VDPP • RUNDBRIEF

65

18. Jahrgang 12 / 2006

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
65 INHALT

25 Jahre BUKO Pharma-Kampagne

Insuline – analog und inhaliert

Abenteuer Weiterbildung

Apothekertag

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

es ist vollbracht, ihr haltet in euren Händen den dritten Rundbrief des Jahres 2006. Wenn der Schwung, der von der Mitgliederversammlung in Berlin ausging, weiter anhält, werden wir wieder eine Erscheinungsfrequenz von drei oder vier Rundbriefen im Jahr erreichen können.

Vielleicht nimmt das ja die eine oder andere LeserIn zum Anlass, einmal über die Mitarbeit im Redaktionsteam nachzudenken. Dazu ist weder ein Journalistik-Studium noch eine Schriftsetzerlehre erforderlich, es reicht die Lust am Schreiben, Einholen, Zusammenstellen oder Bearbeiten von Texten.

Auch über Fotos oder Grafiken mit Bezug zu Apotheken, Pharma- oder Gesundheitspolitik, die den Rundbrief ein bisschen auflockern können, freut sich die Redaktion immer.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

das Redaktionsteam

Redaktionsschluss für den VDPP-Rundbrief Nr. 66: 28. Februar 2007

INHALT

Grußwort des Vorstands
Thomas Schulz *3*

25 Jahre BUKO Pharma-Kampagne
Udo Puteanus *4*

Insuline – analog und inhaliert
Ulrike Faber *6*

Das Pharmaduell: ein Lehrstück über Lobbyismus zu Lasten der Beitragszahler
Ulrike Faber *8*

Ich war beim Apothekertag – eine Nachbereitung
Katja Lorenz *10*

Abenteuer Weiterbildung
Katja Lorenz *11*

Impressionen vom Tag der offenen Tür beim BfR
Regina Schumann *13*

Kunst mit Nebenwirkungen
Regina Schumann *13*

Anfrage zu den Wahlen in Berlin
Thomas Schulz *14*

Presseerklärung zu DocMorris
Thomas Schulz *14*

Brief an Bündnis 90/ Die Grünen
Thomas Schulz *15*

Vorstandssitzung vom 12.7.2006
Uschi Blöcker *16*

VDPP zum Eckpunktepapier
Thomas Schulz *17*

Zum Urteil des OVG Berlin
Ingeborg Simon *18*

Ein privater Besuch beim arznei-telegramm
Regina Schumann *19*

BUCHBESPRECHUNGEN *20*
Regina Schumann

TERMINE *20*

DOKUMENTATION
Appell an Innenminister Bouffier *21*

Zur Gesundheitsreform *21*

Außerordentlicher Deutscher Ärztetag *22*

Solidaritätsadresse *23*

„Geiz macht krank“ *23*

Protesttag am 4. Dezember
vdää *24*

Deutsche Firma behindert Zugang zu AIDS-Medikamenten *25*

EU-Kommission will Arzneimittelwerbeverbot aufweichen
BUKO Pharma-Kampagne *26*

Fremd– und Mehrbesitzverbot aufweichen *27*

Bundestagsdebatte *28*

Heilsame Worte
Karin Flothmann *34*

IMPRESSUM

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

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

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

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

Grußwort des Vorstands

Liebe Leserinnen und Leser,

Der Jahreswechsel 2006/2007 naht, und ein neuer Rundbrief liegt vor euch. Es freut mich sehr, für den dritten Rundbrief des Jahres das Grußwort des Vorstandes zu schreiben. Offensichtlich konnten wir diesmal den Elan der Mitgliederversammlung etwas nachhaltiger erhalten und in konkrete Handlungen umsetzen.

Ein Beschluss der Mitgliederversammlung in Berlin steht kurz vor der Konkretisierung: Für die Besetzung der Stelle einer VorstandsreferentIn wird der Vorstand auf der nächsten Sitzung vor Weihnachten die entscheidenden Gespräche führen, und wir hoffen sehr auf eine elanvolle Verstärkung unserer Arbeit.

Inzwischen können wir die Entstehung der ersten großkoalitionären Gesundheitsreform mit ansehen. Von VDPP-Seite konnten wir uns nicht einbringen. Da die parlamentarischen Anhörungen aber in Zeiten der großen Koalition sowieso eine Farce sind, stellt das aus meiner Sicht keinen wirklichen Verlust dar. Wir müssen uns mit den Folgen dieser Reform noch intensiv beschäftigen, denn abgesehen von den Rabattauflagen für die Apotheken kündigt sich hier ein Strukturwandel an, der uns von der solidarisch finanzierten Krankenversicherung wegführen wird.

Ein weiteres Thema der letzten Monate war die Eröffnung einer Doc-Morris-Filiale in Saarbrücken. Der VDPP hat zur Entscheidung des Verwaltungsgerichtes Saarbrücken Stellung genommen und die Schließung begrüßt. Die Stellungnahme findet Ihr in diesem Rundbrief. In PZ und DAZ war sie wieder nicht zu finden. Offensichtlich wird der VDPP derzeit engagiert ignoriert. In diesem Zusammenhang ärgerte ich mich als Mitglied von Bündnis90/ Die Grünen über eine Gesetzesinitiative „meiner" Partei, die die Abschaffung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes vorsieht. Die Korrespondenz dazu ist auch im Rundbrief dargestellt. Wir hatten dazu ein sehr gutes Gespräch mit dem Bundestagsabgeordneten Dr. Harald Terpe, aber das war auch die einzige Reaktion. In Berlin habe ich eine Diskussion zu diesem Thema in der Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheit beantragt. Dazu wird auch Birgitt Bender kommen, die in der Bundestagsdebatte zum Thema Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes ein sehr eigenartiges Arzneimittelverständnis äußerte. Ich erwarte die Diskussion dazu im Januar und würde mich freuen, wenn ich von euch noch einige Anregungen erhalten würde. Die derzeitige Argumentation könnt ihr in dieser Ausgabe nachlesen (Mail an TGSchulz@web.de).

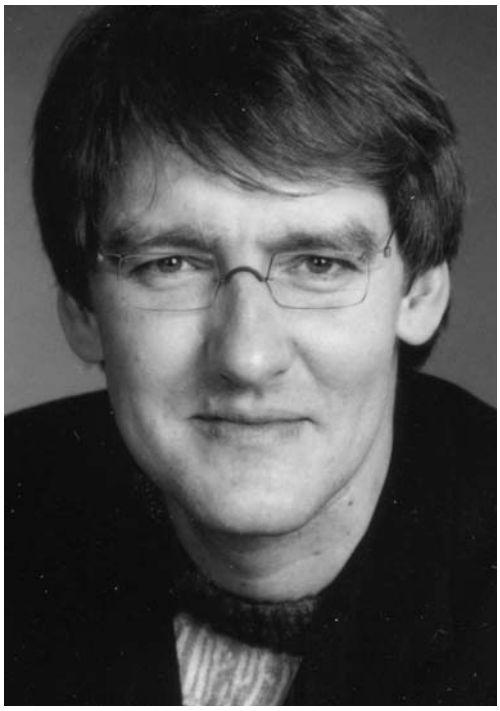
Ganz aktuell möchte ich auf das Urteil des Oberverwaltungsgerichtes Berlin eingehen: Ingeborg Simon hatte gegen die Zwangsmitgliedschaft in der Apothekerkammer Berlin geklagt und – nach einem Erfolg in der ersten Instanz – nun verloren. Auf die Begründung und die weit reichenden Folgen für die Demokratiediskussion in der Kammer wird im nächsten Rundbrief eingegangen. Als demokratischer Verein werden wir uns mit dieser Fragestellung intensiv beschäftigen.

Ich möchte nun von den Marginalien der deutschen Gesundheitspolitik zu den wirklich relevanten Problemen kommen: Habt ihr euch schon „Eine unbequeme Wahrheit" angesehen? Ich dachte, ich wäre über die meisten Probleme des Klimawandels gut informiert, danach wusste ich es besser. Schaut euch den Film an! Insbesondere der Abspann enthält die richtige Botschaft: Jeder einzelne wird aufgefordert, sich selbst nachhaltig zu verhalten und z. B. Öko-Strom zu verwenden. Der Wechsel zum richtigen Öko-Strom geht ganz schnell, wir haben es über http://www.atomausstieg-selbermachen.de/gemacht. Jeder einzelne wird aufgefordert, mit seinen Abgeordneten zu sprechen. Und wenn die nicht hören, ggf. selbst in die Politik zu gehen.

Als demokratische Pharmazeutinnen und Pharmazeuten befinden wir uns nicht mehr im Stadium der Vereinzelung, sondern haben im VDPP ein Netzwerk zum Austausch und zur Bündelung unserer Kräfte. Lasst es uns gemeinsam nutzen!

Ich wünsche uns allen eine schöne Weihnachtszeit und einen guten Start in das Jahr 2007,

euer
Thomas Schulz
(für den Vorstand des VDPP)



Transparenz im Arzneimittelmarkt – ein wichtiger Schritt zu mehr Rationalität

25 Jahre BUKO Pharma-Kampagne – ein paar persönliche Anmerkungen

von Udo Puteanus

„Mangel und Überfluss – Kehrseiten einer Medaille", so der Titel des Symposiums aus Anlass der 25-Jahr-Feier der BUKO Pharma-Kampagne in Bielefeld am 15. und 16. September 2006. Der VDPP hatte die Veranstaltung finanziell unterstützt und seinen Mitgliedern empfohlen, statt eines Herbstseminars an der Veranstaltung teilzunehmen.

Ziel der Veranstaltung war es nach Worten der Pharma-Kampagne, nach 25 Jahren Arbeit eine Bestandsaufnahme zu machen, beide Seiten der Medaille – nämlich Mangel und Überfluss, die Frage nach der gerechten Ressourcenverteilung in Nord und Süd – noch einmal gründlich zu beleuchten und gemeinsam mit Expertinnen aus dem Norden und Süden Perspektiven für die zukünftige Arbeit zu entwickeln. Die Pharma-Kampagne wird noch ausführlich über Ergebnisse des Symposiums berichten.

(Die Ergebnisse des Symposiums sind als Pharma-Brief Spezial 1/2006, Beilage zum Pharma-Brief 6-7/2006, erschienen und können auch auf der Webseite der BUKO Pharma-Kampagne http://www.bukopharma.de/Pharma-Brief/PB-Archiv/2006/2006_01_spezial.pdf betrachtet oder heruntergeladen werden.)

Schon seit vielen Jahren – ich kann leider nicht sagen, von Anfang an – beobachte ich die Aktivitäten der Pharma-Kampagne und war immer beeindruckt von den Ergebnissen ihrer Arbeit. Zwar verfügt sie über hauptamtliche Kräfte, dennoch waren die vielen Projekte und Positionspapiere sicherlich nur dann realisierbar, wenn neben den Hauptamtlichen noch viele ehrenamtliche Kräfte zum Engagement motiviert werden konnten, und natürlich weil selbst die Hauptamtlichen über ihre bezahlte Arbeitszeit hinaus viel Zeit und Ideen einbrachten. Ich denke, viele aus unserem Verein haben manchmal mit Neid auf die Aktivitäten unserer befreundeten Organisation geschaut. Ja, es gab sogar einmal Überlegungen, den VDPP in die Pharma-Kampagne als Abteilung einzugliedern.

Und diese Überlegung ist auch nicht völlig aus der Luft gegriffen. Viele Themen der Pharma-Kampagne sind auch unsere Themen. Das Symposium selbst zeigte wieder ganz deutlich, dass die Probleme im Arzneimittelmarkt oft ganz ähnlich gesehen werden.

Vielleicht lässt sich als zentrales Thema die Forderung nach mehr Transparenz benennen, Transparenz auf den verschiedensten Ebenen. Denn gerade daran fehlt in fast allen Bereichen. Im Norden: Intransparenz bei der Erforschung neuer Arzneimittel: wer entscheidet, in welche Arzneimittelforschung wie viel Geld gesteckt wird, Geschäftsführungen der Firmen, Aktienbesitzer, Forscher, der Markt?

Welche Institutionen führen die klinischen Prüfungen durch, diejenigen, die die höchsten Qualitätsanforderungen erfüllen, diejenigen, die nach den erwarteten Ergebnissen die beste Promotion für ein Arzneimittel versprechen, diejenigen, die die erwarteten Ergebnisse

am schnellsten erbringen oder diejenigen, bei denen die Ethik-Kommissionen am ehesten wohlwollend entscheiden?

Wer kontrolliert die Arbeit der Ethik-Kommissionen, wer sorgt für die vergleichende Analyse der Bewertungspraxis der Ethik-Kommissionen und arbeitet Knackpunkte heraus? Wer kontrolliert eigentlich die Prüfärzte, die Labore, die Statistiker und die Autoren der Veröffentlichungen, und mit welchem Ergebnis? Sind die Ergebnisse klinischer Prüfungen wirklich valide? Ich kenne keine Übersicht über die Ergebnisse der amtlichen Kontrollen der klinischen Prüfungen.

Wer beobachtet und analysiert die Promotion-Aktivitäten der Hersteller, denen es oftmals gelingt, schon vor der Zulassung eines neuen Arzneimittels dafür zu sorgen, dass sich die Fach- und Laienpresse damit beschäftigt und dadurch der Boden bereitet wird für eine schnelle Marktdurchdringung? Ich erinnere daran, dass die wahrscheinlich gewollte Bekanntheit des neuen Wirkstoff Rimonabant bereits vor der Zulassung in Europa als Fälschung (!) per Internet zu kaufen war. Da waren Kriminelle offensichtlich erfolgreiche Trittbrettfahrer der Promotiontour des eigentlichen Herstellers, was diesem sicherlich nicht gefallen haben wird.

Wer kennt alle Studien über Wirksamkeit und Sicherheit eines Arzneimittels, so dass eine objektive Bewertung vorgenommen werden kann? Die europäischen Zulassungsbehörden haben sicherlich die meisten, aber haben sie wirkliche alle durchgeführten Studien, um die Bewertung eines Arzneimittels umfassend machen zu können?

Warum kann die amtliche Bewertung Punkt für Punkt von einem nicht amtlichen Standpunkt nicht unter Berücksichtigung aller vorgelegten Studien nachvollzogen werden? Das ist nämlich nicht möglich, denn die Behörden dürfen noch längst nicht alle vorhandenen Studien der Öffentlichkeit zur Verfügung stellen.

Wer sorgt dafür, dass über neue Arzneimittel objektiv in der Fach- und Laienpresse berichtet wird? Wie viele Ärzte sind wirklich bereit, auf die kleinen und großen Geschenke der Hersteller und ihrer Pharmareferenten zu verzichten und sich auf Fortbildungsveranstaltungen ihr Essen selbst zu bezahlen? Es gibt solche Ärzte (s. www.nofreelunch.org) und eine Untergruppe soll auch während der Tagung durch anwesende Ärzte gegründet worden sein (s. www.mezis.de). Die Initiative hat das Ziel, deutlich zu machen, dass man sich bewusst gegen die mehr oder weniger subtilen Praktiken der Anbieter zur Wehr setzen möchte.

Wer sorgt dafür, dass die im Markt befindlichen Arzneimittel wirklich sicher sind und sicher angewendet werden? Wer betreibt ausreichende Versorgungsforschung und kann die in klinischen Studien normalerweise nicht erfassbaren Risiken eines neuen Arzneimittels erkennen und analysieren? Pharmakovigilanz ist ein zähes Geschäft und das Hauptproblem sind die fehlenden Daten über die Häufigkeit der unerwünschten Wirkungen und die Menge der Patienten, die dieses Arzneimittel eingenommen haben. Jede Marktdurchdringung eines neuen Arzneimittels ist ein Experiment an der Bevölkerung; reichen da die vorhandenen Mechanismen aus, die Risiken schnell genug zu erkennen?

Und im Selbstmedikationsmarkt: Wer hält da die notwendigen Daten für die Beantwortung der Fragen bereit: Welche Personengruppen kaufen was, warum, mit welchem Erfolg? Welche Ressourcen setzen die Menschen ein? Sind diese Ressourcen sinnvoll eingesetzt? Wie ist der Erfolg der pharmazeutischen Information und Beratung? Was lässt sich verbessern?

Wie viele Hersteller nutzen heute im Vergleich zu früher die Möglichkeit, Nahrungsergänzungsmittel, kosmetische Mittel, Medizinprodukte, diätetische Lebensmittel und Novel Food auf den Markt zu bringen, um das aufwändigere Arzneimittel-Zulassungsverfahren zu umgehen. Was erwarten die Menschen, wenn sie solche Mittel erwerben, erwarten sie nicht vielleicht doch arzneiliche Wirkungen? Welche Ressourcen setzen die Menschen dafür ein und was bringt ihnen das? Welche sinnvollen Investitionen unterbleiben (z. B. Zuzahlungen zu notwendigen und zweckmäßigen Arzneimitteln), weil die Ressourcen in unsinnige Produkte vergeudet wurden?

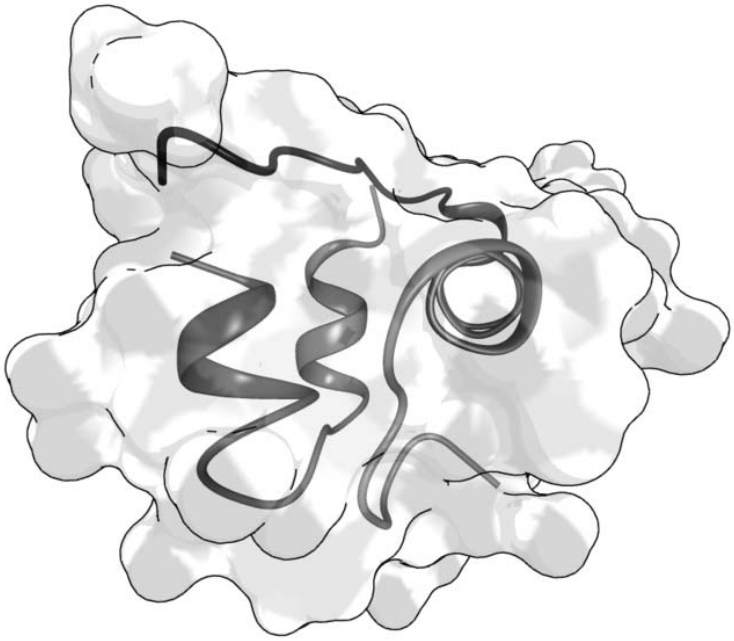
Dies nur ein paar Fragen, die mir spontan zu unserem Problem Intransparenz des Marktes auf der Nordhalbkugel einfallen. Für die Fragen zur Intransparenz des Arzneimittelmarktes des Südens stehen die Experten der Pharma-Kampagne mit ihrem internationalen Netzwerk von Fachleuten und engagierten Menschen zur Verfügung.

Für die nächsten 25 Jahre Pharma-Kampagne bleiben also genug Bereiche, die bearbeitet werden müssen, und ich hoffe, dass es unserer befreundeten Organisation aber auch uns gelingen wird, viele dieser Fragen ins Bewusstsein der Menschen zu transportieren. Denn mehr Transparenz ist unbedingt von Nöten, um die Rationalität im Arzneimittelmarkt ein Stückweit voran zu bringen.

