das Festbetragssystem.

- Verträge mit Herstellern werden unter dem Gesichtspunkt geprüft, welche Versichertenklientel dadurch angesprochen werden kann (s. o.).

Fazit:

- Viele Kassen halten am Solidarsystem fest und sind bemüht, ihren Versicherten eine hohe Versorgungsqualität anzubieten. Im Kassenwettbewerb jedoch werden Sachzwänge geschaffen, denen sich die Kassen nicht entziehen können. So erleben wir die Ergebnisse von neoliberaler Politik, die die sozialen Systeme zunehmend den Mechanismen der kapitalistischen Marktkonkurrenz unterwirft. Unter den gegebenen sozialpolitischen Bedingungen bedeutet Kassenwettbewerb den Kampf um Marktanteile. Mit einer denkbaren produktiven Form von Wettbewerb hat dies nichts zu tun.

- Gemessen an den eingangs formulierten Grundvoraussetzungen fördert der Wettbewerb weder das Solidarprinzip noch die Wirtschaftlichkeit und auch nicht die Qualität der Versorgung.

- Die zunehmende Intransparenz des Leistungsangebots erschwert die gleichberechtigte Teilhabe an Leistungen und ist daher zusätzlich undemokratisch.



Contergan – Wahrheit versus Fiktion?

Eine Nachbetrachtung zum Contergan-Film der ARD

von Ingeborg Simon

Grünenthal und der Contergan-Film

Nachdem der Pharmakonzern Grünenthal auch durch das Einschalten von Gerichten die Ausstrahlung des Contergan-Films nicht mehr verhindern konnte, verschickte er kurz vor dem geplanten Sendetermin eine Broschüre an die wichtigsten Medien der BRD mit dem Titel „Contergan: Wahrheit versus Fiktion.“ Grünenthal wollte damit – so eine Firmensprecherin – „eine historisch korrekte Darstellung der Ereignisse rund um die Contergan-Tragödie“ geben. Wieso spricht Grünenthal von einer Tragödie? Für die Tausende von Contergan-Geschädigten und ihre Angehörigen wurde das Arzneimittel in der Tat zu einem tragischen Ereignis und ist es für die Überlebenden bis heute geblieben. Eine Tragödie aber auch für den Contergan-Hersteller? D. h. eine unausweichliche Verstrickung in kaum beeinflussbare Umstände? Nein! Der Pharmakonzern Grünenthal wurde nicht Opfer einer Katastrophe, sondern war ihr alleiniger Verursacher. So verantwortungslos und rücksichtslos, wie der Konzern bei der Entwicklung und Vermarktung des neuen Wirkstoffs Thalidomid als Contergan verfuhr, das im Oktober 1957 rezeptfrei auf den bundesdeutschen Markt kam, so menschenverachtend agierte er auch in allen Abwehrkämpfen gegen eine mögliche Rezeptpflicht oder gar ein Verbot und riskierte damit täglich neue Opfer. Contergan erreichte im Mai 1960 bereits 46 % des Gesamtumsatzes, wurde weltweit in alle Erdteile exportiert und erschien in unzähligen z. T. abenteuerlich anmutenden Kombinationen mit Wirkstoffen wie Aspirin, Chinin, Phenacetin, Barbituraten, Cortisonen und Antibiotika für so ziemlich alle verbreiteten Krankheitsbilder.

Das damalige Verhalten der Pharmafirma, die sich auch noch heute im Besitz der Gründerfamilie Wirtz befindet (Jahresumsatz des Gesamtunternehmens über 1 Mrd. Euro), ist dank einer 1972 in englischer Sprache erschienenen Buchveröffentlichung mit dem Titel „Contergan – oder die Macht der Pharmakonzerne“ dokumentiert worden¹ und erschien 1975 in der DDR als deutsche Übersetzung². Sie ist für alle, die an dem wahren Hergang der Contergan-Geschichte Interesse haben, von unschätzbarem Wert. Sie beruht fast ausschließlich auf firmeneigenem internen Material, das der Staatsanwaltschaft bei Durchsuchungen des Firmengeländes in z. T. abenteuerlichen Verstecken in die Hände fiel und ihr zur Erstellung einer 972 Seiten umfassenden Anklageschrift diente. Obgleich sich trotzdem nicht mehr lückenlos alle Geschehnisse darstellen lassen, besitzt das gefundene Material aufgrund seiner Herkunft und seines Umfangs eine enorme Authentizität. Kein anderes Dokument wird dem von Grünenthal selbst erhobenen Anspruch nach einer „historisch korrekten Darstellung“ der damaligen Ereignisse so gerecht. Wäre es Grünenthal damit wirklich ernst gewesen, hätte der Konzern statt einer 20-seitigen Werbebroschüre eine zu der englischen Buchausgabe vorliegende knapp 3 Seiten umfassende Inhaltswiedergabe, die im Juli 1973 im Arzneimittelbrief erschien, kopieren und verteilen können (s. *VDPP-Rundbrief Nr. 69, S. 26ff*).