Insuline: analog und inhaliert

von Ulrike Faber

Als der 13-jährige Leonard Thompson 1922 in Toronto durch die Injektion von Rinderinsulin aus dem diabetischen Koma geholt werden konnte, war der bahnbrechende therapeutische Einsatz dieses Peptidhormons gelungen. Schon 1923 brachte Lilly in Kanada das erste Insulin-Präparat „Isletin" auf den Markt. Zwei Nobelpreise sind für die Erfolge vergeben worden: 1923 an Banting und Mcleod für die Extraktion des Insulins und 1958 an Sanger für die Aufklärung der Struktur des Moleküls.



Fortschritte ...

Weitere Meilensteine dieser Entwicklung waren Zubereitungsmodifikationen mit Änderungen der Wirkdauer (Zink-Komplexe, Neutrales Protamin Hagedorn), Entwicklung von Pens und Pumpen sowie die leichter durchführbare Blutzuckermessung: Das alles hat die Insulintherapie wesentlich verbessert und den Diabetikern einen autonomen Lebensstil enorm erleichtert.

1982 gelang schließlich die gentechnische Herstellung von Humaninsulin, durch das bis 2006 sukzessive der Einsatz von tierischen Insulinen fast vollständig abgelöst worden ist.

Insulin: analog

Ob die seit 1996 vermarkteten Kunstinsuline (Insulinanaloga) große therapeutische Vorteile bringen, ist selbst nach 10 Jahren noch nicht überzeugend durch Studien belegt. Fünf verschiedene Insulinmodifikationen mit veränderter Aminosäuresequenz stehen bis heute zur Verfügung, von diesen sind drei kurzwirksam.

Für die Bewertung der kurzwirksamen Insulinanaloga bei Typ-2-Diabetes hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) alle international verfügbaren Studien herangezogen. Von ihnen waren nur sieben randomisierte kontrollierte Studien (RCT) mit insgesamt 1.300 Patienten länger als 24 Wochen gelaufen (maximale Laufzeit 12 Monate) und konnten daher für die Auswertung zu Grunde gelegt werden. Für Arzneimitteln in der Langzeitanwendung – so das IQWIG – können therapeutischer Nutzen und Unbedenklichkeit nur in Langzeitstudien ausreichend sicher beurteilt werden. Dabei geht es nicht um die zu erzielende Blutzuckersenkung (ein einfach zu belegender Surrogatparameter!), sondern um patientenrelevante Parameter wie Verbesserung der Mortalität und der Morbidität (z. B. Hypoglykämien, diabetische Spätkomplikationen, Lebensqualität).

Im Ergebnis stellt das IQWIG fest: Es gibt derzeit keine wissenschaftlichen Belege für eine Überlegenheit der Insulinanaloga gegenüber Humaninsulin. Daher sind die um 30 - 60 % höheren Therapiekosten nicht gerechtfertigt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sich den Bericht des IQWiG zu eigen gemacht - mit ausdrücklicher Zustimmung der beteiligten Patientenvertreter. Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Rahmen des Verfahrens nach SGB V diesen Beschluss bestätigt. Seit dem 1. Oktober 2006 dürfen kurzwirksame Insulinanaloga bei Typ-2-Diabetes bis auf wenige Ausnahmen nur noch verordnet werden, wenn sie nicht teurer sind als Humaninsulin.

Die hier kurz zusammengefasste Entwicklung ist vor allem mit Blick auf die fachlich-politische Auseinandersetzung interessant, die zeitweise eher wie ein Gemetzel wirkte. Obwohl ein Zusatznutzen nicht belegt ist und wahrscheinlich nur wenige einzelne Patienten von den Insulinanaloga profitieren, sind vermutlich ca. 200.000 Typ-2-Diabetiker darauf eingestellt worden. In enger Kooperation mit den Herstellern haben 150.000 Diabetiker mit ihrer Unterschrift die weitere Bezahlung der Insulinanaloga gefordert.

Einige Kassen haben durch Rabattverträge mit Herstellern Preisabschläge erwirkt, einige Kassenärztliche Vereinigungen hingegen die Gültigkeit solcher Verträge bezweifelt und dadurch Ärzte irritiert. Die Verunsicherung der Patienten war groß. Der einfachste Lösung aber ist nicht geboten worden, nämlich Absenkung der Preise auf das Niveau von Humaninsulinen.

Insulin inhaliert

Derzeit muss auch bezweifelt werden, ob das im Mai 2006 zugelassene inhalative Insulin Exubera eine bahnbrechend neue Therapieform des Diabetes ist. Erstmals kann auf die bisher zwingend notwendige subkutane Injektion verzichtet werden – aber so richtig doch wieder nicht.

Exubera ist ein inhalierbares kurzwirksames Humaninsulin der Firma Pfizer, zugelassen für die Behandlung von Typ-2-Diabetes (und eingeschränkt Typ-1) von Erwachsenen, auch in Kombination mit injiziertem Verzögerungsinsulin.

Bei vorbestehenden Atemwegserkrankungen wie Asthma oder COPD, bei Rauchern und bei Kindern darf Exubera nicht angewendet werden. Regelmäßige Lungenfunktionsprüfungen werden empfohlen. Als unerwünschte Wirkungen werden Husten und schwere Hypoglykämien beschrieben, immunogene Schädigungen der Lunge sind nicht auszuschließen.

Nur 10 % des applizierten Insulins sind bioverfügbar – welche ökonomische und ökologische Verschwendung! Die Zulassung von Exubera war auch in der Zulassungsbehörde EMEA wegen der unklaren Langzeitsicherheit umstritten. Die Insulintherapie verteuert sich um das Fünffache.

Als Hauptargument für die neue Applikationsform wird die Spritzenphobie genannt, auf Grund derer viele Diabetiker angeblich Insulin ablehnen und sich so einer adäquaten Therapie entziehen – mit allen bekannten Folgen. Dieses Argument überzeugt nicht: viele Typ-2-Diabetiker werden zunächst auf ein langwirksames Insulin eingestellt und später auch auf kombinierte Insuline. Sie kommen also an der Injektion nicht vorbei. Viel schmerzhafter als die subkutane Injektion mit der feinen Nadel eines Pens ist die Gewinnung eines Bluttropfens für die Blutzuckermessung. Bei Anwendung von Exubera muss aber öfter gemessen werden wegen des erhöhten Risikos für schwerwiegende Hypoglykämien, wegen geringerer Therapieflexibilität und auch z. B. bei interkurrenten Infektionen.

Eine ausführliche Bewertung von Exubera ist im Arzneitelegramm 2006, Nr. 6 zu lesen.

Das IQWiG hat einen Kurzbericht über das inhalative Insulin erarbeitet. Auf der Basis des Berichts hat der Gemeinsamen Bundesausschusses im Oktober einen „Therapiehinweis" veröffentlicht, der – falls das BMG ihn bestätigt, Ende des Jahres als Anlage der für Ärzte und Kassen verbindlichen Arzneimittelrichtlinien Geltung erlangt. Ein solcher Therapiehinweis ist erfahrungsgemäß ein weiches Instrument, welches nicht besonders geeignet ist, gegenüber den Strategien der Hersteller in der Ärzteschaft eine kritische Haltung zu etablieren.

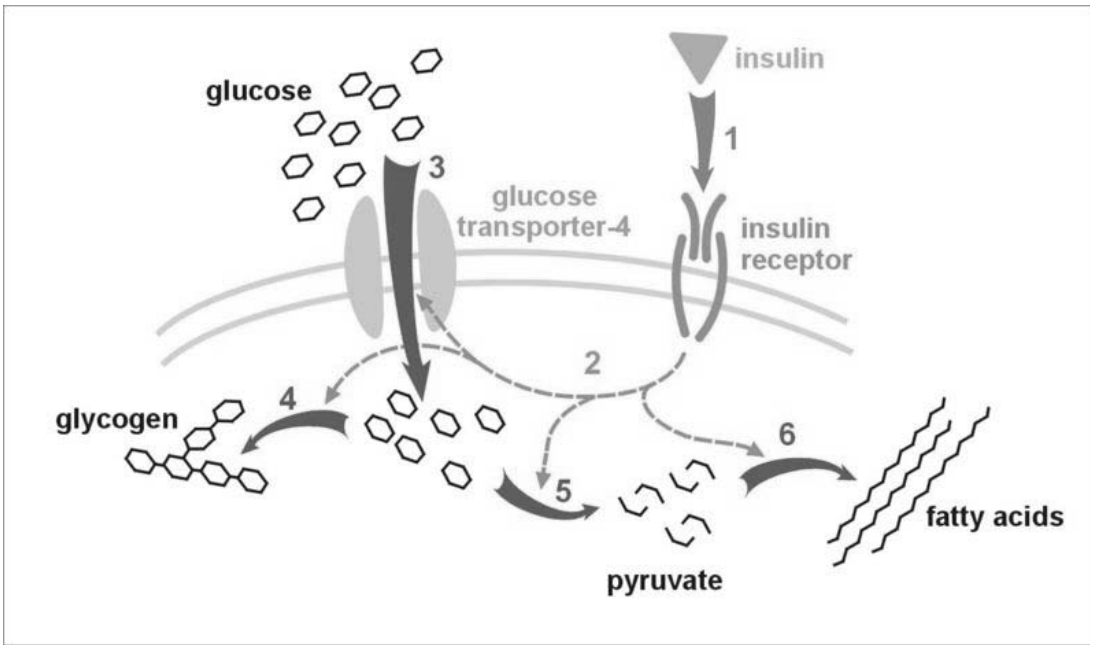
Fortschritte: für wen

Diabetes ist eine große Volkskrankheit mit einer enormem Zuwachsrate weltweit. Statt der heute 4 Millionen wird für 2010 in Deutschland mit 10 Millionen Diabetikern gerechnet.

Aus Sicht der Hersteller wäre es geradezu ein Jammer, wenn für die vielen Patienten keinerlei lukrative Patente auf diesem großen Markt genutzt werden könnten. Die Entwicklung patentierbarer Insulinmoleküle (Analoga) bzw. patentierbarer Zubereitungen zur Inhalation bietet Marktchancen, wenngleich nicht unbedingt zum Nutzen der Patienten.

Angesichts der immer wieder als unvermeidlich dargestellten Leistungskürzungen im Gesundheitswesen muss diskutiert werden, ob es ökonomisch und ethisch gerechtfertigt ist, die im Prinzip guten Versorgungsmöglichkeiten der Diabetiker durch immer neue Finessen so zu verteuern, dass dringend erforderliche Maßnahmen auf der Strecke bleiben müssen.

Denn die eigentliche Herausforderung besteht darin, die Entwicklung von Diabetes so weit wie irgend möglich zu vermeiden und dafür mittel- und langfristig in Bildung und Prävention zu investieren.



IQWiG: Institut für Qualität im Gesundheitswesen

Das Pharmaduell: ein Lehrstück über Lobbyismus zu Lasten der Beitragszahler

von Ulrike Faber

„Er hat die Lizenz zum Töten" – das ist das Kaliber der Angriffe gegen das IQWiG und seinen Leiter Professor Sawicki.

Seit zwei Jahren haben wir in Deutschland ein wenig Anschluss an europäische Standards gefunden: Im Zuge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) im Jahre 2004 wurde das IQWiG (Institut für Qualität im Gesundheitswesen) gegründet. Vergleichbare Institutionen mit den Aufgaben der Kosten-Effektivitäts-Sicherung im Gesundheitswesen sind seit Ende der 80er Jahre in vielen Ländern etabliert. In England arbeitet seit 2000 NICE (National Institute for Health and Clinical excellence) und in Frankreich ebenso lange HAS (Haute Autorité de santé).

Das IQWiG war überfällig! In Deutschland haben wir bisher keine Positivliste (wie in den meisten europäischen Ländern), keine direkte Einflussnahme auf die Preise der Hersteller (wie auch in vielen Ländern), keinerlei wirksames Instrumentarium zu Begrenzung der Arzneimittelausgaben (wie in anderen Ländern). Neue Präparate können in Deutschland direkt nach ihrer Zulassung zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden (wie in anderen Ländern nicht!).

Die Folge: seit Jahren kräftige, oft zweistellige Ausgabenzuwächse bei Arzneimitteln, getrieben zu einem großen Teil durch patentgeschützte und teure Pseudoinnovationen ohne relevanten Zusatznutzen im Vergleich zu bewährten Präparaten. So werden Gelder der Solidargemeinschaft der Versicherten verschleudert. Diese Bewertung ist nicht gegen wirkliche Innovationen gerichtet, die es zum Glück auch gibt und die finanziert werden, denken wir etwa an die Behandlung von Multipler Sklerose, Enzymmangelkrankheiten oder Hepatitis C.

Viele Arzneimittel und andere therapeutische Maßnahmen sind Teil der Regelversorgung, ohne dass ihr patientenbezogener Nutzen belegt ist.

Dies sollte durch das neue Institut nun anders werden. Seine Aufgaben wurden im Gesetz festgelegt (§ 139 a SGB V):

- Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten
- Ausarbeitungen zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung
- Bewerten von medizinischen Leitlinien
- Empfehlungen für Disease-Management-Programme
- Nutzenbewertung von Arzneimitteln
- Erstellen von allgemein verständlichen Bürgerinformationen „zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung"

Das Institut beruht auf einer Stiftung und wird von der Selbstverwaltung finanziert. Es sitzt in Köln. Arbeitsaufträge erteilen der Gemeinsame Bundesausschuss und das Bundesministerium für Gesundheit. Ausführliche und interessante Beschreibungen der Aufgaben, der Aufträge, der Stellungnahmen, der Arbeitsmethodik usw. finden wir unter www.iqwig.de. Durch die

gerade diskutierte Gesundheitsreform soll das IQWiG zusätzlich mit Kostenbewertungen beauftragt werden.

Die Verfahrensabläufe im Institut sind klar geregelt. Der jeweilige Auftrag, ein Zeitplan, der Berichtsplan werden zuerst veröffentlicht. Danach wird ein Vorbericht erarbeitet, veröffentlicht und in einer fachöffentlichen Anhörung diskutiert. Dann erst wird der Abschlussbericht erstellt.

Die wissenschaftliche Methodik schließt die genaue Formulierung der Fragestellungen ein, die Darstellung der Suchstrategien für wissenschaftliche Studien, die Ein- und Ausschlusskriterien für die Heranziehung dieser Studien, Einbeziehung von Herstellerinformationen, statistische Methoden etc.

IQWiG
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Die Methoden des IQWiG werden in einer breiten Fachöffentlichkeit, auch bei internatonalen Experten zur Diskussion gestellt, festgeschrieben und regelmäßig aktualisiert. Derzeit wird Version 2 des Methodenpapiers entwickelt.

Zwei IQWiG-Wissenschaftler sind in diesem Jahr für ihre Arbeit mit Preisen ausgezeichnet worden.

Ein Blick auf einige im IQWiG bearbeiteten Themen zeigt, welche Brisanz in der Arbeit des IQWiG liegt:
Nutzenbewertung:

- Atorvastatin
- Insulinanaloga
- inhalatives Insulin
- Cholinesterasehemmer bei Demenz
- Ginkgo bei Demenz
- antihypertensive Wirkstoffe der ersten Wahl
- orale Antiidiabetika (Glitazone)

Es handelt sich durchweg um große Indikationsgebiete. Die evidenzbasierte Nutzenbewertung und Nutzen-Risikoabwägung wird für viele betroffene Patienten von hoher Relevanz und nicht zuletzt auch für die Ökonomie die Krankenkassen wichtig sein.

Insbesondere negative Ergebnisse der Bewertungen aber werden die Hersteller alarmieren.

Dass die Studienlage praktisch keine Überlegenheit für Atorvastatin belegen konnte und damit die Einbeziehung von Atorvastatin in die Festbetragsregelung wissenschaftlich bekräftigt wurde, hat für Pfizer millionenschwere Verluste gebracht.

Dass es keinen wissenschaftlichen Beleg für die Überlegenheit der kurzwirksamen Insulinanaloga gibt, wird auch diesen Herstellerfirmen schmerzliche Umsatzeinbrüche bescheren.

Es wird aber auch etwas ganz anderes deutlich, nämlich wie spärlich die wissenschaftliche Datenlage für einige therapeutische Standards wirklich ist.

Lange Jahre gab es die heile Welt der wunderbaren Innovationen, die in Wirklichkeit oft nur Scheininnovationen waren. Diese Fassade wird durch die Arbeitsergebnisse des Instituts nun angekratzt und in Frage gestellt. Den Pharmaherstellern wird die Deutungshoheit über die innovative Qualität und den Wert ihrer Arzneimittel streitig gemacht.

Es verwundert also nicht, dass das IQWiG schwersten Angriffen ausgesetzt ist. Ich selbst habe auf zwei Veranstaltungen erlebt, dass es nicht mehr um Gegenargumente und kritische Analysen ging (solche Diskussionskultur ist ja sehr anregend!). Das Niveau der Beiträge verkam zu ideologisch verbohrten Hetztiraden. Dieses Strickmuster ist bekannt. Das IQWiG wurde beschimpft als intransparent, innovationsfeindlich, inkompetent, verlogen, voreingenommen, nicht auf internationalem Standard, unqualifiziert usw. Es ist äußerst unangenehm, solcher Polemik ausgesetzt zu sein, ohne die Anwürfe im einzelnen nachvollziehen zu können. Was ich im Nachhinein prüfen konnte, hat sich nicht bestätigt.

Diese Veranstaltungen waren von der Industrie organisiert. Sie sind Teil einer Kampagne, deren Fortgang täglich in den medizinischen Zeitschriften zu genießen ist. Wissenschaftler werden so unter Druck gesetzt, dass sie sich nicht länger in der Lage sehen, für das IQWiG als Gutachter zu arbeiten. Der Chefarzt eines Krankenhauses erzählte mir, er erhalte täglich persönliche Aufforderungen, etwas gegen Sawicki und sein Institut zu schreiben.

Der VFA hat ein „Gegeninstitut" zum IQWiG gegründet.

Wie wird dieser Machtkampf ausgehen? Den Sieg im Kampf gegen die Positivliste hat die Industrie mehrfach und bis heute erfolgreich auf ihrem Konto verbucht. Sollte der Angriff auf die kritische Kompetenz des IQWiG Erfolg haben (wir stecken in einer gesundheitspolitischen Gemengelage, in der viel gekungelt wird), dann wäre das ein schwerer Rückschlag für alle, die an der Verbesserung und Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens interessiert sind ...

Der Stern titelte richtig:
„Das Pharmaduell. Ein Lehrstück über Lobbyismus zulasten der Beitragszahler" (Stern, 25/2006)

Ich war beim Apothekertag – eine Nachbereitung

von Katja Lorenz

Der Deutsche Apothekertag 2006 fand wieder in München statt. Seit Jahren pendelt er nur noch im Westen, zwischen Köln und München. Weil da alles so eingespielt ist – wird gesagt, wenn mal wieder die Forderung laut wird, dieses Treffen nach Berlin oder sonst wo in den Ostteil des Landes zu verlegen. Eigentlicher Grund ist, dass die zeitgleich stattfindende Expo-Pharm in Leipzig damals weniger Umsatz gemacht hat. So viel schon mal vorab zu unserem Dasein als Heilberufler ...

Ich war als Delegierte der Fraktion Gesundheit der Berliner Apothekerkammer dabei. Zum vierten Mal – so kann ich inzwischen gut vergleichen.

Vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitspolitischen Lage, war die Atmosphäre erstaunlich ruhig. Herr Wolf betonte zwar immer wieder, dass jetzt langsam Schluss wäre mit der leisen Lobbyarbeit, dass jetzt laut gesagt werden würde, wir seien dagegen. Leider wurde von Seiten der ABDA das Dagegensein wenig differenziert. Man bot sich als Fachmann/Gesprächspartner an; konkrete Vorschläge fehlten überwiegend. Dafür gab es viele Allgemeinplätze.

Herr Schily – der von der FDP – verstieg sich gar in der Behauptung, die geplante Reform wäre Leninismus. Wusste er, wovon er sprach? Weil es aber so schön klang, wurde es in den nächsten Tagen mehrfach wiederholt, auch vom Präsidenten selbst.

Sein Bericht und der Bericht des Geschäftsführers, Herrn Seitz, waren über weite Strecken ebenfalls redundant. Die Beispiele der Ketten in Norwegen und der Liberalisierungsfolgen des deutschen Strommarktes wurden mehrfach bemüht. Andere scheint es nicht zu geben.

Und ich war erschüttert, mit wem wir uns plötzlich verbündeten. Mehrmals wurde beispielsweise in diesem Zusammenhang die PKV genannt. Wie wichtig sie für ein solidarisches System wäre, und dass wir Apotheker uns entschieden für deren Erhalt aussprechen würden. Da hatten die Oberen wohl wieder vergessen, wen sie eigentlich vertreten sollen. Ein erheblicher Teil der Apothekerschaft ist ja wohl nicht privat versichert!

Der absolute Gipfel dieser „Wir-sitzen-doch-alle-im-selben-Boot"-Rederei war am letzten Tag unsere machtvolle Protestaktion im Saale. Wer da so alles auf die Bühne durfte. Sogar die Industrie! Obwohl „wir" die anderntags bestimmt wieder als Preistreiber benennen würden ...

Aber „die Apothekerschaft" beklatschte alles, sobald die Redner nur Luft holten. Es ist im Nachhinein ja sehr bedauert worden, dass die Medien so gar keine Notiz von der Aktion genommen hatten. Ich war froh: Es war zu peinlich!

Schade, dass die Organisatoren nicht wieder den Mut des Apothekertages 2004 fanden. Damals war Joachim Gauck als Gastredner eingeladen. Er sprach über die sehr verschiedenen Biographien in Ost und West, über den Respekt, den wir uns gegenseitig erweisen sollten. Es war still im Saal, es war berührend, wir haben noch Tage über diesen Vortrag gesprochen, wir haben uns unsere Geschichten erzählt. Es war endlich mal ein Blick über den Tellerrand, endlich mal keine Nabelschau. Das hatte mir Hoffnung gemacht. Genauso wie die Neubesetzung der höchsten Ämter: Wolf, Schmidt, Linz!

Von Aufbruch war diesmal nichts mehr zu spüren. War das Resignation? Dass die Anträge nahezu ohne Diskussion durchgingen? Klar, es wurden noch ein paar Rituale gepflegt: Gab es einen Antrag von „ Frau Hoffmann und Kollg.", musste man den niedermachen und Frau Hoffmann möglichst nicht zu Wort kommen lassen. Nun ja.

Gleich zu Beginn hatte es noch eine Erstaunlichkeit gegeben: Frau Oppenkowski bekam erstmals die Gelegenheit eines Grußwortes im Namen der ADEXA. Ihre kurze Rede wirkte allerdings so, als wäre sie davon selbst überrumpelt worden. Trotzdem lässt einen der Fakt als solcher aufhorchen!

Der Vollständigkeit halber: Es gab zwei Arbeitskreise zu den Themen „ Pharmazeutische Dienstleistungen für die Patienten" und „Wirtschaftliche Verantwortung in der AM-Versorgung". Die Bezeichnung Arbeitskreis ist allerdings irreführend: weder arbeitet der Kreis zwischen den Apothekertagen und stellt dann seine Ergebnisse vor, noch kann man sich aussuchen, ob man an diesem oder jenem teilnehmen und mitdiskutieren möchte: Es gibt

eine Podiumsdiskussion, verschiedene Impulsreferate (ich liebe dieses Wort!) und dann diskutiert das ganze Auditorium, also die üblichen Verdächtigen. Im Anschluss werden die dazu passenden Anträge abgestimmt. (Berliner Anträge s. RB 64).

Trotzdem war es interessant, da auch kontrovers Diskutierende, z. B. Herr Hartmann-Besche von der BKK, eingeladen wurden. Bei Frau Fischer, Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, wusste man allerdings nicht, ob das kontrovers oder schlicht ahnungslos war ...

Da wir es geschafft hatten, pünktlich den neuen RB fertig zu stellen, konnte mir Gudrun einen Karton druckfrischer Exemplare nach München schicken. Mit einem Teil hab ich täglich den Pressetisch bestückt und auch nachgelegt, weil sie recht gut weggingen. Es war erhebend, RB-lesende Apothekertagsteilnehmer im Sitzungssaal zu entdecken. Einen kleineren Teil hab ich am Rande der EXPO-Pharm verteilt, z. B. bei den Studierenden oder bei ADEXA. Der BPhD hat inzwischen Kontakt zum Vorstand aufgenommen...

Falls wir Berliner es schaffen sollten, im März 2007 als Fraktion Gesundheit wieder in die Kammerversammlung gewählt zu werden, werde ich dann vom Apothekertag 2007 berichten.

Abenteuer Weiterbildung

von Katja Lorenz

Einige Jahre nach Beendigung des Studiums – verbracht in verschiedenen öffentlichen Apotheken und der Elternzeit – stellte ich fest, dass ich „Kraft drüber" und Lust auf Veränderung hatte. Da las ich in der PZ eine Stellenanzeige. Gesucht wurde ein/e ApothekerIn für eine befristete Stelle zur Weiterbildung zum/r Fachapotheker/in für öffentliches Pharmaziewesen bei der Senatsverwaltung. In dieser Zeit traf ich zufällig eine ehemalige Studienkollegin, die gerade diese Weiterbildung absolvierte und Spannendes von diesem Wechsel der Perspektive (von der Apotheke zur Überwachung des AM-Marktes) berichtete.

Gerade war die Verpflichtung von Heimversorgungsverträgen ins Apothekengesetz geschrieben worden. Ich arbeitete selbst in einer versorgenden Apotheke und war damals für den VDPP in der Anhörung zur Gesetzesänderung gewesen. Im neuen Job würde es u. a. darum gehen, diese Verträge und deren Umsetzung zu prüfen und an neuen Gesetzesänderungen frühzeitig mitarbeiten zu können.

Ich wurde neugierig, schrieb meine Bewerbung und wurde genommen.

Die Weiterbildung zum/r Fachapotheker/in für öffentliches Gesundheitswesen, wie sie in einigen Ländern heißt, ist erst in fünf Bundesländern möglich: in Brandenburg, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Berlin.

In einem Teil dieser Länder sind die Inhalte in der Weiterbildungsordnung der Kammern festgelegt. In Berlin gilt die Kammerverordnung lediglich für die grundsätzlichen Regelungen der Weiterbildung. Für die konkrete Ausgestaltung wurde von der Senatsverwaltung eine Verordnung erlassen.

Voraussetzung für den Beginn der Weiterbildung ist eine dreijährige Tätigkeit als Apotheker/in. Es gibt in Berlin drei anerkannte Weiterbildungsstätten: die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (zukünftig wohl: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz), das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) und das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL). An den beiden erstgenannten Stätten kann die Weiterbildung auf einer Planstelle erfolgen.

Sie dauert bei Vollbeschäftigung drei Jahre. In dieser Zeit muss man mindestens sechs Monate in der obersten Landesbehörde (Senatsverwaltung in Berlin) und sollte man drei Monate in der AM-Untersuchungsstelle (ILAT in Berlin) arbeiten. Dazu kommt die Teilnahme am Lehrgang „Öffentliches Gesundheitswesen" an der Akademie in Düsseldorf bzw. der Besuch verschiedener, gleichwertiger Seminare der Rechts- und Verwaltungskunde an anderen Einrichtungen (Verwaltungsakademie in Berlin).

Ich hatte also eine Planstelle beim LAGetSi (jetzt LAGeSo) ergattert und - da in Teilzeit - einen Arbeitsvertrag für vier Jahre bekommen. Das LAGeSo ist u. a. verantwortlich für die Überwachung des AM-Marktes in Berlin.

Die gesetzliche Grundlage dafür bildet das „Allgemeine Gesetz zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung in Berlin – ASOG Bln". Hier sind die verschiedenen Ordnungsbehörden, Aufsichtsbehörden, Fachaufsichten und deren Befugnisse benannt und es ist geregelt, wie Vorladungen, Datenerhebungen usw. zu erfolgen haben. Dazu gibt es als Anlage den „Zuständigkeitskatalog Ordnungsaufgaben – ZustKatOrd". Hier ist konkret das LAGeSo für folgende Aufgaben benannt:

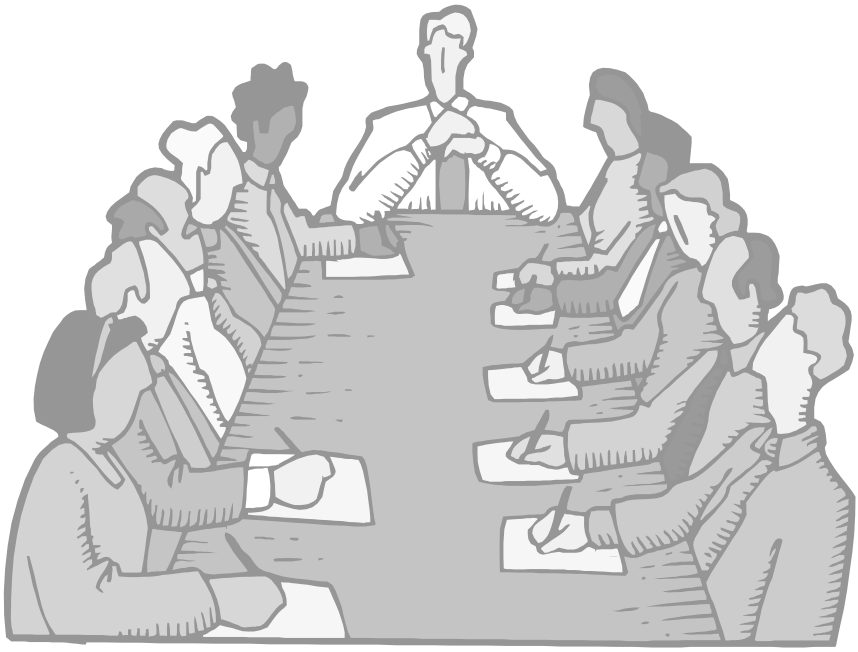
Für das Apothekenwesen:

- Erteilung von Betriebserlaubnissen (ca. 870 öffentliche Apotheken und 11 Krankenhausapotheken, Filialisierung!),
- Abnahme und Schließung,
- Genehmigung für Versorgungsverträge (Krankenhaus und Heime),

- Genehmigung für Verwaltungen, Großhandel, Versandhandel,
- allgemeine Aufsicht.

Für Pharmazeutische Unternehmer, d. h. Hersteller, Großhandel (u. a. Sanofi-Aventis, Schering, aber auch Klosterfrau, Biodiät; Blutbanken und Kreißsäle; ANZAG, GEHE, Phoenix, aber auch zig Teilsortimenter ...):

- Erteilung der Herstellungs- und Großhandelserlaubnis,
- allgemeine Aufsicht (Inspektionen, GMP-Zertifikate),
- Überwachung des Heilmittelwerbegesetzes, Zusammenarbeit mit dem Zoll,
- Probenzug (auch in Apotheken!)



Gesetzliche Grundlagen dafür sind AMG, ApoG, ApoBetrO, HWG, PhBetrVO (neu: AMWHV), AMGHBetrVO, TFG (teilw.), AMG-VwV, ...

Bisher habe ich in der Überwachung der Apotheken und Pharmazeutischen Unternehmer und im ILAT gearbeitet. Im Moment (bis Mai 2007) bin ich in der Senatsverwaltung. Danach werde ich für ein halbes Jahr nochmals ins LAGeSo zurück kehren. Am Ende steht dann die Fachapothekerprüfung.

Ich habe Apothekeneröffnungen vorbereitet und daran teilgenommen; habe 'zig Heimversorgungsverträge geprüft und genehmigt, Protokolle der Apothekenrevisionen nachbearbeitet. Ich habe Widerrufe der Betriebserlaubnis bearbeitet, Bußgelder verhängt, Straftaten für die Staatsanwaltschaft beschrieben, war Expertin vor Gericht und bei Durchsuchungen.

Ich habe Anträge für Großhandelserlaubnisse bearbeitet, an Firmeninspektionen teilgenommen, Proben gezogen und bearbeitet, Präparate als Arzneimittel eingestuft, das Inverkehrbringen nicht zugelassenen AM untersagt.

Ich habe die Voten Berlins für verschiedene Gesetze und Verordnungen vorbereitet und versucht, mittels Länderumfrage ein einheitliches Vorgehen der Länder in Überwachungsfragen zu erreichen.

Darüber hinaus habe ich Lehrgänge mit so klangvollen Namen wie „Einführung in das Verwaltungsvollstreckungsgesetz" und „Die behördliche Anordnung der sofortigen Vollziehung" oder „Rechtssichere Bekanntgabe und Zustellung von Verwaltungsentscheiden" absolviert und dabei viel für meine Arbeit und fürs Leben gelernt.

Ich habe lernen müssen, dass „vor Gericht und auf hoher See" der Verlauf der Dinge nicht nur – oder sogar weniger? – vom eigenen Können abhängt, und wie das mit dem Unterschied zwischen „Recht haben" und „Recht bekommen" ist.

Ich habe gelernt, dass ein globaler, oder zumindest europäischer AM-Markt mit föderalen Strukturen kaum zu bewältigen ist und was die „politische Ebene" aus fachlichen Meinungen machen kann.

Und – da ein Ende doch schon in Sicht ist – ein Resümee: Ich bin froh, mich für diese Weiterbildung entschieden zu haben. Sie hat mir in relativ kurzer Zeit intensive Einblicke in völlig verschiedene Bereiche geboten. Sie hat mich gefordert (zuweilen auch überfordert) und mir gezeigt, was ich alles – lernen - kann. Zuvor befragt, hätte ich mir die meisten Dinge nicht zugetraut.

Das ist Wissen, das mir keiner mehr nehmen kann. Auch wenn Berlin lieber wieder neue Stellen für „Apotheker/innen zur Weiterbildung" ausschreiben, als die von der Stadt selbst weiter gebildeten Kräfte einstellen wird.

Impressionen vom Tag der offenen Tür beim Bundesinstitut für Risikobewertung in Berlin

von Regina Schumann

Am 9. September 2006, einem schönen Spätsommertag, öffnete „mein" Institut zum zweiten Mal die Pforten auf dem Gelände in Marienfelde. Nach Angaben der Pressestelle strömten mehr als anderthalb Tausend Gäste ins BfR, um sich an vielen praktischen Beispielen zeigen zu lassen, was das Institut für den gesundheitlichen Verbraucherschutz leistet. Auch die Regionalgruppe Berlin des VDPP war vertreten, Thomas Schulz als aktiver Gestalter (gleich am Eingang des Geländes präsentierte er die möglichen Gefahren des Wasserpfeifenrauchens), Christiane Hefendehl mit Kindern und Katja Lorenz als interessierte Besucherinnen und ich als moralische Unterstützung meiner Kollegen und Kolleginnen.

Im Mittelpunkt des Tages standen Themen zur Sicherheit von Stoffen und Produkten. Auf dem wissenschaftlichen Erlebnispfad konnten die Besucher einen Blick in die Labore werfen. Kinder und Jugendliche hatten im Gläsernen Labor Gelegenheit, zu „forschen", in der Kinderuniversität schmeckten, fühlten und erlebten die kleinen Studenten, woran man frische Lebensmittel erkennt und wie man mit ihnen umgeht. Eingebettet war das ganze in ein Sommerfest mit Essen und Musik und Kinderspielen.

Ich hatte mir – neben einem schnellen Rundgang auf dem wissenschaftlichen Lehrpfad – insbesondere die Kinderuniversität angesehen. Die kleinen Zuhörer stellten – ausgestattet mit Schürze und Kochmütze – aus einem Sortiment an Lebensmitteln ein mehr oder weniger gesundes Frühstück zusammen. Viele wussten, woran man gesunde Lebensmittel erkennt, suchten sich aber dann doch lieber die Leckereien aus. Die Begeisterung war groß, insbesondere bei den Freiwilligen, die danach ihr Frühstück mit Genuss verdrückten.

Am schönsten waren für mich die entspannten und gemütlichen Gespräche mit den Kolleginnen und Kollegen bei Waffeln, Kuchen und Kaffee. Aber auch die anderen VDPPler kamen auf ihre Kosten.

Katja absolvierte wissbegierig den Lehrpfad. Gegen Abend entspannte sich Thomas beim „Chillout" an seiner „Shisha-Lounge". Nur für Christianes Kinder waren die Angebote noch nicht so geeignet. Teresa konnte aber wenigstens im Verkehrskindergarten der Polizei ihr sicheres Verhalten im Verkehr zeigen.

Kunst mit Nebenwirkungen

von Regina Schumann

1995 musste die Apotheke am Viktoriapark in Berlin-Kreuzberg schließen. Das Haus war verkauft worden, der neue Eigentümer wollte sehr viel mehr Miete, die Apotheke war nicht mehr wirtschaftlich. Viele der Berliner VDPP-Mitglieder erinnern sich noch an die Apotheke und ihr einzigartiges Konzept. Die Apotheke war bekannt für die Herstellung und den Vertrieb naturheilkundlicher Mittel und ihre ausführliche Kundenberatung. Welche Frau kannte nicht das Diaphragma-Gel aus der Viktoriapark-Apotheke?

Ein neuer Mieter wurde nicht gefunden, die Apothekeneinrichtung war verkauft worden. Jahrelang standen die ehemaligen Apothekenbetriebsräume leer. Doch neues Leben blüht aus den Ruinen … im Mai 1999 entstanden dort durch die Initiative von 3 Künstlerinnen Arbeits- und Atelierplätze. Eine erste Ausstellung fand im Winter 2001 statt. Zweimal im Jahr finden offene Ateliers mit Werkschau statt. Die Ateliergemeinschaft „alte Apotheke am Viktoriapark" findet man in der Hagelberger Straße 42 / Ecke Großbeerenstrasse (U-Bahnstation: Mehringdamm). Sie ist für Publikum immer mittwochs von 17 bis 19 Uhr geöffnet. Nähere Informationen unter www.apoviki.de.

Anfrage zu den Wahlen in Berlin

von Thomas Schulz

An Birgitt Bender, Dr. Harald Terpe, Renate Künast, Vorsitz Tempelhof-Schöneberg

Bundestagsdrucksache 16/2506 vom 5.9.06
„Fremd- und Mehrbesitzverbot für Apotheken aufheben"
http://dip.bundestag.de/btd/16/025/1602506.pdf

Liebe Parteifreunde,

als linker Grüner und Apotheker (der keine Apotheke besitzt, nicht in der Apotheke arbeitet und daher auch keine Angst um seinen Arbeitsplatz hat) nehme ich diesen Antrag irritiert zur Kenntnis und hoffe auf aussagekräftige Antworten vor der Wahl zum Berliner Abgeordnetenhaus am kommenden Sonntag.