Weil das natürlich, wie zu erwarten war, nicht geschah, bedarf es einer Reaktion auf die Grünenthal-Selbstdarstellung. Schon der Filmregisseur des Contergan-Films, Adolf Winkelmann, hat das aggressive Vorgehen der Firma gegen sein Werk mit der Einschät-

zung kommentiert, Grünenthal möchte die Deutungshoheit über die Geschichte behalten. Diese Einschätzung teile ich. Hier liegt genau die Erklärung für das heutige Auftreten Grünenthals im „Fall Contergan“. Um Imageeinbußen und womöglich berechnete Forderungen der Contergan-Geschädigten abzuwehren, wird auch aktuell noch von Grünenthal das Märchen von der Unabwendbarkeit des Geschehenen verbreitet, in der die Firma und die Geschädigten gleichermaßen Opfer einer Tragödie wurden.

Um diese Selbstdarstellung nicht von unserer Seite unkommentiert und unwidersprochen stehen zu lassen, will ich im Folgenden einige Fakten und Geschehnisse in Erinnerung rufen. Ich halte das auch deswegen für dringend geboten, weil der Wirkstoff Thalidomid, wenn auch unter anderen Namen und mit anderen Herstellern, heute als Lepra- und Krebsmittel wieder vermarktet wird und damit die dramatische Vergangenheit des Wirkstoffs zu relativieren droht.

1. Beispiel: Contergan und Schwangerschaft

In seinen Selbstdarstellungen entlastet sich Grünenthal hinsichtlich des Vorwurfs mangelnder Sorgfaltspflicht bei der Testung des neuen Wirkstoffs Thalidomid mit dem Verweis auf fehlende arzneimittelrechtliche Vorgaben und versichert gleichzeitig, die damals üblichen Standards nach dem allgemeinen „Prinzip der Selbstüberwachung“ eingehalten zu haben. Eine Prüfung auf Teratogenität war damals nicht „üblich“.

Was an dieser Argumentation stimmt: Bis 1961 gab es in der Bundesrepublik kein Arzneimittelgesetz, das hier klare Zulassungs-

bedingungen hätte vorgeben können. Das war in der Tat ein schweres Versäumnis wie gerade der Fall Contergan belegt. Die in den USA und der DDR damals geltenden arzneimittelgesetzlichen Regelungen ließen die Zulassung von Thalidomid nicht zu, da die eingereichten Unterlagen die gesetzlichen Anforderungen dieser Länder nicht erfüllten.

Obwohl Grüenthal also nachweislich keinerlei Informationen über die möglichen Auswirkungen von Contergan auf den Fetus hatte, wurde die Anwendung während der Schwangerschaft als völlig problemlos ausdrücklich empfohlen und massiv propagiert. So hieß es in einem Werbeprospekt für Frauenärzte von 1958: „In der Schwangerschaft und Stillzeit ist der weibliche Organismus besonderen Belastungen ausgesetzt ... Die Verordnung eines Sedativums und Hypnoticums, das weder Mutter noch Kind schädigt, ist daher erforderlich“. Dazu stellte das Aachener Landgericht in seinem Schlussbericht fest, ein „ordentlicher und gewissenhafter Arzneimittelhersteller“ müsse bei Arzneimitteln, wo Erfahrungen im Bereich der Schwangerschaft fehlen, ausdrücklich darauf hinweisen. So etwas hatte Grüenthal nie erwo-gen!

2. Beispiel: O-Ton Grüenthal: „Mord an einem Medikament!“

Grüenthal behauptet auch heute noch, man habe nach dem Bekanntwerden eines möglichen Zusammenhangs zwischen Contergan und Missbildungen schnell gehandelt und das Präparat vom Markt genommen. Auch da ist genaueres Hinschauen über den tatsächlichen Ablauf notwendig.

Längst bevor von möglichen teratogenen Wirkungen von Contergan die Rede war, erreichten Grüenthal Tausende von Fallmeldungen über eine beobachtete Neurotoxizität von Contergan vor allem bei älteren Menschen, die irreversibel war. Der Anstieg der Grüenthal erreichenden Meldungen über

Nervenschädigungen korrelierte mit den wachsenden Umsatzzahlen. Grüenthal war auch am besten über den Stand des Umfangs an beobachteten Nebenwirkungen informiert, weil in Ermangelung irgendwelcher arzneimittelrechtlicher Vorschriften zur Marktüberwachung Grüenthal für die Ärzte der einzige Ansprechpartner war. Als im Mai 1961 mehrere wissenschaftliche Publikationen zur Neurotoxizität die immer noch behauptete „Ungiftigkeit“ von Thalidomid widerlegten, reagierte die Firma nicht mit der von vielen Klinikern seit längerem geforderten Beantragung der Rezeptpflicht für Contergan, sondern gab firmenintern die Devise aus, alles dafür zu tun, „um den Rezeptzwang zu vermeiden, zumal bereits ein wesentlicher Anteil unseres Umsatzes aus Freihandverkäufen stammt.“ Erst im August 1961 gelang es auf ärztlichen Druck auf das für Grüenthal zuständige Innenministerium von Nordrhein-Westfalen, Contergan für NRW rezeptpflichtig zu machen, dem sich Hessen und Baden-Württemberg anschlossen.