Sollte ich keine ausreichende Antwort erhalten, muss ich davon ausgehen, dass meine Partei auf einmal zu einer FDP mit Sonnenblumen-Deko mutiert ist. Ich würde dann am kommenden Sonntag eine wirklich linke Partei wählen …

Frage 1a und 1b:
Wirtschaftlichkeitsreserven in Höhe von 2 Milliarden Euro. Worauf basieren die Schätzungen der Fachleute? Gehe ich zuerst von einer Rationalisierung in der Arzneimittelabgabe aus, schließlich sind wir uns alle einig, dass es zu viele Apotheken in Deutschland gibt, dann ließen sich von den derzeit rund 140.000 Apothekenmitarbeiterinnen vielleicht 40.000 einsparen. Damit wäre aber noch keine Ersparnis in der gewünschten Höhe erreicht.

Sind die Kosten für die Unterstützung der zu entlassenden 40.000 Apothekenmitarbeiterinnen berücksichtigt? Emotionale Aufgeregtheiten über einen massiven Arbeitsplatzabbau halte ich für verlogen und überflüssig: Entlassungen gehören überall zum guten Ton und warum sollte ausgerechnet Bündnis 90/Die Grünen anders sein?

Frage 2:
Wurde eigentlich bei den Grünen darüber nachgedacht, dass Apotheken in öffentliche Trägerschaft übernommen werden könnten? Krankenkassen und Kommunen könnten die Abgabe von Arzneimitteln als wichtige Aufgabe übernehmen, die ohne kommerzielle Orientierung stattfinden sollte. Das wäre eine Überlegung, die einer linken Partei gut zu Gesicht stehen würde …

Frage 3:
Werden Arzneimittel von grüner Seite genauso eingeschätzt wie Lebensmittel und Elektronikartikel? Dann mögen Sonderangebote die korrekte Form der Vermarktung sein (Geiz ist geil!) … Als Arzneimittelfachmann denke ich allerdings die an vielen tausend Tote, die derzeit pro Jahr auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen zurückzuführen sind. Dazu erwarte ich von einer Partei, die die Nachhaltigkeit propagiert etwas differenziertere Vorschläge als bloße Hinweise auf den Markt und den Preiswettbewerb.

Frage 4:
Ist den Antragstellern bekannt, dass in den völlig deregulierten USA, wo der Fremdbesitz nicht verboten ist und Apothekenketten existieren, wesentlich höhere Medikamentenpreise zu zahlen sind als in Deutschland ?

Frage 5:
Warum fällt den Grünen als einzige Lösung der unbefriedigenden Situation nur eine hemmungslose Liberalisierung und Unterstützung von Großkonzernen und Kapitalgesellschaften ein? Siehe auch Frage 2 ...

(Wir würden gerne über die Antworten berichten, doch es gab bislang keine, bis auf einen Anruf des Büros von Harald Terpe, der den Antrag allerdings nicht unterstützt hat.)

Presseerklärung zum DocMorris-Urteil

Hamburg, den 14. September 2006

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) begrüßt die Entscheidung des Verwaltungsgerichtes Saarbrücken. Das Verwaltungsgericht ordnete eine Schließung der DocMorris-Filiale in Saarbrücken an.

Der VDPP verurteilt den Trend zur hemmungslosen Liberalisierung und Unterstützung von Großkonzernen und Kapitalgesellschaften im Bereich der Arzneimitteldistribution, der jüngst durch eine Gesetzesinitiative von Bündnis90/Die Grünen zur Aufhebung des Verbotes von Fremd- und Mehrbesitz für Apotheken auf die Spitze getrieben wurde.
Der VDPP weist darauf hin, dass Länder mit völliger Deregulierung der Apothekenlandschaft, wie z. B. die USA, über ein wesentlich höheres Arzneimittelpreisniveau verfügen als Deutschland. Es bleibt völlig unklar, wo die Rationalisierungsreserven in Höhe von 2 Milliarden Euro durch eine Deregulierung im Apothekenrecht mobilisiert werden sollen. Selbst eine Entlassung von 40.000 der ca. 140.000 ApothekenmitarbeiterInnen würde nicht diese Einsparung erbringen.

Der VDPP stellt fest, dass Arzneimittel keine gewöhnlichen Waren sind. Im Gegensatz zu den Deregulierungsbestrebungen fordern wir eine von ökonomischen Zwängen befreite Beratungstätigkeit der ApothekerInnen. Dieses ließe sich wesentlich

überzeugender in einer Apotheke realisieren, die als Teil eines medizinischen Versorgungszentrums unter der Leitung einer Stadtverwaltung oder eines regional einheitlichen Krankenkassenverbandes getragen wird, als in dem Umfeld einer auf Gewinnmaximierung orientierten Kapitalgesellschaft. Den Weg in den „Supermarkt Gesundheit", der vom „Hustensaft des Monats" oder dem „Schmerzmittel der Woche" geprägt ist, will der VDPP nicht mitgehen.

Dr. Thomas Schulz
(VDPP-Vorstand)

Aufhebung von Fremd- und Mehrbesitzverbot für Apotheken

Brief an Bündnis 90/Die Grünen

Herrn Reinhard Bütikofer
Bündnis 90/Die Grünen
Bundesgeschäftsstelle
Postfach 040609
10063 Berlin

Cc: Birgitt Bender, MdB und
Dr. Harald Terpe, MdB,
Platz der Republik 1,
11011 Berlin

Hamburg, den 2.11.06

Sehr geehrter Herr Bütikofer,

der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) repräsentiert fortschrittliche und linke Apothekerinnen und Apotheker, die in vielen Tätigkeitsfeldern – Apotheke, Krankenkasse, Industrie, Verwaltung, Lehre; selbständig, angestellt oder verbeamtet – ihre Profession ausüben. Einige Vereinsmitglieder sind auch Mitglieder von Bündnis 90/Die Grünen.

Unser Verein ist irritiert über die Kampagne gegen das Fremd- und Mehrbesitzverbot von Apotheken, die bislang im Antrag an den Bundestag (Drs. 16/025) ihren Höhepunkt fand. Nach Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes sind danach aus grüner Sicht Einsparungspotenziale von bis zu 2 Milliarden Euro gegeben. Wir sehen dieses Einsparungspotenzial nicht und bitten Sie, uns Auskunft darüber zu geben, auf welcher Grundlage diese Berechnungen erfolgten.

Aus der Begründung des Antrages lässt sich die Erwartung der Grünen herauslesen, dass Aktiengesellschaften und in der Folge multinationale Konzerne für eine vergleichbare Arzneimittelsicherheit sorgen werden, wie die bisherige Apothekenstruktur. Aus unserer Sicht ist der bisherige Stand der Arzneimittelsicherheit nicht zufrieden stellend. Wir sind uns der noch vorhandenen qualitativen Mängel in der Beratung durchaus bewusst. Wir sehen hier Verbesserungsbedarf, der allerdings nicht durch das Wirken von Kapitalgesellschaften und multinationalen Konzernen zu decken ist. Es verwundert uns, dass ausgerechnet Bündnis 90/Die Grünen in diesem Weg eine Lösung sehen.

In der Debatte zum Antrag von Bündnis 90/Die Grünen vertrat Birgitt Bender ein für uns nicht akzeptables Arzneimittelverständnis: Danach wäre die Arzneimittelabgabe etwa so unproblematisch wie der Verkauf von Brötchen. Die Behauptung von Bender, dass „für die Qualität der Beratung (…) die Besitzverhältnisse keine Bedeutung (haben)", ist aus der Sicht des Apothekenalltags naiv. Aus unserer Berufserfahrung heraus haben wir die Forderung nach einer von ökonomischen Zwängen befreiten Beratungstätigkeit erhoben. Ein erster Schritt in diese Richtung war die Einführung des Fixbetrages von 8,10 € für die Vergütung an die Apotheker.

Es geht eben nicht darum, dass ein angestellter Apotheker ebenso gut oder schlecht beraten kann wie ein Selbständiger. Es geht um die (ökonomische) Macht im Hintergrund.

Wir sehen in der Gleichstellung von nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln mit Brötchen und Wurst einen gefährlichen Irrweg für den Verbraucherschutz. Als Arzneimittelfachleute wissen wir, dass der jahrelange Gebrauch und Missbrauch von bestimmten freiverkäuflichen Arzneimitteln zu Gesundheitsschäden führen kann. Sollen diese Arzneimittel von nun an über Sonderangebote und aggressives Marketing verstärkt unter die Verbraucher gebracht werden?

Unser Verein würde gern diese grundsätzlichen Fragen zur Arzneimitteldistribution mit den gesundheitspolitischen Experten der Partei und Ihnen, Herr Bütikofer, diskutieren.

Für Rücksprachen stehe ich Ihnen als Mitglied des VDPP-Vorstandes unter folgender Adresse zur Verfügung:

Dr. Thomas Schulz
Hertelstraße 10
12161 Berlin
Tel. 030 / 850 74 341
Mail: TGSchulz@web.de

Wir verbleiben in Erwartung eines Gesprächstermins

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Thomas Schulz
(VDPP-Vorstand)

(Auch auf diesen Brief gab es bislang keine Reaktion, aber wir werden am Ball bleiben.)

Protokoll der Vorstandssitzung vom 12. Juli 2006 in Hamburg

von Uschi Blöcker

Anwesend: Bernd Rehberg, Uschi Blöcker, Thomas Schulz, für die Geschäftsstelle: Gudrun Meiburg, als Gäste: Christl Trischler, Jürgen Große und Thomas Hammer

Beginn: 19 Uhr 40

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

TOP 2: **Genehmigung der Tagesordnung**
Die Tagesordnung wurde genehmigt.

TOP 3: **Protokoll der letzten Vorstandssitzung vom 29.04.06**
Das Protokoll wurde ohne Änderungen genehmigt.

TOP 4: **Beschlusskontrolle**
5c) Überarbeitete Version der VDPP-Vorstellung für den Pharmazeutenkalender ist fertig und wird an die Redaktion verschickt

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

TOP 5: Unterschriftsblatt für die Postbank ist neu ausgestellt und wird jetzt weitergeleitet.

Die Vereinssatzung des VDPP ist auf Jürgens Festplatte nicht zu finden und wird jetzt neu eingescannt – das soll bis zur nächsten Vorstandssitzung geschehen sein und kann dann in die Homepage integriert werden.

Die Geschäftsstelle hat neuen Drucker mit Scanner.

TOP 6: Die Postbank kann für Geschäftskonten die Kontoführungsgebühr nicht erlassen oder reduzieren. Sie schlägt ein Festgeldkonto vor, das durch die Zinsen die Gebühren ausgleicht. **Beschluss: Festgeldkonto wird eingerichtet**!

TOP 9: Herbstseminar wurde auf der MV in Berlin zugunsten von 25 Jahre BUKO gestrichen.

TOP11: Rundbrief Nr. 63 erschien pünktlich.

TOP 5: **Bericht aus der Geschäftsstelle**

Für 2005 sind jetzt alle Beiträge eingegangen – bis auf einen.

Eine Betriebsprüfung der Bundesknappschaft steht an – aber das hat Gudrun im Griff.

Flyer zum 25. Geburtstag von BUKO warten auf Verschickung. Sie sollen zusammen mit einem „ Aufrüttel-brief“ an die Mitglieder verschickt werden (der wird von Thomas und Bernd noch erarbeitet)

Die Ausgaben für die Mitgliederversammlung im Juni sind noch nicht fertig verbucht – deshalb gibt es noch keine ganz genaue Aussage zur Endabrechnung (Überschuss oder Unterdeckung!)

5000 € sind jetzt bei der GLS mit Ökobank als Festgeld angelegt.

TOP 6: **Kassenbericht**
Keine Veränderungen seit der MV.

TOP 7: **Bericht aus den Regionen**
Hamburger treffen sich weiterhin regelmäßig in Abstand von 2 oder manchmal 4 Wochen. Tagespolitik und spezielle Apothekenprobleme werden diskutiert. Nächstes Treffen am 26.07.06 bei Bernd Rehberg.

Berlin: Treffen alle zwei Monate bei Ulrike Faber. Protokollentwurf der MV von Katja liegt vor, wird im nächsten Rundbrief als vorläufiges Protokoll abgedruckt.

Die Berliner bereiten sich auf die Kammerwahl vor und diskutieren, wer für die Fraktion Gesundheit kandidieren könnte.

Hessen: Regionaltreffen fand am 19.06.2006 statt. Diskussion zu einem Mitglied, das irrtümlicherweise als „ausgetreten" aus dem VDPP“ gelistet ist. Die „Südländer“ treffen sich im August wieder. Christl Trischler organisiert das für FfM.

TOP 8: **MV-Rückblick**
„Alarmschreiben“ des VDPP wird von Thomas erarbeitet und an den Vorstand und die Redaktion zur Überarbeitung geschickt.

Da das Herbstseminar zugunsten vom 25. BUKO-Geburtstag ausfällt soll **BUKO von uns eine Spende von 1000 € erhalten.**

Referent/In für den Vorstand = wissenschaftliches Sekretariat
Ausschreibungsanzeige soll im nächsten Rundbrief erscheinen.

Anforderungen: Pharmaziestudium, Berlin oder Hamburg als Wohnsitz, gesundheitspolitische Interessen, Spaß am Formulieren von Texten.

Aufgaben: Pressestudium, Erarbeitung des VDPP-aktuell, Unterstützung der Vorstandsarbeit, Mitgliedermotivation, Öffentlichkeitsarbeit.

Bezahlung: erfolgt auf Honorarbasis ca. 25 € pro Stunde (Bernd klärt das noch mit dem Steuerberater, was günstiger für alle ist 400 € oder 800 € oder...)

Arbeitszeit: ca. 40 Stunden im Monat

TOP 9: **Aktuelle Gesundheitspolitik**
Artikel vom 09.07.2006 in der Welt am Sonntag über die erste „Fremdbesitzapotheke" in Saarbrücken.

Diskussion ob EU-Recht über Nationalem Recht steht.

TOP 10: **Rundbrief**
Jürgen wartet – wie immer – auf Artikel und Bilder.

Bernd möchte gerne wieder das Grußwort schreiben.

TOP 11: **Verschiedenes**
Thomas hat die Fragebögen über die Tätigkeitsbereiche der VDPP-Mitglieder ausgewertet.

Es gab 36 Rückmeldungen:

20 Offizin-ApothekerInnen
3 PTA-Schul-LehrerInnen
3 WissenschaftlerInnen
3 Behörde
2 Industrie
2 Krankenkasse
1 Rentner
2 Sonstige

Dabei waren auch 35 neueste E-Mail-Kontaktadressen – für den VDPP.

Nächste Vorstandssitzung: 06.09.2006 – nach den Sommerferien!

VDPP zum Eckpunktepapier

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) begrüßt die in den „ Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006" der Koalition vorgesehene Möglichkeit von Preisverhandlungen zwischen Apotheken und Arzneimittelherstellern zur Entlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der VDPP lehnt allerdings die „Haftung" der Apotheken bei Nichterfüllung eines Einsparziels von 500 Millionen Euro entschieden ab.

Von 1995 bis 2005 sind die GKV-Ausgaben für Arzneimittel von 16,05 Mrd. auf 23,65 Mrd. Euro gestiegen, das ist eine Steigerung um 47,4 %. Im selben Zeitraum sank der Anteil von Apotheken und pharmazeutischem Großhandel daran von 5,00 Mrd. auf 4,94 Mrd. Euro, ein Rückgang um 1,2 %. Der Anteil der pharmazeutischen Industrie hingegen stieg von 8,94 Mrd. auf 15,44 Mrd. Euro, was einer Steigerung um 72,7 % entspricht. Neben der pharmazeutischen Industrie war der Finanzminister der zweite große Profiteur, die Einnahmen aus der Mehrwertsteuer stiegen von 2,11 Mrd. auf 3,27 Mrd. Euro, das ist eine Steigerung um 55%. Noch nicht berücksichtigt wurde die Mehrwertsteuererhöhung ab 1. Januar 2007, die zusätzliche Kosten von mehr als 500 Millionen Euro zu Lasten der GKV verursachen wird.

Diese Zahlen machen deutlich, dass die Apotheken nicht für die Ausgabensteigerungen für Arzneimittel verantwortlich sind. Die Apotheken haben noch nicht einmal von ihnen profitiert! Dennoch sollen sie – im Falle des Scheiterns entsprechender Preisverhandlungen – für bis zu 12,6 % ihrer Einnahmen (2005: 3,97 Mrd.) aus den GKV-Aufwendungen haften. Dies wäre durchaus geeignet, die flächendeckende Arzneimittelversorgung in Deutschland ernsthaft zu gefährden, zumal auch schon die Regelungen des in diesem Jahre in Kraft getretenen Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes greifen und für nicht unerhebliche Einnahmerückgänge der Apotheken sorgen.

Der VDPP sieht durchaus noch Einsparmöglichkeiten im Arzneimittelbereich und begrüßt es, wenn Apotheken mit dazu beitragen können, hält aber das im Eckpunktepapier genannte Einsparziel für unrealistisch und lehnt die daraus folgende Apothekenhaftung ab. Der VDPP hält eine Erweiterung der Aut-idem-Regelung und eine Einrechnung der daraus folgenden Einsparungen in ein realistisches Sparziel für sinnvoller. Wenn im Rahmen der Aut-idem-Regelung eine Apotheke statt eines Medikaments für 20 Euro eines für 15 Euro abgibt, dann bringt dies der GKV mehr als etwa eine Rabattierung des Medikaments für 20 Euro um 10 %.

Eine wesentlich stärkere Entlastung der GKV wäre durch eine Senkung der Mehrwertsteuer auf den ermäßigten Satz möglich. Hier liegt ein Einsparpotenzial von ca. 2 Milliarden Euro.

Dr. Thomas Schulz
(VDPP-Vorstand)

Hamburg, 21. September 2006

Zum Urteil des OVG Berlin

Eine erste Stellungnahme des VDPP zu den berufspolitischen Konsequenzen aus dem Urteil des OVG Berlin vom 14. Dezember 2006, die Frage der Mitgliedschaft der Apothekerkammer Berlin in der ABDA betreffend

von Ingeborg Simon

Am 6. Mai 2004 verurteilte das Verwaltungsgericht Berlin die Apothekerkammer Berlin dazu, aus der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) auszutreten. Entscheidend für die Richter war, dass sie die binnendemokratisch geforderte Beteiligungs- und Mitwirkungschance der einzelnen Pflichtmitglieder der Apothekerkammer durch die mit der ABDA eingegangene Kooperation nicht gewährleistet sahen. Das begründeten sie mit der in der ABDA stattfindenden satzungsmäßig gesicherten Bevorzugung der Teilgruppe der selbständig tätigen Apotheker und der sich daraus ergebenden Verletzung der Verpflichtung der Apothekerkammer Berlin als Zwangskorporation zur Einhaltung des Gleichbehandlungsgrundsatzes.

Das Oberverwaltungsgericht Berlin (OVG Berlin) folgte dieser Argumentation nicht und änderte das Urteil ab mit dem Ergebnis, dass die Apothekerkammer Berlin ihre Mitgliedschaft in der ABDA aufrechterhalten kann.

Da dem VDPP die schriftliche Urteilsbegründung noch nicht zur Verfügung steht, können wir uns dazu erst zu einem späteren Zeitpunkt äußern. Der VDPP hält es aber für dringend geboten, Stellung zu einem Rechtsgutachten zu beziehen, von dessen Existenz der VDPP erst jetzt im Kontext des Prozesses in Berlin erfuhr. Das Gutachten wurde von der ABDA in Auftrag gegeben im Zusammenhang mit unterschiedlichen Prozessen und Urteilen, die die ABDA und Kammermitgliedschaften thematisierten. Mit Datum vom August 2004 wurde das Rechtsgutachten zu Fragen der verfassungs- und kammerrechtlichen Zuständigkeit der Mitgliedschaft von Landesapothekerkammern in der ABDA veröffentlicht. Sein Autor ist Prof. Dr. W. Kluth (Professor für öffentliches Recht an der Martin- Luther-Universität Halle-Wittenberg) .

In dem berufspolitisch bedeutsamen Gutachten wird bestritten, dass das von den Zwangskörperschaften zu beachtende Demokratieprinzip gemäß Art. 2 (1) GG bei Kooperationen der Kammern mit anderen Organisationen zu beachten sei und dass im Bereich der Berufsvertretung der Apotheker von einem geteilten Berufsbild zwischen angestellten/beamteten und selbständig tätigen Apothekern ausgegangen werden müsse.

Aufgrund dieser These kommt das Gutachten zu dem Ergebnis, dass weder aus dem Kammer- noch aus dem Verfassungsrecht eine Pflicht abgeleitet werden könne, in den Kammern selbst oder bei Kooperationen mit anderen Organisationen ein bestimmtes Maß an Einfluss zugunsten der angestellten Apotheker sicherzustellen. Das Gutachten verneint ausdrücklich die Existenz eines differenzierten Berufsstandes der Apotheker. Es gäbe nur **den** Apotheker und keine Teilung in angestellte/beamtete und selbständig tätige Apotheker. Diese Einschätzung führt den Gutachter zwingend zu der Feststellung, dass Quotenregelungen in Kammersatzungen, die eine solche Unterscheidung machen, verfassungswidrig seien. Das betrifft die Kammern in Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Hamburg.

Außerdem wird die strikte Bindung der Apothekerkammern an des Demokratieprinzip bei der Interessenvertretung in der ABDA verneint, da mit Verweis auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nicht von einer strikten Geltung des Demokratieprinzips ausgegangen werden könne. Im Übrigen wäre die in der ABDA-Satzung gesicherte Majorität der Kammerstimmen ausreichend, um den Anforderungen des Demokratieprinzips zu genügen. Da trifft sich die Position des Gutachters mit der Argumentation der von der Apothekerkammer Berlin beauftragten Anwaltskanzlei, die ein Recht der angestellten Apotheker auf eine gleichmäßige Repräsentanz in den Organen der ABDA ausdrücklich verneint.

Der Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) hat es sich bei seiner Gründung 1989 u. a. zur Aufgabe gemacht, auf der Ebene der Berufspolitik die undemokratischen Strukturen, die sich z.B. in der Ausgrenzung von Angestellten bei berufsrelevanten Entscheidungen, in Zwangsmitgliedschaft und unternehmerfreundlichen Interessenvertretungen von Kammern in der ABDA manifestieren, zu bekämpfen.

Wir sehen in dem von der ABDA veranlassten Rechtsgutachten, das nicht zuletzt mit unseren Kammerbeiträgen finanziert wurde, eine Kampfansage an alle demokratischen Bemühungen innerhalb des pharmazeutischen Berufsstandes. Bestehende Ungleichheiten werden ausdrücklich nachträglich sanktioniert und bestätigt hinsichtlich ihrer Rechtmäßigkeit und das in dem Wissen, dass der Teil der selbständig tätigen Apotheker nur noch 37 % des Berufsstandes ausmacht.

Die Vielfalt der pharmazeutischen Tätigkeiten und die dort arbeitenden Kolleginnen und Kollegen – in den Krankenhäusern, in den Universitäten, in den öffentlichen Verwal-

tungen, in den Krankenhäusern, in den fachlichen Medien und anderswo – mit ihren unterschiedlichen Interessenlagen und Rahmenbedingungen finden sich bis heute und sicherlich auch in absehbarer Zukunft nicht in der ABDA-Politik beachtet und widergespiegelt. Dafür sorgt auch das von der ABDA veranlasste Rechtsgutachten, dass diese undemokratische Berufspolitik bestätigt. Im Zentrum allen Strebens der ABDA steht die öffentliche Apotheke und dort die Unternehmer, die Eigner, die Inhaber! Der breitgefächerten Pluralität unseres akademischen Berufsstandes wird keine Beachtung geschenkt. Die eigentlichen Mehrheiten dieses Berufsstandes müssen gemeinsam gegen diese undemokratischen Zustände aufstehen.

Das vorliegende Rechtsgutachten als Auftragswerk der ABDA ist Anlass und Aufforderung genug.

Ein privater Besuch beim arznei-telegramm

von Regina Schumann

Am zweiten Wochenende im September, dem „Tag des offenen Denkmals“, öffnen Bau- und andere Denkmäler ihre Türen für BesucherInnen. Oft sind es Gebäude, in die man/frau normalerweise nicht geht. Geboten werden Führungen und fachkundige Auskünfte über (Bau)-Geschichte und Nutzung.

Kennen gelernt habe ich diesen Gedenktag nicht in Deutschland, sondern in Belgien. Dort heißt er „Jour de la patrimoine“ (Tag des heimatlichen Erbes), ein sehr ansprechender Name, der Zugehörigkeit und Familiäres suggeriert und nicht – wie „Denkmal“ im Deutschen – etwas Strenges, Distanziertes und Ehrfurcht Einflößendes.

Am 9. September besichtigte ich also den Wasserturm auf dem Friedhof Bergstraße in Berlin-Steglitz, den ich von außen seit Jahren kenne, und der im Winter, wenn die Bäume entlaubt sind, meine Wohngegend durch seine charakteristische Form dominiert. Der Wasserturm steht natürlich auf einem kleinen Hügel, den Rauhen Bergen, einer der vielen Erhebungen in einer Großstadt, die durch die Bebauung nicht mehr wahrgenommen werden.

1916 errichtet, ist der Wasserturm nie in Betrieb genommen worden – schon damals gab es städtische Fehlinvestitionen! Immer wieder umgebaut und zwischengenutzt, fiel er nach dem Zweiten Weltkrieg in einen Dornröschenschlaf, umgeben von Stacheldraht, der den Turm aber nicht vor Vandalismus schützte.

1999 - 2000 wurde der Turm vom Arzneimittel-Verlag Berlin restauriert. Wolfgang Becker-Brüser, der Geschäftsführer des Verlags, der neben dem arznei-telegramm auch die Zeitschrift „Gute Pillen – Schlechte Pillen“ mit herausgibt, erzählte die abenteuerliche Geschichte der Verhandlungen mit Bezirksamt, Denkmalamt, Senats- und Friedhofsverwaltung. Die Mühen und der finanzielle Einsatz haben sich gelohnt. Die MitarbeiterInnen des Arzneimittel-Verlags sind sehr zufrieden mit ihrem Bürogebäude. Die Friedhofsverwaltung, die Besucher und Anwohner des Friedhofs erfreuen sich an dem architektonischen Schmuckstück, das nun in neuem Glanz erstrahlt.

Zum Weiterlesen:

Wolfgang Becker-Brüser / Stephan Lepiorz (Hrsg.) „Der Wasserturm auf dem Friedhof Bergstrasse in Steglitz“ ISBN 3-921687-30-6, Preis: 6,50 Euro

http://www.arznei-telegramm.de
http://www.gutepillen-schlechtepillen.de/aktuelle_ausgabe.html

BUCHBESPRECHUNGEN

Auf zu neuen Horizonten!

Eine Hörbuchkritik von Regina Schumann

Lange dachte ich – Hörbücher? Wer hört denn Bücher? Sind Hörbücher nicht etwas so Altmodisches wie „Hörspiele“, etwas für Leute, die keine Lust haben, keine Zeit haben oder zu bequem sind, um zu lesen, Alte, Kranke, Sehbehinderte oder gar Hyperaktive, die auch noch nebenbei anderes erledigen wollen. Doch dann fiel mir ein, dass jahrelang im Deutschlandfunk morgens von acht bis halb neun Weltliteratur vorgelesen wurde. Mein Kollege S., der mit dem Auto zur Arbeit kam, blieb oft noch auf dem Parkplatz in seinem Auto sitzen, um die Lesung zu Ende hören zu können. Die Romane wurden ungekürzt vorgetragen, über Wochen und Monate begleitete den Hörer ein bestimmtes Buch.

Mein erstes Hörbuch war „Tonio Kröger“, vom Autor Thomas Mann selbst gelesen - welch ein (Hör)-Erlebnis, welch ein Genuss. Thomas Mann erzählt, sich immer wieder die Kehle und die Lippen befeuchtend, von norddeutschen Menschen, von seiner Heimatstadt, vom Suchen, Finden und Verlieren der Heimat, von Freunden, dem eigenen Ich. Über 3 Stunden lauschte ich dieser Stimme und brach am Ende in Tränen aus, so gesättigt und doch hungrig, so sehnsuchtsvoll und doch unerfüllt ging Tonio Krögers Leben zu Ende.

Ganz anders war meine zweites Hörvergnügen „Franziska Linkerhand“ , ein unvollendet gebliebener Roman von Brigitte Reimann, gelesen von Johanna Wokalek. Auch ein Entwicklungsroman, ein Stück vom Hoffen und Enttäuscht werden. Franziska Linkerhand erzählt ihrem Geliebten ihre Lebensgeschichte. Sie ist noch ein Kind am Ende des zweiten Weltkriegs, wächst in der DDR auf, studiert dort Architektur und tritt voller Hoffnung ihre Stelle in einer der neu geplanten Städte an. Sie kämpft gegen Bürokratie, Gleichgültigkeit und Vorurteile und scheitert. Der Roman erschien 1974 posthum, gekürzt und allzu Kritisches war entschärft. Die ungekürzte Neuausgabe erschien Ende der 90er Jahre. Auch diesem Hörbuch konnte ich mich nicht entziehen, weder der Stimme von Johanna Wokalek noch der Geschichte von Franziska Linkerhand. Ganz gefangen war ich, nicht einmal bügeln konnte ich nebenbei. Die Bilder von den Figuren, der Welt und den Häusern, in denen sie leben, die beim Lesen eines Romans entstehen, bekommen beim Hören Gefühle und Konturen. Vorgelesene Literatur erweitert den (Erlebnis)-Horizont und klingt noch lange nach.

[1] Thomas Mann, Tonio Kröger, 3 CDs, ca. 209 min. Thomas Mann liest Tonio Kröger / Vollständige Lesung ISBN/EAN: 3-89584-370-9

[2] Brigitte Reimann, Sprecherin: Johanna Wokalek, Franziska Linkerhand, 4 Audio-CDs BRIGITTE Hörbuch-Edition, Starke Stimmen 2006 CD ISBN Best.Nr.: 3-86604-186-1

[3] Brigitte Reimann: Franziska Linkerhand. Aufbau Taschenbuch Verlag, Berlin 1998. 640 Seiten. ISBN 3351028520

TERMINE

Regionalgruppe Berlin

Die nächsten Treffen der Regionalgruppe Berlin sind am Montag, dem 15. Januar und am Montag, dem 19. März 2007, jeweils um 19.30. Der Ort liegt noch nicht fest und ist zu erfragen bei Regina Schumann, Tel. 030 7951471, E-Mail sander.schumann@gmx.de

Regionalgruppe Hamburg

Die Regionalgruppe trifft sich alle zwei Wochen mittwochs um 19.30 Uhr bei Bernd Rehberg, Isestraße 39, 20144 Hamburg. *Nächste Termine: 10. Januar 2007, Weihnachtsessen im Rexrodt, Papenhuder Straße 35, 22087 Hamburg, am 24. Januar 2007 treffen wir uns wieder bei Bernd..*

Regionalgruppe Hessen

Das nächste Treffen findet am 15. Januar 2007 um 19.30 Uhr im Quan Vàn, Hainer Weg 100, 60599 Frankfurt, statt. Weitere Termine sind jeweils bei Christl Trischler, Tel. 06150 85234, E-Mail chri-tri@web.de oder bei Bernd Baehr, Tel. 069 454046, zu erfragen.

VDPP-MV 2007

Die Mitgliederversammlung 2007 wird vom 8. bis 10. Juni 2007 in Hannover stattfinden.

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

DOKUMENTATION

Appell an Innenminister Bouffier vom 25. September 2006

Appell von Mitgliedern des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte vom 25.09.2006 zur Bleiberechtsregelung

Ärztinnen und Ärzte appellieren an Herrn Bouffier, Abschiebungen von langjährig geduldeten Menschen sofort zu stoppen. Im Gegensatz zu seinem öffentlich bekundeten Festhalten an einer Bleiberechtsregelung für die Betroffenen werden auch in Hessen in jüngster Zeit immer wieder Menschen abgeschoben bzw. zur Ausreise genötigt, indem ein Familienmitglied abgeschoben wird. Für die Abschiebung des 20-jährigen Kurden Serif Akbulut aus Schlüchtern am 5.9. 06 wurde sogar ein Kleinflugzeug gechartert, nachdem sich bei drei abgebrochenen Abschiebungen mit einem Linienflugzeug jeweils der Pilot geweigert hatte, Akbulut gegen seinen erklärten Willen mitzunehmen.

Voraussichtlich wird bei der Innenministerkonferenz im November eine Bleiberechtsregelung beschlossen, die in Deutschland ca. 200 000 Menschen betrifft. Ärztinnen und Ärzte fordern eine Regelung, bei der vorrangig soziale und humanitäre Gesichtspunkte berücksichtigt werden. Für traumatisierte Menschen sollte ein unbefristetes Bleiberecht eigentlich selbstverständlich sein. Nicht nur schulpflichtige Kinder und Jugendliche sollen ein Aufenthaltsrecht erhalten, auch viele Alleinstehende sind nach jahrelangem Aufenthalt faktisch Inländer. Die Bedingungen dürfen besonders im Hinblick auf Arbeitsverhältnisse nicht zu streng gefasst sein, da vielen Geduldeten entweder gar keine Arbeitserlaubnis erteilt bzw. sie ihnen wieder entzogen wurde.

Frankfurt 25.09.2006

Unterzeichner:

Mitglieder des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte aus der Rhein-Main-Region, Dr. Annette Bänsch-Richter-Hansen, Dr. Winfried Beck, Dr. Monika Brockmann, Dr. Nadja Rakowitz, Dr. Wilfried Schneider, Dr. Jürgen Seeger

Presseerklärung vom 09. Oktober 2006

Presseerklärung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte zur Gesundheitsreform

Der Beschluss der Koalitionsregierung zur Gesundheitsreform hat das gebracht, was der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte befürchtet hatte: es ist ein rein politischer Kompromiss, der alle Beteiligte das Gesicht wahren lässt, aber weder eine Konsolidierung der Finanzen der GKV noch mehr soziale Gerechtigkeit ins Gesundheitswesen bringt.

1. Die Versicherungsbeiträge werden steigen. Dabei wird der Arbeitgeberanteil an der Krankenversicherung festgeschrieben, während die Versicherten die Mehrkosten tragen müssen. Der vdää fordert dagegen eine Erweiterung der Finanzierungsbasis durch Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, Anhebung der Versicherungspflichtgrenze, Einbeziehung aller Einkommen (aus gewerblicher und nichtgewerblicher Arbeit, Kapitalerträge, Miete, Zinsen), sowie Einschluss der privaten Krankenversicherung in die Grundversorgung.
2. Die beschlossene 1 %-Regelung, insbesondere die 8 € Regelung sind unsozial und belasten die niedrigen Einkommen, z.B. die Hartz IV-Empfänger deutlich höher. Der vdää lehnt eine höhere Beteiligung gerade der schon sozial Schwachen an der Finanzierung eines angeblich noch solidarisch finanzierten Gesundheitswesens kategorisch ab.
3. Auch wenn mit den 1,5 Mrd. Euro ein staatlicher Zuschuss zum Fonds erfolgt, so zieht sich der Staat doch insgesamt aus seiner finanziellen Verantwortlichkeit für das Gesundheitswesen zurück. Durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer und den Rückgang der Subvention aus der Tabaksteuer wird der staatliche Finanzierungsanteil nach der Reform geringer als vorher sein.
4. Die Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ist zu begrüßen und dieser ist entsprechend auszugestalten.
5. Wesentlicher als eine Erweiterung der Einnahmen müsste eine Beschränkung der Ausgaben sein. Immer noch wird in unserem System zu viel Geld in unsinnige Medizin gesteckt. Der Glaube an den Fortschritt der Medizin rechtfertigt dabei alle Ausgaben. Immer noch sterben mehr Patienten in Deutschland an den Folgen eines Herzinfark-

tes als in den Niederlanden, obwohl bei uns weitaus mehr Herzkatheter als im Nachbarland gesetzt werden.

6. Qualitätssicherung und evidenzbasierte Medizin müssen gestärkt werden. Wenn finanzielle Anreize hier nicht greifen, müssen direkte Interventionen möglich sein. Leider gibt die geplante Reform keine Initiativen in diese Richtung.
7. Die Arzneimitteltherapie muss rationeller gestaltet werden. Hier ist immer noch ein großes Einsparpotential im Gesundheitswesen. Es ist z. B. nicht einzusehen, warum die Krankenhäuser Medikamente weitaus billiger beziehen können als die ambulanten Apotheken. Hiermit wird keinerlei Anreiz für die Krankenhäuser gesetzt, rationale und ökonomisch sinnvolle Arzneitherapie zu betreiben. Leidtragender ist der niedergelassene Arzt, der die teuren Krankenhaus-Medikamente weiter verschreiben muss.
8. Der Einstieg in die Übernahme der Krankheitskosten wegen Eigenverschuldung (Stichwort Folgekosten entstanden durch Piercing etc.) wird vom vdää kategorisch abgelehnt. Dies spart keine Kosten und öffnet ein Fass, das für die Zukunft unkalkulierbar wird. Was heißt selbst verschuldet? Die Ärzte werden durch eine solche Regelung zu Richtern.

Die vorgelegten Eckpunkte für die bevorstehende Gesundheitsreform sind bis auf wenige Ausnahmen ein Weg in die falsche Richtung und werden vom vdää abgelehnt.

München, den 09.10.2006

Dr. Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser
(stellvertr. Vorsitzender des vdää)

Presseerklärung vom 24. Oktober 2006

Presseerklärung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte zum außerordentlichen Deutschen Ärztetag 2006 in Berlin

Der außerordentliche Deutsche Ärztetag in Berlin fand statt unter dem Motto „Mehr Freiheit wagen und Verantwortung tragen - diese Reform macht jedoch krank". Außer den Rednern von den Parteien der Großen Koalition lehnten alle Redner den vorgelegten Gesetzesentwurf ab. Bemerkenswert war, dass selbst Frau Künast von den Grünen und Frau Bunge von der Linkspartei von den Ärztetagsdelegierten Beifall gespendet bekamen. Bei der Rede von Westerwelle hatte man das Gefühl, dass jetzt die Vertreter der Deutschen Ärzteschaft geschlossen in die FDP eintreten werden. Die Gründe der Ablehnung sind jedoch sehr unterschiedlich. Auch wenn ein Patientensprecher auf dem Ärztetag zu Wort kam, so muss man doch feststellen, dass bei der Ablehnung des Gesetzentwurfs von Seiten der Ärzte die berechtigten Interessen der Patienten, insbesondere der sozial Schwachen, die die größten Verlierer dieser Reform sein werden, praktisch nicht zu Wort kamen.