Noch skandalöser verhielt sich Grüenthal gegenüber den vom Kinderarzt und Humangenetiker Dr. Lenz unternommenen Bemühungen, Contergan zu verbieten, nachdem für ihn nach monatelanger Recherche zu den Ursachen der dramatisch ansteigenden Fälle von Phokomelie (vor Contergan beobachtete Häufigkeit 1 : 4 Mio.) im November 1961 der Verdacht auf Contergan als Auslöser von Missbildungen zur Gewissheit geworden war. Lenz informierte den Hersteller von seiner Absicht, seine Erkenntnisse am 19. November 1961 auf dem Kinderärztekongress vorzustellen und bot vorher Grüenthal ein Gespräch zu seinen Ergebnissen an. Die Firmenleitung reagierte mit dem Androhen rechtlicher Schritte und verschickte noch am 20. November 1961 (!) 67.000 Werbeexemplare über Contergan mit dem Slogan: „Contergan ist ein sicheres Mittel“. Bei einer Zusammenkunft im Innenministerium von NRW war Grüenthal lediglich zu einem Warnhin-

weis für Schwangere zu bewegen. Als dann die „Welt am Sonntag“ über Contergan am 27. November 1961 berichtete, nahm Grüenthal noch am selben Tag Contergan vom Markt, nicht aus Einsicht, sondern wegen einer gegen Grüenthal „inszenierten Rufmordkampagne“, die eine wissenschaftliche Diskussion nicht mehr möglich mache. Wie wenig der Pharmakonzern die Rücknahme inhaltlich akzeptierte, wird an seiner Äußerung einen Monat später gegenüber dem englischen Lizenznehmer deutlich in seiner Erklärung, er werde die Produktion von Contergan wieder aufnehmen.

Alle hier zitierten Fakten sind dokumentiert und nachlesbar auch für Grüenthal. Es ist schwer nachvollziehbar, dass der Konzern alle seit der Marktrücknahme bekannt gewordenen Erkenntnisse und Fakten bis heute ignoriert und ohne jeden selbstkritischen Ansatz die Platte von der unabwendbaren Tragödie immer noch auflegt. Hätte Grüenthal damals auf die früh erkannten schwerwiegenden Nebenwirkungen der Neurotoxizität mit einem Contergan-Verbot reagiert, wäre mindestens vielen Hunderten von Kindern ihr schweres Schicksal erspart geblieben. Dr. Lenz rechnete mit einem monatlichen Zuwachs bei Nichthandeln von 50 bis 100 Fällen. In Kenntnis des konkreten Geschehens entlarvt sich das von Grüenthal behauptete schnelle Handeln als nachträgliche Verhöhnung der Opfer.

Die bundesdeutsche Arzneimittelgesetzgebung

Der VDPP hat in seiner Stellungnahme „50 Jahre nach Contergan“ den Zusammenhang zwischen der Contergangeschichte und der Qualität der bundesdeutschen Arzneimittelgesetzgebung hergestellt. Das Aachener Landgericht hat in seinem Schlussbericht vom Dezember 1970 die Bundesregierung kritisiert. Sie habe die letzte Verantwortung dafür, dass die schwerwiegenden Probleme der Arzneimittelkontrolle nicht in Angriff genommen wurden. Das 1.

AMG in der Bundesrepublik von 1961 war eine Farce ebenso die auf die Contergan-Ereignisse Bezug nehmende erste Novellierung von 1964. Erst 1978 (!) trat in der BRD, Pharmaexportland Nr. 1, das 2. AMG in Kraft, das erstmalig in der bundesdeutschen Gesundheitsgeschichte den Nachweis auf Wirksamkeit und Unbedenklichkeit eines Medikamentes forderte und Regeln für eine Risikoüberwachung des Arzneimittelmarktes einführte. Es wurde damals begrüßt als Beweis einer „herausra-

genden gesellschaftlichen Konsequenz der Contergan-Katastrophe“. Auch dieses Gesetz hatte viele Defizite, auch weil es allzu deutlich die Handschrift der auf die Politik nachweislich einwirkenden Pharmazeutischen Industrie trug.

Der VDPP hat in seiner Presseerklärung (s. VDPP-Rundbrief Nr. 69, S. 8) auch einen Forderungskatalog für mehr Arzneimittelsicherheit formuliert. Diesen umsetzen zu können, setzt voraus, dass jegli-

cher Vorstoß in Richtung Privatisierung hoheitlicher Aufgaben der Arzneimittelzulassung und -überwachung zukünftig unterbleibt!