Die Nähe zur FDP wird bei den Forderungen der mit großer Mehrheit verabschiedeten Resolution sehr deutlich unter dem Punkt: „Echter Wettbewerb zwischen GKV und PKV": Wettbewerb im Gesundheitswesen muss demnach auch ein Wettbewerb der Versicherungs- und Finanzierungsmodelle sein. Die Deutschen Ärzte fordern uneingeschränkt den Erhalt der PKV-Vollversicherung, d.h. dass weiterhin die Bürgerinnen und Bürger, deren Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt, also die Reicheren, nicht in das Solidarsystem einzahlen müssen. Wir vom vdää haben dagegen den beiliegenden Antrag eingebracht. Er wurde mit Nichtbefassung beschieden. Das halten wir für einen Skandal. Ein weiterer Antrag zur Ausgrenzung von Erkrankungen, wie z. B. Folgekosten bei Erkrankungen nach Piercing, wie im Gesetz vorgesehen, wurde an den Vorstand überwiesen. (siehe beiliegenden Antrag) Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass dieser Außerordentliche Ärztetag nicht dazu beigetragen hat, in diesem Land ein sozial gerechteres und solidarisches Krankenversicherungssystem zu bekommen, was wir aber dringend benötigen würden.

München, den 24.10.2006

Dr. Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser
(stellvertr. Vorsitzender des vdää)

Antrag: Ausgrenzung von bestimmten Erkrankungen aus dem GKV-Katalog, Antragsteller: Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser (vdää)

Die von der Bundesgierung beschlossene Ausgrenzung bestimmter Erkrankungen wie z. B. Folgeerkrankungen nach Piercing aus dem Leistungskatalog lehnt der Sonder-DÄT in Berlin am 24.10.2006 ab. Zum ersten Mal würde dabei das Selbstverschuldungsprinzip eingeführt, das bestimmt, ob für eine Erkrankung die GKV die Kosten übernimmt oder nicht.

Begründung:

- Wenn das Selbstverschuldungsprinzip einmal eingeführt ist, dann ist zu erwarten, dass in absehbarer Zeit andere Erkrankungen folgen werden. Wer denkt dabei nicht an Folgeschäden nach Autounfällen, Unfälle bei Risikosportarten, Folgeerkrankungen durch Alkoholmissbrauch, Rauchen etc.
- Die Ärzte müssten in Zukunft darüber entscheiden, ob eine Erkrankung selbst verschuldet ist oder nicht.

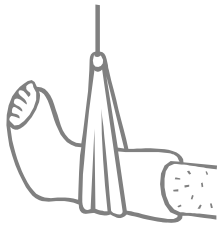
Antrag: Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland, Antragsteller: Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser (vdää)

Die von der Bundesgierung beschlossenen Vorschläge zur zukünftigen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden vom Sonder-DÄT in Berlin abgelehnt. Die ab 2009 vorgeschlagene Fondslösung ist ungerecht und belastet über die Maßen die Bürgerinnen und Bürger mit niedrigen Einkommen, die im Durchschnitt schon ein höheres Krankheitsrisiko haben und darüber hinaus eine um ca. 7 Jahre geringere Lebenserwartung.

Folgende Punkte für die Finanzierung einer solidarischen Krankenversicherung werden gefordert:

- Das Solidarprinzip muss gewahrt bleiben, d.h. das allgemeine Krankheitsrisiko unabhängig von Alter, Geschlecht, körperlichen Einschränkungen, Krankheitshäufigkeit und sozialem Status muss abgesichert bleiben.
- Die Versicherungspflichtgrenze muss aufgehoben werden, sodass alle Bürgerinnen und Bürger, einschließlich der bisher privat Versicherten, in die solidarisch finanzierte GKV überführt werden.
- Die Beitragsbemessungsgrenze muss angehoben bzw. langfristig aufgehoben werden. Alle Einkünfte (Löhne und Gehälter, Einkommen aus selbstständiger Arbeit, Mieten, Kapitaleinkünfte, Zinsen und Gewinne) müssen, unter Wahrung ausreichender Freibeträge, zur Finanzierung herangezogen werden.
- Alle Zuzahlungen für Kranke müssen wieder abgeschafft werden, weil sie unerwünschte Steuerungseffekte haben. Allerdings bleibt die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung eines unserer Hauptanliegen. Diese kann nicht nur neue finanzielle Spielräume schaffen, sondern wird auch zu einer humaneren und effizienteren medizinischen Versorgung beitragen.

Begründung: mündlich



Solidaritätsadresse vom 12. November 2006

Solidaritätsadresse an die streikenden KollegInnen der Asklepios-Kliniken in Langen und Lich

An die Vertrauensleutekörper der Krankenhäuser Langen, Seligenstadt und Lich und an den ver.di - Landesbezirk Hessen

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wie wir erfahren haben, streiken die KollegInnen der Krankenhäuser Langen und Lich seit dem 9.11. für die Übernahme des TVÖD durch die private Krankenhauskette ASKLEPIOS. Ein Streik in Seligenstadt ist geplant. In den Urabstimmungen haben 94 Prozent der Abstimmenden demonstriert, dass sie eine Schlechterstellung gegenüber dem TVÖD ablehnen. Trotz unserer Kritik am TVÖD lehnen wir den von privaten Krankenhausbetreibern geplanten Rückfall hinter diesen Tarifvertrag ab und solidarisieren uns mit Eurem Streik. Bitte seht dies auch als Zeichen, dass wir demokratischen Ärztinnen und Ärzte unverändert für eine einheitliche Interessensvertretung der im Gesundheitswesen Beschäftigten einstehen. Wir wünschen Euch in der Auseinandersetzung viel Kraft und Erfolg

Mit solidarischen Grüßen im Namen des Vorstands und der Mitglieder des vdää

Maintal, 12.November 2006

Nadja Rakowitz
(Geschäftsführerin)

Presseerklärung vom 29. November 2006

Presseerklärung des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte zur KV-Kampagne „Geiz macht krank“

Alle VertragsärztInnen erhalten zurzeit Post ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) mit dem Titel „**Geiz macht krank – zahlreiche Ärzte müssen ihre Praxen wegen Unterfinanzierung schließen. Seit dem Jahr 2000 haben über 12.500 Mediziner Deutschland bereits verlassen“.**

Diese bundesweite Kampagne der KV wird mit den Beiträgen der kassenärztlich tätigen Zwangsmitglieder finanziert.

Die KV spricht damit nicht im Namen aller KassenärztInnen und auch nicht im Namen der ÄrztInnen des vdää.

Da sich diese Kampagne gegen die aktuelle Gesundheitspolitik und die anstehende Gesundheitsreform richtet, gilt es unseres Erachtens, einiges klarzustellen: Auch der vdää kritisiert die anstehende Gesundheitsreform, aber unsere Perspektive ist eine andere. Wir kritisieren vor allem die weiter fortschreitende

systematische Entsolidarisierung, die mit der von der „Freien Ärzteschaft“ geforderten Kostenerstattung noch verschärft wird.

Das zentrale Problem des deutschen Gesundheitswesens ist nach wie vor die Dominanz der Leistungsanbieter: dazu gehört der Medizinisch industrielle Komplex (MIK) genauso wie die Ärzteschaft. Auch die große Koalition hat es nicht gewagt, Teile der dort gemachten Gewinne in die Prävention, die kurative medizinische Versorgung und die Rehabilitation umzulenken. Wesentliche Eingriffe, die die Medizinisch-technische Industrie, die pharmazeutische Industrie oder die Hilfsmittelhersteller treffen könnten, sind nicht erkennbar. Es werden also weiterhin nicht nur gewaltige Summen für Gewinne der Anbieter in deren Taschen oder in die der Aktionäre umgelenkt. Von großer Bedeutung ist, dass diese Anbieter kraft ihrer Dominanz definieren, was Gesundheit und Krankheit ist, und welche Therapie und Diagnostik anzuwenden ist, wie der „medizinische Fortschritt“, diese heilige Kuh unserer Gesundheitspolitiker, auszusehen hat. Es ist offensichtlich politischer Konsens, das Gesundheitswesen so zu gestalten, dass ein profitables Umfeld für die Anbieter herrscht - das Gesundheitswesen als großer Markt und Motor der Wirtschaft, der Patient als Profitquelle.

Wenn nun unter den Anbietern die Ärzte meinen, zu kurz zu kommen und - auch noch im Namen der Patienten – Unterfinanzierung und eine Massenflucht von ÄrztInnen aus Deutschland beklagen, dann weisen wir die Patienten und die Öffentlichkeit auf folgendes hin:
Nach Angaben der KV betragen die Durchschnittseinkommen der niedergelassenen ÄrztInnen vor Steuern pro Jahr 80.000 Euro allein aus Kassenleistungen, dazu kommen noch Einnahmen aus Privatliquidation – plus bis zu 30 %. Viele KollegInnen verdienen sich ein Zubrot durch die Erbringung unsinniger „ Individueller Gesundheitsleistungen (IGeL)“ – plus bis zu 20 % des Kasseneinkommens. Natürlich gibt es KollegInnen, die deutlich unter dem Durchschnitt liegen, die nur wenige Privatpatienten haben und die aus ethischen Gründen IGeL ablehnen und damit auf zusätzliche Einkommen verzichten. Dennoch ist es unverantwortlich und uns mehr als peinlich, gegenüber der Öffentlichkeit von Unterfinanzierung zu reden, also finanzielle Not zu beklagen. Dabei sehen wir auch, dass sich die Arbeitsbedingungen im kassenärztlichen Bereich in den letzten Jahren verschlechtert haben.

Woher will die KV wissen, dass die ausgewanderten KollegInnen aus finanziellen Gründen Deutschland verließen? Schließlich bleiben immer noch Praxen besonders in den neuen Ländern trotz Umsatzgarantie unbesetzt.

Offensichtlich werden hier zum Zweck der Irreführung der nichtärztlichen Öffentlichkeit richtige Zahlen mit falschen Inhalten verknüpft.

Wir fordern die KV auf, ihre Aktion sofort zu stoppen und statt polemische Politkampagnen zu führen, die von allen KassenärztInnen zu tragenden Verwaltungsausgaben zu reduzieren und ihre Arbeit zu effektivieren.

29.11.2006

Dr. Winfried Beck / Prof. Wulf Dietrich (Vorsitzender des vdää)

Presseerklärung vom 2. Dezember 2006

Presseerklärung des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte zum Protesttag am 4. Dezember

Der Ärzteschaft geht es wieder nur ums Geld

Unter dem Motto „Patient in Not - diese Reform schadet allen“, ruft die organisierte Ärzteschaft für den 4. Dezember zu einem bundesweiten Aktionstag gegen das geplante GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz auf.

Wieder einmal werden die Patienten vor den Karren der Ärzteinteressen gespannt.

Die Kampagne richtet sich nämlich nicht gegen patientenfeindliche und entsolidarisierende Aspekte des Gesetzes sondern gegen eine angebliche Verstaatlichung des Gesundheitswesens und einer Zerschlagung der Privaten Krankenversicherung als angeblich unabdingbare Grundlage deutschärztlichen Selbstverständnisses. Deutschland leistet sich Privatpatienten neben Kassenpatienten, Zweiklassenmedizin ist bei uns regelrecht institutionalisiert. Die Folgen sind jedem Kranken bekannt: getrennte Wartezimmer, unterschiedliche Behandlung, Bevorzugung der „Privaten“, wo immer es geht. Sicher werden die Einkommen der niedergelassenen ÄrztInnen (nach Angaben der KV vor Steuern pro Jahr im Durchschnitt 80 000 Euro allein aus Kassenleistungen) durch die Privatliquidation um bis zu 30 Prozent angehoben. Im Interesse der gesetzlich versicherten Mehrheit ist dies allerdings nicht.

Der hippokratische Eid verlangt die Gleichbehandlung aller Menschen. Die Abschaffung der Zweiklassenmedizin ist deshalb im Interesse sowohl der Patienten als auch der sozialverantwortlichen Ärzte. Dabei ist keineswegs ausgemacht, dass unter einer Bürgerversicherung die Ein-

kommen der Niedergelassenen sinken müssten. Schließlich bleiben die ehemals Privatversicherten auch potentielle Patienten und damit Beitragszahler in die Krankenkassen.

Der Aktionstag blendet diese Überlegungen aus. Es geht den Veranstaltern nur um den Erhalt der Einkommen aus der Privatliquidation. Zweiklassenmedizin ist in ihren Augen gewünscht und unvermeidlich.

Wir ÄrztInnen vom vdää stellen fest, dass die Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen wir zwangsweise Mitglieder sind und an die wir Beiträge entrichten, nicht in unserem Namen sprechen. Auch wir haben Kritik am geplanten Gesetzesentwurf. Denn die Versicherten sollen mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum einen stärker zur Kasse gebeten werden und zum anderen durch die Einführung privatwirtschaftlicher Elemente wie den Wahltarifen als Versichertengemeinschaft entsolidarisiert werden. Damit würde das Solidarprinzip, in dem Junge für Alte, Alleinstehende für Familien, Gutverdienende für Arme und Gesunde für Kranke einstehen, zu Grabe getragen werden. Zu diesen wirklich elementaren Aspekten unseres Gesundheitswesens aber schweigen die Veranstalter. Der geplante Gesetzentwurf öffnet den lukrativen Markt Gesundheitswesen noch weiter den Profitinteressen der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen. Gesundheit, oder besser: Krankheit wird zur verwertbaren Ware. Die Veranstalter des Aktionstages kritisieren allenfalls, dass sie nicht ausreichend an diesem Geschäft beteiligt werden, gegen das Geschäft an sich haben sie nichts einzuwenden.

Die Patienten zu Geiseln berufsständischer Interessen zu machen, lehnen wir aber ab. Es wäre Aufgabe der Ärzteschaft, sich für alle ihre Patienten, also auch die 90 Prozent Mehrheit der Mitglieder der gesetzlichen Kassen, einzusetzen.

Der vdää fordert seit Jahren die Ärzteschaft auf, Fehl- und Überversorgung abzustellen, den Einfluss der Medizinischen Geräte- und Pharmaindustrie zu beschneiden, Finanzierungsreserven aufzuzeigen und Gleichbehandlung für alle zu garantieren. Dafür die Ärzteschaft zu mobilisieren, scheinen die berufsständischen Organe aber nicht bereit oder nicht in der Lage.

02. Dezember 2006
Prof. Wulf Dietrich (Vorsitzender vdää) / Dr. Winfried Beck (Vorstand vdää)

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

Deutsche Firma behindert Zugang zu AIDS-Medikamenten

Boehringer beantragt Patent auf Aids-Sirup für Kinder

Nevirapine-Sirup ist entscheidend für die Behandlung HIV-infizierter Kinder. Der Hersteller Boehringer Ingelheim hatte zugesagt, die Produktion von Nevirapine für arme Länder nicht zu behindern. Aber zwischen Worten und Taten klafft eine große Lücke.

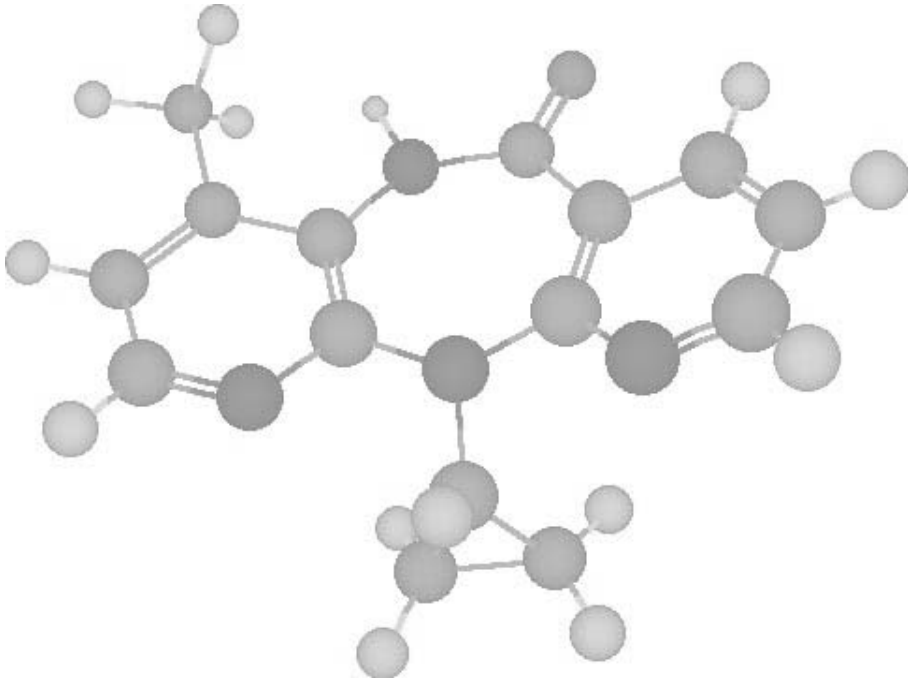
„Wir handeln immer zum Wohle der PatientInnen“ hatte der Vertreter von Boehringer Ingelheim in einem Gespräch mit der BUKO Pharma- Kampagne auf der diesjährigen Weltaidskonferenz in Toronto betont. Die Firma sicherte der BUKO Pharma-Kampagne schriftlich zu, dass sie in Indien keinen Patentantrag auf den überlebenswichtigen Aids-Sirup Nevirapine gestellt hätte. Erst nachdem indische Patentanwälte den Patentantrag fanden, gab die Firma zu, doch einen Antrag gestellt zu haben.

BUKO Pharma-Kampagne

Nevirapine-Sirup wird von indischen Generikafirmen günstig hergestellt und in viele arme Länder exportiert. Er kostet nur ein Viertel des Preises des Originalpräparats von Boehringer. Die südafrikanische Firma Aspen produziert Nevirapine-Sirup unter Lizenz von Boehringer, aber auch der kostet noch doppelt so viel wie die indischen Produkte. Selbst diese Lizenz konnte Boehringer nur durch großen Druck der südafrikanischen Behörden und der Öffentlichkeit abgerungen werden, auch wenn die Firma sich heute rühmt, großzügig mit der Erteilung solcher Lizenzen zu sein.

Die Behauptungen von Boehringer, nur ein Patent würde die Qualität des Medikaments sichern und den Export des günstigen indischen Medikaments nach Europa verhindern, sind aus der Luft gegriffen. Der Export solcher Medikamente nach Europa ist illegal. Die Qualität von Medikamenten wird durch unabhängige Kontrollorgane wie Zulassungsbehörden und die Weltgesundheitsorganisation und nicht durch Patente gesichert.

„Offensichtlich möchte Boehringer die Qualität der indischen Generika öffentlich diskreditieren, nur um selbst einen größeren Gewinn zu machen“, so T. Jayashree, Regisseurin des Dokumentarfilms „Aids – eine Frage der Menschlichkeit“. Dass es mit dem Arzneimittel-Angebot von Boehringer Ingelheim nicht zum Besten bestellt ist, zeigt



eine wissenschaftliche Studie der BUKO Pharma-Kampagne: 57 % der von der Firma in der Dritten Welt vertriebenen Medikamente mussten als irrational bewertet werden.