Literatur:

¹ H. Sjöström and R. Nilsson „Thalidomide and the Power of the Drug Companies“, Penguin Books Ltd. 1972

² H. Sjöström und R. Nilsson „Contergan oder die Macht der Arzneimittelkonzerne“, VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1975

Apotheken und Gesundheitswissenschaften / Public Health:

Chance und Notwendigkeit einer engeren Zusammenarbeit

von Udo Puteanus

(Mit diesem Thema werden wir uns beim Herbstseminar des VDPP am 25. Oktober 2008 in Berlin weiter befassen. Selbstverständlich sind auch Nichtmitglieder herzlich eingeladen. Näheres dazu finden Sie auf unserer Website <http://www.vdpp.de> unter „Termine“)

Warum sollten sich die Gesundheitswissenschaften / Public Health dem Forschungsfeld Apotheke widmen? Warum ist es notwendig, wenn sich Apotheken mehr bei den Themen Gesundheitsförderung und Öffentliche Gesundheit engagieren? Auf der Dresdener Tagung des VDPP am 21. Juni 2008 stand dieses Thema im Mittelpunkt des öffentlichen Teils der Mitgliederversammlung.

Die Zeit ist reif, dass sich die Gesundheitswissenschaften verstärkt dem Themenfeld Apotheke widmen. Denn seit nun zwanzig Jahren beforschen die multidisziplinär arbeitenden Gesundheitswissenschaften die unterschiedlichsten Bereiche des Gesundheitswesens. Apotheken waren bislang kaum Forschungsgegenstand.

Gesundheitswissenschaften haben eine lange aber durch die deutsche Geschichte gebrochene Tradition

Die Gesundheitswissenschaften blicken auf eine lange Tradition zurück – auch und gerade auf dem Boden des ehemaligen deutschen Reiches. Vor der Nazi-Diktatur hatten vor allem zur Zeit der Weimarer Republik sozialmedizinisch orientierte Ärzte vorbildliche Institutionen und Konzepte zur Prävention und Beratung auf der Ebene der gesetzlichen Krankenversicherung und im Öffentlichen Gesundheitsdienst geschaffen¹. Die Nationalsozialisten zerstörten diesen Ansatz und vereinhlichten den Öffentlichen Gesundheitsdienst unter rassenhygienischen Vorzeichen. Die führenden sozialmedizinischen Köpfe mussten entweder emigrieren, wurden verfolgt oder sogar ermordet. Ein Anschluss an die Weimarer Entwicklung gelang in Westdeutschland nach dem Krieg nicht. Der Öffentliche Gesundheitsdienst war aufgrund der Verstrickungen mit dem Vernichtungsprogramm der Nazis diskreditiert. Vor dem Hintergrund der Ost-West-Auseinandersetzung setzte die Gesundheitspolitik – vor allem auf Druck ärztlicher und industrieller Lobbyisten – in erster Linie auf den individualmedizinischen Ansatz. Führende Vertreter der Sozialmedizin hatten, sofern sie Deutschland rechtzeitig verlas-

sen konnten, in anderen Staaten ihre wissenschaftliche Arbeit weiterführen können.

Es dauerte bis in die achtziger Jahre, bis der Problemstau ausreichend Druck erzeugt hatte, die Gesundheitswissenschaften wieder zu fördern. Veränderungen des Krankheitspanoramas, Unzufriedenheit mit paternalistischen Strukturen im Gesundheitswesen, Finanzierungsprobleme der GKV und offensichtliche Rückständigkeit westdeutscher Gesundheitswissenschaften im internationalen Vergleich waren wesentliche Beweggründe, die die Bundes- und Landesgesundheits- und -forschungspolitiker dazu veranlassten, die Gesundheitswissenschaften durch finanzielle Hilfen ansatzweise auf internationales Niveau zu heben².

Vor allem der Bereich der Gesundheitsförderung, der durch intensive Aktivitäten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) weltweit diskutiert wurde und zu einer neuen Ausrichtung der Gesundheitsdienste aufforderte, entfaltete so viel Dynamik, dass die Rückständigkeit des westdeutschen Gesundheitswesens offensichtlich wurde³. Nach der Aufbauphase in den achtziger und neunziger Jahren spannt sich inzwischen ein ansehnliches Netz

gesundheitswissenschaftlicher Forschungs- und Lehrinstitutionen über die Bundesländer⁴.

Gesundheitswissenschaften zeigen Interesse an Apotheken

Bei den Gesundheitswissenschaften besteht durchaus Interesse, über neue Themenfelder zu forschen, so zumindest ein Gesundheitswissenschaftler auf einer Veranstaltung des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd) am 20. Juni 2007 in Münster. Dies war die Auftaktveranstaltung einer Initiative, die sich zum Ziel gesetzt hat, beide Bereiche näher zusammenzuführen.