Offensichtlich möchte die Firma einen Präzedenzfall schaffen. Das indische Recht sieht vor, dass im Falle einer Patenterteilung auf ein bereits in Indien produziertes Medikament eine Zwangslizenz erteilt werden kann. „Nach unserer Einschätzung möchte die Firma testen, ob sie die Erteilung einer Zwangslizenz verhindern kann", führt Laurence Liang vom Alternative Law Forum in Bangalore aus. Sollte Boehringer erfolgreich sein, könnte sie den Export der billigen Generika in andere arme Länder ganz oder teilweise einschränken und die Weiterentwicklung und Verbesserung des Produkts verhindern. Aber selbst wenn Boehringer Lizenzen erteilte, würden die Preise steigen. Weniger Kinder könnten behandelt werden, mehr würden sterben. Leben ist für sie eine Kostenfrage!

28.11.2006

Europäische Kommission will Arzneimittelwerbeverbot aufweichen

HAI
HEALTH ACTION INTERNATIONAL
EUROPE

Amsterdam / Bielefeld 19. Oktober 2006 Der Vorschlag, das EU-weite Verbot von Laienwerbung für verschreibungspflichtige Medikamente (DTCA) zu schwächen, war bereits 2004 vom Europäischen Parlament mit klarer Mehrheit abgelehnt worden. Nur zwei Jahre später, äußert jetzt die Europäische Kommission ihr „offenes Bedauern"[1] über diese Entscheidung und fordert eine Reform der Europäischen Arzneimittelgesetzgebung. HAI Europe missbilligt diesen Vorstoß, die Debatte um Laienwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel wieder zu eröffnen.

Die Europäische Kommission hat mit dem Arzneimittel-Forum (Pharmaceutical Forum) zum wiederholten Mal eine Einrichtung geschaffen, die sich um Belange der öffentlichen Gesundheit und die Reform der Arzneimittelgesetzgebung in der EU kümmern soll. Am Arzneimittel-Forum sind etliche Vertreter der Pharmaindustrie beteiligt. Es trat am 29. September unter der Vorsitz der Generaldirektion Gesundheit & Verbraucherschutz sowie der Generaldirektion Unternehmen & Industrie zusammen.

Als Folgetreffen kam am 3.Oktober in Brüssel die *Health and Consumer Intergroup* des Europäischen Parlaments zusammen. Dabei wurde schnell deutlich, dass es im Forum deutliche erkennbare Bemühungen gibt, Laienwerbung (DTCA) wieder hoffähig zu machen unter dem Vorwand, man diskutiere über „ Informationen für Verbraucher".

Jorgo Chatzimarkakis, einer der drei Europaabgeordneten aus dem Leitungskomitee des Arzneimittel-Forums, regte die Schaffung einer Public Private Partnership an, die Patienten mit „Informationen" über verschreibungspflichtige Medikamente versorgen könnte. Er wies ausdrücklich darauf hin, dass Artikel 88, der sich mit Werbung für medizinische Produkte befasst, geändert werden müsse. Offensichtlich möchte der Abgeordnete Chatzimarkakis die Arzneimittelgesetzgebung umschreiben: Um die Einführung von Laienwerbung für rezeptpflichtige Medikamente zu erlauben, oder - wie er uns weismachen möchte - für die Einführung von „ Laieninformation".

Den Hinweis des früheren französischen Europaabgeordneten Didier Rod, das Parlament hätte dem früheren Vorstoß der Kommission zur Einführung der Laienwerbung mit großer Mehrheit eine klare Absage erteilt, konterte Chatzimarkakis: „70 % der gegenwärtigen Abgeordneten sind neu auf ihrem Posten." Mit anderen Worten: er sieht die Chance, die DTCA-Debatte neu zu eröffnen, weil die meisten Abgeordneten an der Diskussion von 2004 nicht beteiligt waren. Die Position von HAI ist eindeutig: Aufgrund des Interessengegensatzes, der Verkauf und Gewinn über die öffentliche Gesundheit stellt, ist die pharmazeutische Industrie überhaupt nicht in der Lage, die Informationen zu liefern, die die Menschen benöti-

gen, wünschen und auf die sie ein Anrecht haben: ausgewogene, zuverlässige und sachlich richtige Information.

[1] Günther Verheugen, Vizepräsident der Europäischen Kommission, Unternehmen und Industrie: Rede auf dem Pharmaceutical Forum, 29. September 2006

Kontakt: Theresa Alves (HAI Europe) Tel. 0031 - 20 683 36 84

Dr. Christian Wagner (BUKO Pharma-Kampagne) Tel. 0049-(0)521-60550

HAI – Health Action International (HAI) ist ein weltweites unabhängiges Netzwerk aus über 200 Gruppen in 70 Ländern, die sich in den Bereichen Gesundheit und Entwicklung mit Gesundheits- und Arzneimittelpolitk beschäftigen. Ziel der Arbeit von HAI ist es, den Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten und deren rationalen Gebrauch zu fördern. HAI setzt sich aktiv für eine vernünftige Verwendung von Arzneimitteln ein und ist der Überzeugung, dass alle gehandelten Medikamente den realen Bedürfnissen entsprechen und einen therapeutischen Nutzen haben sollen. Ihre Sicherheit muss vertretbar sein, ihren Kosten muss ein entsprechender Nutzen gegenüber stehen. Weitere Informationen: www.haiweb.org

Die Bundeskoordination Internationalismus (BUKO) ist ein Netzwerk von ca. 150 Dritte Welt Gruppen in Deutschland. 1980 begann BUKO eine Kampagne gegen unvertretbare Geschäftspraktiken international tätiger Pharmakonzerne. Die Pharma-Kampagne der BUKO setzt sich für einen rationalen Gebrauch von Arzneimitteln ein. Sie arbeitet mit ÄrztInnen und PharmazeutInnen, Verbrauchergruppen und StudentInnen zusammen. Die BUKO Pharma-Kampagne hat durch die Mitarbeit im Netzwerk Health Action International (HAI) Kontakt mit Gruppen in über 70 Ländern in aller Welt. Weitere Informationen: www.bukopharma.de

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

Health Action International Europe
Jacob Van Lennepkade 334T
1053 NJ Amsterdam
The Netherlands
teresa@haiweb.org
Tel: +31 (0) 20 683 36 84
Fax: + 31 (0) 20 685 50 02

Weniger Wettbewerb, weniger Patientenrechte und höhere Kosten für Verbraucher

Edda Müller: „Gesundheitsreform verfehlt die selbst gesetzten Ziele“

03.11.2006 – Wenige Tage vor Beginn der Bundestagsanhörungen hat der Verbraucherzentrale Bundesverband den Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform kritisiert.

„Schon der Titel des Gesetzes „zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ ist irreführend,“ sagte vzbv-Vorstand Prof. Edda Müller. „Unter den Kassen wird es gerade nicht mehr, sondern weniger Wettbewerb geben.“ Auch das eigentliche Ziel der Gesundheitsreform - die Senkung der Lohnnebenkosten - werde ins Gegenteil verkehrt.

Auch bei der Arztwahl befürchtet der vzbv eine Einschränkung des Wettbewerbs. So sollen die Krankenkassen mehr Spielräume erhalten, Einzelverträge mit Ärzten oder Krankenhäusern abzuschließen. Damit werden die Versicherten künftig zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten ihrer Kassen wählen können. Gleichzeitig wird im Rahmen solcher Verträge jedoch die Arztwahl auf diejenigen Ärzte eingeschränkt, mit der die jeweilige Krankenkasse einen Vertrag abgeschlossen hat. Der erhöhte Kostendruck der Kassen könne jedoch dazu führen, dass der Wettbewerb nicht zu besserer Versorgung, sondern nur zu billigeren Preisen führe, fürchtet der vzbv. „Versicherten, die wählen können, wollen auch wissen, welche Qualität ihnen von ihrer Kasse angeboten wird,“ sagte die vzbv-Chefin. Das ließe sich nur erreichen, wenn die neuen Versorgungsangebote einem transparenten Qualitätsvergleich unterzögen würden.

Rückschritt bei der Patientenbeteiligung

Einen Rückschritt sieht der vzbv bei der Beteiligung der Patienten an der Gesundheitspolitik. Seit 2004 sind Vertreter von Verbraucher- und Patientenorganisationen an den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses beteiligt, der über das Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenkassen entscheidet. Mit der Gesundheitsreform ist jetzt geplant, ein hauptamtliches Entscheidungsgremium in der Geschäftsstelle des Bundesausschusses zu installieren. Die Zahl der Patientenvertreter würde auf ein Drittel reduziert – und die ehrenamtlich tätigen Patientenvertreter müssten dabei gegen die hauptamtlich arbeitenden Ärzte- und Kassenvertreter antreten. Noch dazu hätten sie kein Stimmrecht. Die Argumente der ehrenamtlichen Patientenvertreter hätten damit in der neuen Struktur keine Chance mehr, sich gegen die Kassen- und Ärztevertreter zu behaupten. „Der Gesetzentwurf läuft faktisch auf eine Aushöhlung der Patientenbeteiligung hinaus“, sagte Müller. Der vzbv lehnt diese Strukturreform des Bundesausschusses ab. Die Patientenvertreter müssten so unterstützt werden, dass sie ihren Beteiligungsauftrag angemessen wahrnehmen zu können.

Faire und offene Angebotsbedingungen zwischen privater (PKV) und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) werde es auch künftig nicht geben. Die Privaten Versicherungen können sich ihre Kunden weiterhin aussuchen. Lediglich zum neuen Basistarif müssen sie jeden Kunden versichern - dieser Tarif wird der zu erwartenden hohen Prämien aber nur für derzeit Nichtversicherte attraktiv sein. Der Basistarif müsse daher Grundlage eines jeden Vollversicherungsangebotes werden. „Sonst bleibt es bei den erheblichen Wettbewerbsverzerrungen zwischen PKV und GKV“, kritisierte Müller.

Fremd- und Mehrbesitzverbot für Apotheken aufheben

Antrag von Bündnis 90/Den Grünen

Deutscher Bundestag
Drucksache 16/**2506**
16. Wahlperiode
05. 09. 2006

Antrag
der Abgeordneten Birgitt Bender, Matthias Berninger, Kerstin Andreae, Dr. Thea Dückert, Markus Kurth, Brigitte Pothmer, Margareta Wolf (Frankfurt) und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Fremd- und Mehrbesitzverbot für Apotheken aufheben

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Das deutsche Apothekenrecht geht nach wie vor vom Leitbild des „ Apothekers in seiner Apotheke" aus. Gemäß des Fremdbesitzverbots ist der Betrieb von Apotheken nur Apothekern gestattet. Kapitalgesellschaften sind damit vom Apothekenmarkt ausgeschlossen. Zudem darf nach dem Mehrbesitzverbot ein Apotheker neben seiner Hauptapotheke nur bis zu maximal drei Filialen betreiben.

Durch diese Wettbewerbsbeschränkungen werden erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven verschenkt. Die kleinteilige Struktur des Apothekenmarkts lässt einen effizienz- und effektivitätssteigernden Wettbewerb zwischen den Apotheken nicht zu. Zudem fehlt den Einzelapotheken die Verhandlungsmacht gegenüber den Pharmaunternehmen, um mögliche Preisnachlässe beim Einkauf vollständig realisieren zu können. Außerdem sind die Ausstattung und der Betrieb von Einzelapotheken deutlich teurer, als dies bei größeren Einheiten der Fall wäre.

Beratungsgremien der Bundesregierung, wie die Sachverständigenräte für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung und das Gesundheitswesen und auch die Monopolkommission fordern deshalb, den Fremd- und Mehrbesitz von Apotheken zuzulassen. Infolge einer solchen Liberalisierung der Arzneimitteldistribution rechnen Fachleute mit Einsparungen in einer Höhe bis zu 2 Mrd. Euro.

Als Gegenargument wird häufig angeführt, dass ein solcher Deregulierungsschritt die Qualität und die Sicherheit der Arzneimittelversorgung gefährden würde. Für diese Behauptung gibt es aber keine empirischen Belege. In keinem der EU- und OECD-Staaten, in denen Fremd- und Mehrbesitz von Apotheken gestattet sind, kann eine geringere Qualität der Arzneimittelversorgung registriert werden. Zudem kann ein ausreichender Verbraucherschutz dadurch gewährleistet werden, dass – wie heute schon bei Filialapotheken – auch bei Apothekenketten jede Apotheke von einem Apotheker verantwortlich geführt werden muss. Darauf, dass eine solche Regelung völlig ausreichend für den Schutz der öffentlichen Gesundheit wäre, hat jüngst auch die EU-Kommission hingewiesen.

Das Landgericht Saarbrücken hat in einer Aufsehen erregenden Entscheidung festgestellt, dass das deutsche Fremdbesitzverbot die europarechtlich geschützte Niederlassungsfreiheit verletze. Gegenstand der Entscheidung war die Erteilung einer Betriebserlaubnis durch das saarländische Gesundheitsministerium für eine von der niederländischen Versandapotheke DocMorris übernommene Präsenzapotheke in Saarbrücken. Damit hat erstmals eine Aktiengesellschaft die Erlaubnis für einen Apothekenbetrieb erhalten.

Die Bundesregierung hat auf diese Entscheidung mit der Erklärung reagiert, dass man im Falle eines entsprechenden Grundsatzurteils, die deutsche Rechtsetzung unmittelbar an das EU-Recht anpassen würde. Das heißt im Klartext: Die Bundesregierung will die Liberalisierung der Arzneimitteldistribution „auf die lange Bank schieben", um Auseinandersetzungen mit der Apothekerschaft und auch innerhalb der Großen Koalition zu vermeiden. Rechtsänderungen will die Bundesregierung offensichtlich erst dann vornehmen, wenn sie nach einem langwierigen Rechtsverfahren durch den Europäischen Gerichtshof dazu gezwungen wird.

Für eine solche Haltung gibt es aber keine sachliche Rechtfertigung. Die Diskussion der letzten Jahre hat hinlänglich nachgewiesen, dass die Aufhebung von Fremd- und Mehrbesitzverbot gesamtwirtschaftlich geboten und gesundheits- politisch vernünftig ist. Angesichts der schwierigen Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung kann auf die wettbewerbliche Weiterentwicklung auch der Arzneimitteldistribution nicht verzichtet werden. Hinter diesem Ziel haben Klientelbeziehungen und Besitzstandsinteressen zurückzustehen.

II. Vor diesem Hintergrund fordert der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf,

im anstehenden Gesetzesentwurf für die Gesundheitsreform die Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes für Apotheken vorzusehen.

Berlin, den 5. September 2006

Renate Künast, Fritz Kuhn und Fraktion

Aus dem Bundestagsprotokoll

Plenarprotokoll 16/54
Deutscher Bundestag
Stenografischer Bericht 54. Sitzung

Berlin, Donnerstag,
den 28. September 2006

...
Tagesordnungspunkt 16: Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Matthias Berninger, Kerstin Andreae, weiterer Abgeordneter und der Fraktion des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN: **Fremd- und Mehrbesitzverbot für Apotheken aufheben** (Drucksache 16/2506)
...
Vizepräsidentin Katrin Göring-Eckardt
...
Ich rufe den Tagesordnungspunkt 16 auf: Beratung des Antrags der Abgeordneten Birgitt Bender, Matthias Berninger, Kerstin Andreae, weiterer Abgeordneter und der Fraktion des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN

Fremd- und Mehrbesitzverbot für Apotheken aufheben

Drucksache 16/2506 –

Überweisungsvorschlag: Ausschuss für Gesundheit (f) Ausschuss für Wirtschaft und Technologie Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz

Es wurde verabredet, hierüber eine halbe Stunde zu debattieren. – Dazu höre ich keinen Widerspruch. Dann ist so beschlossen.

Ich eröffne die Aussprache und gebe das Wort der Kollegin Biggi Bender, Bündnis 90/Die Grünen.

Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):
Frau Präsidentin! Meine Damen und Herren! Das deutsche Apothekenrecht ist bizarr. Da verhindert ein Selbstbedienungsverbot, dass die Kundinnen und Kunden selber an das Regal mit verschreibungsfreien Arzneimitteln herantreten, um sich das preiswerteste Präparat herauszusuchen. Da ist der Besitz von Apotheken nur Apothekern gestattet. Das ist eine Regelung, die es in anderen Bereichen, wo der Verbraucherschutz ebenfalls eine wichtige Rolle spielt, etwa in Bäckereien oder Supermärkten, nicht gibt und die dort wohl auch jeder für absurd halten würde.

(Dr. Margrit Spielmann [SPD]: Das ist ja nun etwas ganz anderes!)

Da darf ein Apotheker neben seiner Hauptapotheke höchstens drei Filialapotheken betreiben, die auch noch nahe beieinander liegen müssen. Um solche wettbewerbsbeschränkenden Regelungen aufrechterhalten zu können, muss man in einer marktwirtschaftlichen Ordnung schon gute Gründe haben. Hier findet man aber keine. Gerne wird das Fremdbesitzverbot damit begründet, dass die **Qualität der Beratung** gewährleistet sein müsse, was als Anforderung zutrifft. Dafür würde es allerdings reichen, wenn in jeder Apotheke ein Apotheker oder eine Apothekerin beschäftigt wäre. Für die Qualität der Beratung haben die Besitzverhältnisse doch keinerlei Bedeutung.

Auch für das Mehrbesitzverbot werden höhere Gründe angeführt. Seine Befürworter behaupten, dass Kartelle und Monopolisten andernfalls überhöhte Preise verlangen könnten. Wir haben doch aber Erfahrungen mit Institutionen, die helfen, die **Ausnutzung einer Marktmacht** zu verhindern. Wir haben die Monopolkommission und das Bundeskartellamt. Warum sollten sie nicht auch auf diesem Markt tätig werden und einen Machtmissbrauch verhindern können?

Die Aufhebung des Mehrbesitzverbotes wird nicht zuletzt mit der Begründung abgelehnt, dass dann die **flächendeckende Versorgung mit Arzneimitteln** gefährdet sei. Die entstehenden Apothekenketten, so heißt es, würden sich nur die Rosinen heraussuchen. In strukturschwachen und ländlichen Regionen, so wird beschworen, gäbe es dann gar keine Apotheke mehr. Das ist kein gutes Argument; denn schließlich ist die Gründung einer Apotheke auch heute kein Akt der Nächstenliebe. Ein Apotheker, der eine Apotheke gründen will, oder eine Apothekerin, die eine Apotheke übernehmen möchte, überlegt sich doch sehr genau, ob an diesem Standort gute Umsätze zu erwarten sind. Das ist übrigens auch der Grund, warum die Apothekendichte in Deutschland zwischen Stadt und Land sowie zwischen wohlhabenden und ärmeren Regionen so unterschiedlich ist. Wir alle wissen doch, dass es in den Städten inzwischen mehr Apotheken als Briefkästen gibt. Im ländlichen Raum ist das nicht so.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

An diesem wirtschaftlichen Kalkül würde sich auf einem freieren Apothekenmarkt nichts ändern. Apotheker würden sich auch weiterhin außerhalb der Ballungsräume niederlassen; schließlich ist dort die Wettbewerbsintensität geringer. Verändern würden sich aber – das müssen wir uns angesichts der Diskussion im Rahmen der Gesundheitspolitik überlegen – die **Kosten des Arzneimittelhandels.** Aufgrund der Erfahrungen in anderen Ländern rechnen uns Fachleute vor, dass mit Einsparungen zwischen 1 und 2 Milliarden Euro zu rechnen sei. Angesichts der Anforderungen an die gesetzliche Krankenversicherung sind das nun wahrlich keine Peanuts. Wir können es uns nicht leisten, solche Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu nutzen.