Es ist für die Gesundheitswissenschaften / Public Health notwendig, sich mehr als bisher mit dem Thema Apotheken auseinander zu setzen. Denn es wird immer deutlicher, dass in einem sich verstärkt der Ökonomie und dem Wettbewerb öffnenden Gesundheitswesen

- die ortsnahe Verankerung der Apotheken,
- ihre Niedrigschwelligkeit,
- ihre Vertrauensbasis in der Bevölkerung
- und ihr gut ausgebildetes Personal

eine sehr gute Basis sind ist, um Public-Health-Themen in der Kommune besser zu verankern.

Für die Apotheken ist dies ein überzeugender und glaubwürdiger Weg, um ihren öffentlichen Auftrag und ihre besondere Stellung als heilberuflich orientiertes Einzelhandelsgeschäft zu begründen und zu festigen – besser als das Surfen auf der Wellness- oder Discount-Welle.

Darüber hinaus erfordern die zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitswesens ein vernetztes Kooperieren aller Akteure bei der Versorgung der Kranken, bei der Gesundheitsförderung und bei der Prävention. Die Möglichkeiten der Apotheken in diesen Netzwerken zu ergründen, ist Aufgabe der Gesundheitswissenschaften.

Apothekerinnen und Apotheker haben Interesse an Public Health

Aber auch einige Apothekerinnen und Apotheker haben an Public Health Interesse. Über den Tellerand der Naturwissenschaften hinaus interessierte Berufskollegen haben Public-Health-Aufbaustudiengänge an Universitäten und Fachhochschulen absolviert oder sich über die Weiterbildung zum Gesundheitsberater bei den Apothekerkammern qualifiziert⁵. Eine Bündelung der Erfahrungen, wie ihr Wissen in der öffentlichen Apotheke umgesetzt wird, steht noch aus. Durch ihre Mitarbeit in multidisziplinären Teams während der Weiterbildung können sie erkennen, welches Potential in gemeinsam geplanten und durchgeführten Projekten steckt, um daraus Motivation für die tägliche Arbeit in der Apotheke zu schöpfen. Insgesamt dienen diese Aktivitäten auch der Stärkung der heilberuflichen Seite des Apothekerberufs.

Gesundheitsförderung, Prävention, Information und Beratung für Patienten

Die Politik misst dem Themenfeld Information und Beratung im Gesundheitswesen große Bedeutung zu. Denn sie hat erkannt, dass informierte Patienten ihre Gesundheit besser erhalten können, ihre Erkrankungen selbst managen und die Angebote im Gesundheitswesen effektiver nutzen können. Information und Beratung sind auch notwendig, um zunehmende wettbewerbliche Elemente im Gesundheitswesen zu flankieren, mit welchem Erfolg, soll an dieser Stelle nicht das Thema sein.

Welche Bedeutung Information und Beratung im Gesundheitswesen heute haben, lässt sich an der Entscheidung erkennen, den Krankenkassen über eine Änderung des SGB V die Finanzierung von 22 unabhängigen Beratungsstellen als Lotsen im Gesundheitswesen zu übertragen⁶. Daneben werden fünf an verschiedenen Themen orientierte bundesweit agierende Stellen gefördert. Eine Stelle zur Beratung über Arzneimittel ist auch dabei⁷.

Institute und Wissenschaftler beforschen intensiv im Rahmen von Evaluationsprogrammen die Effektivität dieser Beratungsstellen und geben die Ergebnisse zur ständigen Verbesserung der Arbeit an diese weiter⁸. Ein wesentliches Ergebnis der Forschung: In der ersten Förderphase nutzten in erster Linie besser gebildete Bevölkerungsschichten diese Einrichtungen. Die Menschen, die aber oftmals viel eher Information und Beratung benötigen, profitierten davon (noch) nicht ausreichend.

Apotheken sind aufgrund ihrer flächendeckenden Erreichbarkeit, ihrer örtlichen Verankerung und ihres hohen Vertrauensbonus gerade bei Menschen mit geringeren Bildungschancen für die Beratungsstellen interessant. Denn über die Apotheken könnten solche Bevölkerungsgruppen gezielt über die Möglichkeiten der Beratungsdienste und über andere Public Health orientierte Einrichtungen und Aktionen in der Kommune informiert werden. Da die Bedeutung dieser Stellen aber auch vielen Apothekerinnen und Apothekern möglicherweise nicht ausreichend bewusst ist, besteht hier Aufklärungsbedarf.

Apotheken für Public Health wichtig

Zur Lösung der zukünftigen Probleme, die beispielhaft mit den Stichworten

- demographiebedingte Veränderungen,
- chronische Erkrankungen,
- verlängerte Lebensarbeitszeiten und
- größer werdende soziale und gesundheitliche Ungleichheiten

beschrieben werden, sollte darauf hingearbeitet werden, das in Apotheken schlummernde Potenzial für eine bessere Verankerung in überregionalen und vor allem kommunalen Public-Health-Aktivitäten zu nutzen. In Großbritannien ist man hier bereits weiter⁹. Für die Apotheker ist das eine gute Chance, die Heilberuflichkeit des pharmazeutischen Personals in der beruflichen Wirkungsstätte

Apotheke zu stärken und die Glaubwürdigkeitskrise in diesem Berufsfeld zu überwinden.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen, der über Amtsapothekerinnen und Amtsapotheker gute Kontakte zu Apotheken pflegt, wird sich darum bemühen, die Arbeitsfelder der Apotheken und der Gesundheitswissenschaften / Public Health gegenseitig bekannt zu machen und eine Zusammenarbeit zu verstärken.

¹ Die Fachgruppe Apotheken in der Gewerkschaft ÖTV hatte sich in den Achtzigern mit diesem Thema beschäftigt, vgl. z.B. Hansen E, Heisig M, Leibfried F, Tennstedt F: Seit über einem Jahrhundert ...: Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik. 100 Jahre Kaiserliche Botenschaft zur Sozialversicherung, Köln 1981, Bund-Verlag

² Zum Einstieg in die Gesundheitswissenschaften s. zum Bsp.: Hurrelmann K, Laaser U, Razum O (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim und München, 4. Auflage 2006, Juventa.

³ Vgl. Ottawa Charta der WHO 1986 in: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German Zur Gesundheitsförderung vgl. zum Bsp.: Naidoo J, Wills J: Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln 2003.

⁴ bspw. die Forschungsverbünde, s. <http://www.medsoz.uni-freiburg.de/dkgw/forschungsverb/forschverb.htm>

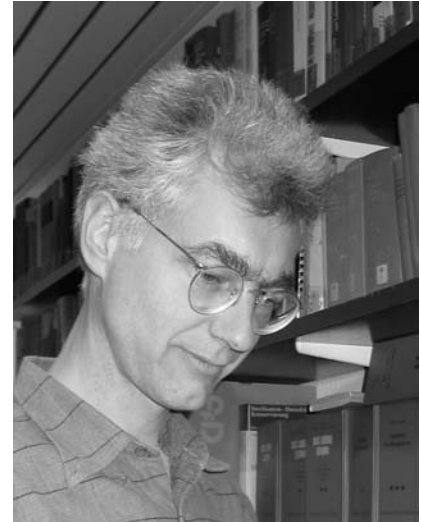
⁵ http://www.abda.de/fileadmin/pdf/DE_Gesundheitsberatung_1999.pdf

⁶ <http://www.unabhaengigepatientenberatung.de/>

⁷ www.arzneimittelberatungsdienst.de

⁸ Z. B. http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/politik/evaluationsbericht_65a_110205.pdf

⁹ <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/74/96/04107496.pdf>



Stellungnahme des VDPP im Rahmen der öffentlichen Konsultation zum Rechtssetzungsvorschlag zur Information von Patienten

Die EU-Kommission bereitet einen Rechtssetzungsvorschlag zur Information der Patienten über verschreibungspflichtige Arzneimittel vor. Mit dieser Initiative wird erneut versucht, der Pharmazeutischen Industrie eine legale Möglichkeit zu geben, das Laienpublikum über Krankheiten, Therapien und Arzneimittel zu „informieren“ – und damit eine mehr oder weniger direkte Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel zu ermöglichen.

Derzeit ist Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel außerhalb der Fachkreise verboten. So soll es laut Rechtssetzungsvorschlag auch bleiben. Darüber hinaus soll der pharmazeutischen Industrie jedoch die Möglichkeit eingeräumt werden, über Funk, Fernsehen, Printmedien und Internet die Patienten und Patientinnen direkt zu informieren.

Der VDPP lehnt diese Initiative uneingeschränkt ab. Arzneimittel werden nach einer Nutzen-Risiko-Abschätzung zugelassen. Insbesondere verschreibungspflichtige Arzneimittel haben neben ihrem Nutzen teilweise erhebliche Risiken. Aus diesem Grund ist ihre Verordnung in den EU-Staaten ausschließlich in die ärztliche Verantwortung gegeben worden. Die Ärzte und Ärztinnen sind darüber hinaus zur Aufklärung der Patienten über die Arzneimitteltherapie verpflichtet. Bei Abgabe der Arzneimittel obliegt dem pharmazeutischen Fachpersonal eine weitere umfassende Informations- und Beratungspflicht gegenüber den Patienten. Außerdem enthalten alle Arzneimittel ausführliche Beipackzettel, deren Inhalt Bestandteil der Zulassung ist. Neben dem direkten Kontakt mit den Heilberuflern, die mit der individuellen Situation des Patienten vertraut sind, sind jedem Patienten eine Vielzahl

von zuverlässigen, industrieunabhängigen Informationsquellen (wie z. B. Zeitschriften wie „Gute Pillen – schlechte Pillen“, Veröffentlichungen der Stiftung Warentest, Pharmakologiebücher) zugänglich.

Der VDPP sieht daher nicht nur keine Notwendigkeit für industriefinanzierte Plattformen zur Information der Patienten, sondern die deutliche Gefahr, dass das aus gutem Grund bestehende Werbeverbot aufgebrochen wird. Bereits heute, in Zeiten des absoluten Werbeverbots, findet die Industrie genug Schlupflöcher, dieses zu umgehen. Es gibt viele Möglichkeiten, wie diese „Information“ das Verschreibungsverhalten der Ärzte beeinflusst. Um nur einige zu nennen:

- als „Aufwandsentschädigung für Anwendungsbeobachtungen“ getarnte finanzielle Belohnungen des Arztes pro verschriebenem Arzneimittel

- industriegesponserte Fortbildungen
- die Beeinflussung der Ärzte durch Pharmavertreter
- die Industrieabhängigkeit von Selbsthilfegruppen
- die mehr oder weniger versteckte Werbung mittels industrieeigener Internetseiten, die Hilfe bei Lifestyleproblemen bieten, zu denen die Firma die passenden verschreibungspflichtigen Arzneimittel produziert.

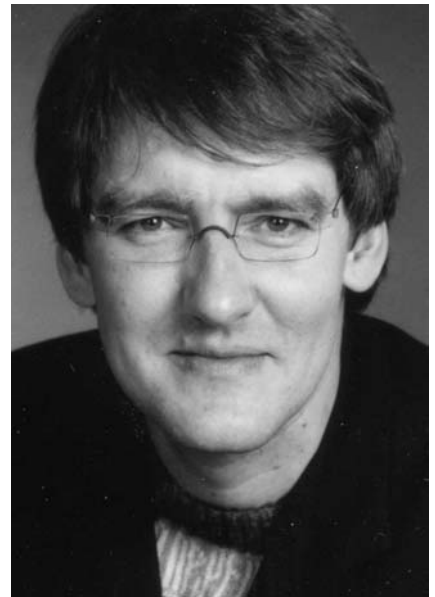
Anzunehmen, dass die pharmazeutischen Unternehmen Geld für eine unabhängige, evidenzbasierte, Nutzen und Risiko-abwägende, verständliche Information von Patienten ausgeben – und nur derartige Informationen werden gebraucht – ist nicht realistisch.

Wir nehmen an, dass die Kommission sehr bewusst die Absatzmärkte der Industrie, d. h. die Wettbewerbsfähigkeit der europäischen pharmazeutischen Industrie, stärken will und dabei die Patientenrechte auf „mehr Information“ eher ein vorgeschobenes Motiv darstellen.

Wenn es wirklich um die aus unserer Sicht benötigten Informationen ginge, müssten industrieunabhängige Institutionen, wie z.B. das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen), gestärkt werden.

In der vorliegenden Form bleibt der VDPP bei seiner Ablehnung des Vorschlages der Generaldirektion Unternehmen und Industrie der Europäischen Kommission.

Dr. Thomas Schulz
VDPP-Vorstand



Wie es mit unserem Antrag zum Apothekertag 2007 weiterging ...

von Katja Lorenz

Zur Erinnerung: das war unser Antrag, eingebracht über die Fraktion Gesundheit in der Apothekerkam-

mer Berlin und dort von der Delegiertenversammlung angenommen. Als Drucksache 3.1.3. stand er auf

dem Apothekertag im Rahmen des Arbeitskreises „Verbraucherschutz braucht Sicherheit“ zur Abstimmung:

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 nicht-verschreibungspflichtigen 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 nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln notwendig, weil es für diesen Bereich keine institutionalisierte Risikoüberwachung gibt. Die Werbung für Arzneimittel infor-

miert 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.

Seit 2004 hatten wir versucht, einen Antrag zur Beobachtung und Auswertung des Selbstmedikationsmarktes zum Apothekertag zu bringen. Anfangs mit dem Forum Leipzig, später über die Kammer. Die früheren Anträge waren weitreichender, forderten die ABDA direkt auf, tätig zu werden, also nicht erst eine AG zu bilden. Wir wollten dazu eine jährliche Konferenz zur Auswertung und Festlegung neuer Arbeitsschwerpunkte für die Apothekerschaft. Wir wollten das Zusammengehen mit anderen Gesundheitsberufen. Aber dafür gab es keine Mehrheit.

Erst diese Minimalforderung schaffte es nach Düsseldorf und hatte es auch hier schwer. Schnell kam der Antrag auf „Verweisung an einen Ausschuss“. Aber es kamen auch Stimmen aus dem Auditorium, die die Wichtigkeit erkannten und den Antrag unterstützten. Letztlich gab wohl die Fürsprache von Frau Linz vom Podium aus den Ausschlag.

Der Antrag wurde mit großer Mehrheit angenommen, und ich dachte, wir hätten etwas auf den Weg gebracht!

Nach dem Apothekertag hörte ich allerdings erst einmal nichts mehr davon. Da es sich schließlich um einen Antrag der Berliner Kammer handelte, fragte ich beim Vorstand nach. Aber auch hier hatte man keine neuen Informationen, vertraute jedoch darauf, dass „das schon laufen“ werde und fand andere Dinge wohl auch wichtiger.

Im neuen Jahr erinnerte man sich bei der ABDA der unerledigten Hausaufgaben. Es sollte nun eine Arbeitsgruppe gebildet werden und zwar schnell, denn bis zur nächsten Sitzung des Geschäftsführenden Vorstandes der ABDA am 26. Februar sollte schon ein Zwischenergebnis vorgestellt werden. Es gab nur einen Haken: Diese AG sollte nicht nur unseren angenommenen Antrag umsetzen, sondern noch zwei weitere Anträge bearbeiten den Antrag

der AK Brandenburg zur Gründung einer Stiftung zur Bewertung von Arzneimitteln und Nahrungsergänzungsmitteln und den Antrag der AK Bremen zur Bewertung des Nutzens von AM durch standeseigene Institute. Diese beiden Anträge waren jedoch in einen Ausschuss verwiesen worden, d. h. die ABDA hatte damit eine Art Prüfauftrag erhalten. Unseren Antrag währte ich bis dahin eigentlich einen entscheidenden Schritt weiter. Darüber hinaus war mir unklar, wie diese drei Anträge sinnvoll zusammen beraten werden könnten. Nichtsdestoweniger war ich froh, dass ich von der Kammer in die AG entsandt wurde.

Ende Januar und noch einmal im April tagte die AG. Da traf sich eine sehr gut besetzte Runde. Neben den Antragstellern (Herr Pfannkuche für die AK Bremen, Herr Dr. Kögel für die AK Brandenburg, Frau Dr. Kemmritz und ich für die AK Berlin), Herr Prof. Schulz, Herr Dr. Seitz, Herr Tisch mit MitarbeiterInnen der ABDA, Herr Dr. Pietzner und Frau Koch für den Geschäftsführenden Vorstand der ABDA. Um es kurz zu machen: es waren interessante Diskussionen, auch am Rande. Es ging viel um mögliche Zielgruppen, Bewertungsinhalte, Rechtsformen, Haftungsrisiken, auch um die Neustrukturierung, -verteilung und -prioritätensetzung innerhalb der ABDA. (Im April wurde Herr Prof. Schulz Geschäftsführer für den neu geschaffenen Bereich Arzneimittel.)

Es ging nur leider so gut wie gar nicht um unseren Antrag! Diesen Umstand versuchte ich im Ergebnisprotokoll unterzubringen und begann damit auch unser zweites Treffen. Da endlich befand auch Herr Prof. Schulz, dass die Anträge „zu verschieden“ seien, um sie in dieser Runde abzuarbeiten. Die Einzelfragen unseres Antrags seien „hier sicher nicht machbar“. So, so! Wie gesagt, es war ja nicht uninteressant gewesen. Nur die Umsetzung unseres Antrages war nicht einen Schritt weiter.

Nun wurde, nach einer weiteren Sitzung des Geschäftsführenden Vorstandes der ABDA, eine neue Arbeitsgruppe gebildet. Eine, die sich ausschließlich um die Umsetzung unseres Antrages kümmern sollte, besetzt mit Frau Dr. Kemmritz und mir als Antragstellerinnen und Frau Dr. Gries (ZAPP) und Frau Koffke (Wirtschaft) von Seiten der ABDA. Wir trafen uns im Juni. Hier ging es nun endlich sehr konkret darum, was mit den bereits von der Apothekerschaft erhobenen Daten und den bestehenden Informationssystemen im Sinne unseres Antrags machbar wäre, welche Erhebungen, Verknüpfungen, Bewertungen fehlten. Spätestens da wurde es problematisch; es kostet eben Geld! Außerdem galt: alles, was nicht explizit im Antrag stand, fand von Seiten der ABDA keine Berücksichtigung, z. B. die oben erwähnte jährliche Konferenz – obwohl ein Nutzen nach innen und außen (Öffentlichkeitsarbeit, Darstellen der Notwendigkeit des Apothekerberufes ...) durchaus anerkannt wurde. Es endete wiederum mit einem Protokoll. Der Geschäftsführende Vorstand sollte sich dazu äußern.

Irgendwie ist von unserem Wollen nicht mehr viel übrig. Und auf die Antwort der ABDA warten wir noch immer. Die Berliner Kammer weiß auch wieder nichts Neues, und findet auch wohl wieder andere Dinge wichtiger ...

Aber wir bleiben dran!



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

Florian Schulze
Peetzseestraße 7
12587 Berlin
Telefon 0178 81222989
Florian.schulze@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