Im Übrigen wird der deutsche Weg auch im Hinblick auf das europäische Recht nicht aufrechtzuerhalten sein. Die **Europäische Kommission** wendet sich gegen Wettbewerbshindernisse auf den Apothekenmärkten. Sie sagt, das Fremdbesitzverbot sei zur Wahrung der Volksgesundheit nicht notwendig, stelle deswegen einen Verstoß gegen die europäische Niederlassungsfreiheit dar. Deswegen hat die Kommission bereits Vertragsverletzungsverfahren gegen Österreich, Italien und Spanien eingeleitet.

(Daniel Bahr [Münster] [FDP]: Aber nicht gegen Deutschland!)

Kurzum: Die Aufhebung von Mehr- und Fremdbesitzverbot ist erstens wirtschaftlich geboten, zweitens ordnungspolitisch richtig und hat drittens keine gesundheitspolitischen Auswirkungen, die ihr entgegenstünden. Angesichts dieser Ausgangslage ist es schon bemerkenswert, dass die Bundesregierung auf diesem Felde so gar nicht tätig sein will. Das gilt übrigens auch für die FDP, Herr Bahr. Immerhin führen Sie sich ja gerne als Schild und Schwert des Liberalismus auf. Aber im Apothekenwesen halten Sie Wettbewerb für Teufelszeug. Das ist bizarr.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der SPD)

Das Regelungsdickicht im Apothekenwesen ist doch nur aufgrund guter Lobbyarbeit und enger Klientelbeziehungen entstanden und keinen sachlichen Erwägungen geschuldet. Die Bundeskanzlerin hat die Losung ausgegeben, dass in der Gesundheitspolitik das Gemeinwohl Vorrang vor Gruppeninteressen haben müsse. Wenn das so ist, dann lassen Sie uns dem folgen und eine Liberalisierung des Apothekenmarktes angehen.

Danke schön.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Zuruf von der SPD: Wir machen jetzt erst einmal die Gesundheitsreform!)

Vizepräsidentin Katrin Göring-Eckardt:
Das Wort hat der Kollege Dr. Wolf Bauer, CDU/CSU-Fraktion.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

Dr. Wolf Bauer (CDU/CSU):
Frau Präsidentin! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Wir haben uns heute

mit einer sehr interessanten Frage zu beschäftigen, nämlich: Welchen Stellenwert hat die öffentliche Apotheke in unserer Gesellschaft im Allgemeinen und in unserem Gesundheitswesen im Besonderen? Ich glaube, wir sind uns alle darin einig: Zweifellos hat die Apotheke einen sehr hohen Stellenwert, da sie Garant für die ordnungsgemäße und sichere Arzneimittelversorgung unserer Bevölkerung ist.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

Dabei haben sich insbesondere die mittelständischen Strukturen und die Freiberuflichkeit bewährt, und das über viele Jahrhunderte. Über die freien Berufe findet sich im Partnerschaftsgesellschaftsgesetz eine sehr interessante Aussage. Ich zitiere:

Die Freien Berufe haben im allgemeinen auf der Grundlage besonderer beruflicher Qualifikation oder schöpferischer Begabung die persönliche, eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von Dienstleistungen höherer Art im Interesse der Auftraggeber und der Allgemeinheit zum Inhalt.

Nicht umsonst hat der Gesetzgeber die Aufgabe der Arzneimittelversorgung in die Hände der eigenständigen Apotheken gegeben. Ich meine, wir sollten es dabei belassen.

Mit den Gründen, die Sie, Frau Bender, genannt haben, können wir uns gerne einzeln auseinander setzen.

(Birgitt Bender [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Ja, tun Sie das doch!)

Ich lade Sie heute ein, einmal mit mir gemeinsam in eine Apotheke in Berlin zu gehen.

(Ute Kumpf [SPD]: Ein bisschen shoppen!)

Danach können Sie nicht mehr behaupten, man gehe dort ans Regal und nehme sich einfach etwas heraus. Ich glaube, Sie müssen einmal sehen, dass das gar nicht so einfach geht.

Etwas ganz anderes ist es, wenn **Kapitalgesellschaften** die Erlaubnis erteilt wird, öffentliche Apotheken zu betreiben. Wir beklagen doch auch in diesem Haus permanent, wie sich Kapitalgesellschaften in unserer Gesellschaft verhalten, wie sie mit ihren Mitarbeitern umgehen.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD – Birgitt Bender [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Das sagt die Union! Das merk ich mir! Das ist ja eine interessante wirtschaftspolitische Aussage!)

Dann sollen wir den Kapitalgesellschaften in diesem sensiblen Bereich Tür und Tor öffnen? Dieser Vorschlag kommt ausgerechnet von Ihnen, den Grünen. Aber lassen wir das.

Zum wiederholten Male wurde die Diskussion über die Entscheidung des Saarlandes angestoßen – das haben Sie angesprochen –, einer niederländischen Aktiengesellschaft eine Betriebserlaubnis für eine Apotheke in Saarbrücken zu erteilen.

(Zuruf vom BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Gute Entscheidung!)

Auch wenn es sich vorrangig um eine von Europarecht geprägte Entscheidung handelt, sollten wir bei der Beurteilung dieses Vorgangs nicht vergessen, dass die Europäische Union nicht nur eine Wirtschaftsgemeinschaft und erst recht nicht nur eine Wettbewerbsgesellschaft, sondern auch eine Wertegemeinschaft ist. Der Europäische Gerichtshof hat in diesem Zusammenhang mehrmals festgestellt, dass Leben und Gesundheit in der EU Vorrang vor wirtschaftlichen Interessen genießen. Die Wirtschaft dient den Verbrauchern und nicht umgekehrt. Dies hat zur Folge, dass die Wirtschaftsordnung auch im Gemeinschaftsrecht flexibel an die sachlichen und fachlichen Erfordernisse einzelner Sektoren anzupassen ist.

Daher belässt Art. 152 des EG-Vertrages die primäre Zuständigkeit für die Regelung und Organisation der Gesundheitsfürsorge bei den Mitgliedstaaten.

(Beifall bei der CDU/CSU)

Die **Europäische Gemeinschaft** beschränkt sich lediglich auf die Ergänzung von Maßnahmen, die Förderung der Gesundheit und die Koordinierung der Mitgliedstaaten. In diesem Artikel steht auch, dass bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt wird. Das ist letztendlich auch Ausdruck des Subsidiaritätsprinzips, auf das wir so stolz sind und das im EG-Vertrag verankert ist.

Die Gegner des deutschen Fremdbesitzverbotes stützen sich auf die unterschiedlichsten Gründe, warum man es endlich beseitigen muss. Aber ich glaube, das bringt uns nicht weiter. Zwingende Gründe wie das **Gemeinwohl** werden angeführt. Ich glaube aber, dass all das Gründe für die Beibehaltung des Verbots sind. Laut Europäischem Gerichtshof nimmt die Gesundheit – das muss ich noch einmal betonen –

(Birgitt Bender [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Dadurch wird es nicht wahrer!)

unter allen Rechtsgütern, die zur Einschränkung der Grundfreiheiten berechtigen, den ersten Rang ein. Das Verbot des Fremd- und uneingeschränkten Mehrbesitzes dient dem Zweck, eine geordnete, verlässliche und kontrollierte Arzneimittelversorgung zu gewährleisten.

(Birgitt Bender [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Na gut! Dann machen wir das doch auch im Lebensmittelrecht! – Dr. Margrit Spielmann [SPD]: Da gibt es schon noch einen Unterschied, Frau Bender!)

Dazu gehört, dass den besonderen Gefahren des Arzneimittelgebrauchs Rechnung getragen und ein ungehinderter Arzneimittelkonsum verhindert wird. Gleichwohl wird diese Entscheidung letztlich in der Hand des Europäischen Gerichtshofes liegen. Wir sollten abwarten, was dabei herauskommt. Es ist allerdings schade, dass man sich im Saarland auf nur ein Gutachten gestützt hat.

(Zuruf von der SPD: Ja!)

Ich kenne auch Gutachten, die das genaue Gegenteil besagen. Sie wissen ja: zwei Juristen, drei Meinungen. Hier hätte man etwas sorgfältiger vorgehen sollen.

Die Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes wird mit der Zulassung von mehr Wettbewerb begründet; das haben wir gerade wieder gehört. Im Antrag vom Bündnis 90/Die Grünen ist von einer Einsparung von bis zu 2 Milliarden Euro die Rede. Außerdem heißt es, es fehle an empirischen Belegen dafür, dass eine Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes zu einer Einschränkung der Sicherheit und der Qualität der Arzneimittelversorgung führt. Frau Bender, wenn es schon um empirische Belege geht, würde es mich natürlich unheimlich freuen, wenn auch eine betriebs- und volkswirtschaftlich nachvollziehbare Berechnung vorgelegt würde, aus der ein **Einsparvolumen** von 2 Milliarden Euro hervorgeht.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU – Birgitt Bender [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Ich schicke Ihnen das Gutachten!)

Der Kollege Lauterbach zum Beispiel spricht von Einsparungen in Höhe von lediglich 1 Milliarde Euro. Hier ist also eine gewaltige Differenz festzustellen.

Zudem bitte ich die Verfasser des Antrags, darzulegen – möglichst auch empirisch; das ist ja ein schönes Wort –, in welchen Ländern sich die Sicherheit und die **Qualität der Arzneimittelversorgung** durch die Freigabe verbessert hat. Auch das lässt sich nicht nachweisen.

(Birgitt Bender [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Die Kosten sind niedriger!)

Da wir gerade bei der Empirie sind: Mich würde brennend interessieren, in welchen Ländern die **Arzneimittelabgabepreise**

aufgrund der Existenz von Kettenapotheken günstiger wurden. Dass das der Fall ist, stimmt nämlich auch nicht. Das können Sie in jedem Gutachten und in vielen anderen Schriftstücken nachlesen.

Ich frage Sie, meine Damen und Herren vom Bündnis 90/Die Grünen: Wollen Sie eigentlich einen Wettbewerb wie in Norwegen? Dort waren 80 Prozent aller Apotheken innerhalb von zwei Jahren nach Aufhebung des Mehr- und Fremdbesitzverbotes in der Hand von vier Ketten. Nur 15 Apotheken stehen nicht unter direktem Ketten- oder Großhandelseinfluss.

(Birgitt Bender [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Gibt es da Wettbewerb? – Maria Michalk [CDU/CSU]: Das ist ja eine Leistung!)

In Norwegen ist es so weit gekommen, dass bei einer Apothekenkette mittlerweile 45 Prozent der abgegebenen Generika vom zum selben Unternehmen gehörenden Hersteller stammen. Ist das Wettbewerb?

Interessant ist auch, dass das norwegische Gesundheitsministerium im Jahre 2004 feststellen musste, dass die Handelskonzerne zwar bei ihren Zulieferern, vor allem bei Generikaherstellern, Rabatte einforderten und auch erhielten, diese jedoch nicht an die Verbraucher oder Krankenkassen weitergaben. Ist es das, was Sie wollen? Das kann es doch auch nicht sein.

Wie kann man – siehe den Antrag vom Bündnis 90/ Die Grünen – einen Wettbewerb zwischen großen Apothekenketten und kleinen, herkömmlichen Apotheken als segensreich fordern? Nichts anderes besagt folgendes Zitat aus Ihrem Antrag:

Die kleinteilige Struktur des Apothekenmarkts lässt einen effizienz- und effektivitätssteigernden Wettbewerb zwischen den Apotheken nicht zu.

Angesichts der Entwicklung in Norwegen, die ich vorhin angesprochen habe, frage ich Sie: Wollen Sie das wirklich? Sie sagten, es sei kein Problem, eine **flächendeckende Versorgung** sicherzustellen. Aber sie ist in Gefahr. In Norwegen musste die Regierung den drei marktbeherrschenden Unternehmen Übernahmegarantien für aufgegebene Landapotheken geben. In Großbritannien subventioniert der Staat mittlerweile jede vierzigste Apotheke, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Ist es wirklich das, was Sie wollen?

Anstatt unsere qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung zu zerschlagen, sollten wir zunächst einmal die Auswirkungen des AVWG und des sich gegenwärtig in der Diskussion befindlichen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes abwarten.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD)

Außerdem bin ich sicher, dass sich auch der Europäische Gerichtshof noch ausführlich mit dieser Materie auseinander setzen wird. Sie haben es bereits angesprochen: Gegen Österreich, Italien und Spanien sind bereits Verfahren, die eine ähnliche Thematik betreffen, beim Europäischen Gerichtshof anhängig. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass gegen Deutschland bisher noch kein Verfahren vonseiten der EU-Kommission in die Wege geleitet worden ist.

(Maria Michalk [CDU/CSU]: So ist das!)

Daraus lässt sich schließen, dass unsere Gesetzgebung durchaus EU-rechtskonform ist.

(Beifall der Abg. Maria Michalk [CDU/CSU])

Ich appelliere an das Hohe Haus, nicht in vorauseilendem Gehorsam gute, gewachsene Strukturen zu zerstören. Wir werden den Antrag der Fraktion des Bündnisses 90/Die Grünen ablehnen. Ich wiederhole meine Einladung: Lassen Sie uns einmal zusammen in eine Apotheke gehen, damit Sie sich ein Bild von dem umfangreichen Leistungskatalog machen können!

Danke schön.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD)

Vizepräsidentin Katrin Göring-Eckardt:
Für die FDP hat Daniel Bahr das Wort.

(Beifall bei der FDP – Birgitt Bender [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Jetzt erklärt uns die FDP, warum sie gegen Wettbewerb ist!)

Daniel Bahr (Münster) (FDP):
Liebe Frau Präsidentin! Meine liebe Kolleginnen und Kollegen! Das Fremd- und Mehrbesitzverbot für Apotheken ist ein klassisches Beispiel für einen Interessenkonflikt zwischen verschiedenen Politikfeldern, zwischen Wirtschaftspolitik auf der einen und Gesundheitspolitik auf der anderen Seite.

Die FDP will einen Ausgleich zwischen den berechtigten Interessen der Gesundheits- und der Wirtschaftspolitik. Aus **wirtschaftspolitischer Sicht** sind Apotheker gewerbetreibende Kaufleute, die sich am Umsatz orientieren und Gewinne anstreben. Die Apothekenpreise von Medikamenten kommen allerdings nicht durch das freie Spiel von Angebot und Nachfrage zustande, sondern durch einen gesetzlich festgelegten, prozentualen Aufschlag auf die Preise des Großhandels. In der Gesundheitspolitik muss so viel Wettbewerb wie nötig und möglich für Effizienzsteigerungen sorgen; dafür stehen wir als FDP. Der Gesundheitsmarkt ist aber nach wie vor ein ganz besonderer Markt, wie hier im Hause wohl keiner bestreiten wird. Mehr als in anderen Bereichen spiegeln sich die Präferenzen der Kunden eben nicht im freien Spiel der Kräfte von Angebot und Nachfrage wider. Dieser Bereich unterliegt ganz eigenen Gesetzen.

Die Gesundheitspolitik muss die Arzneimittelversorgung in Deutschland so organisieren, dass sie den Bedürfnissen der Menschen entspricht. Kaum ein anderes Land hat eine so gute **Arzneimittelversorgung** wie Deutschland.

(Beifall bei der FDP)

Was ist gut an der derzeitigen Arzneimittelversorgung? Erstens. Jeder Bürger hat jederzeit Zugang zu Medikamenten, egal ob er in der Stadt oder auf dem Land wohnt, egal ob er sie vormittags oder nachts oder am Wochenende benötigt. Zweitens. Die Arzneimittelversorgung weist einen hohen Grad an Sicherheit auf. Das Problem, dass Fälschungen aufkommen, hat deshalb nicht auf die Verbraucher durchschlagen können. Drittens. Der einzelne Apotheker fühlt sich für seine Apotheke und seine Kunden verantwortlich. Teilweise übernimmt er eine Mittlerfunktion zwischen Arzt und Patient. Wenn die Zeit beim Arzt nicht gereicht hat, wenn Zusatzinformationen notwendig sind, nimmt sich der Apotheker die Zeit, entsprechend zu informieren.

Was haben wir davon, wenn die Versorgung qualitativ schlechter würde? Wer immer etwas an dem bestehenden System ändern will, muss nachweisen, dass das Angestrebte qualitativ besser ist als der Istzustand: Erstens. Wird die räumliche Versorgung wirklich besser? Zweitens. Wird die Auswahl an Medikamenten wirklich größer? Drittens. Wird die Beratung besser? Viertens. Werden die Arzneimittelpreise niedriger? – Frau Bender, Sie fordern mit Ihrem Antrag, die rechtlichen Voraussetzungen zu ändern, wer eine Apotheke besitzen darf, mehr nicht. Dadurch würden die Arzneimittelpreise nicht niedriger. Doch das steht nicht in Ihrem Antrag. Er ist deshalb eine Verkürzung dieses Bereiches.

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der SPD)

Nur wenn die **Arzneimittelpreisverordnung** komplett aufgehoben wird, die Pharmahersteller bei den Preisen trotz Festbeträgen und Arzneimittelhöchstbeträgen noch nennenswerte Spielräume haben, die nicht durch die Krankenkassen mit Rabattverträgen ausgeschöpft werden, und – ein ganz wesentlicher Aspekt – das Zusammenspiel aus vertikaler und horizontaler Konzentration den Preissetzungsspielraum für die Apothekenketten nicht sogar zulasten der Verbraucher erhöht, würden Arzneimittel billiger. Sonst würden Apothekenketten nur eines bewirken, nämlich eine Produzentenrente beim

Apothekenkettenkonzern, also eine Erhöhung des Gewinns beim Konzern.

Das Fremd- und Mehrbesitzverbot erklärt sich aus der **heilberuflichen Komponente** des Apothekerberufs. Der Apotheker galt bisher traditionell als Heilberufler. Das rechtfertigt die flächendeckende Versorgung mit Apotheken, die wir in Deutschland haben. Diese heilberufliche Komponente des Apothekers wurde mit dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz von Anfang dieses Jahres – Herr Bauer hat es angesprochen – durch das Verbot von Naturalrabatten noch betont.

(Beifall bei Abgeordneten der FDP, der CDU/ CSU und der SPD)

Man muss sich einmal Gedanken machen, was man eigentlich will. Natürlich ist der Apotheker sowohl Heilberufler als auch Kaufmann. Man kann aber nicht, wie es einem gerade gefällt, das eine Mal betonen, dass der Apotheker ein Heilberufler ist, und Naturalrabatte verbieten, und dann wieder einfordern, dass er als Kaufmann direkt mit den Kassen oder der Pharmaindustrie verhandelt. In diesem Zwiespalt befinden wir uns. Deshalb müssen wir uns diese Frage immer wieder stellen. Nicht Kommerzialismus, sondern die Gesundheitsversorgung soll im Vordergrund stehen. Eine Apothekenkette im Besitz einer Kapitalgesellschaft würde zumindest dies anders gewichten.

Die Grünen betonen in ihrem Antrag allein die wirtschaftspolitische Sicht. Ich vermisse dabei die gesundheitspolitische Komponente. Auch die **wirtschaftspolitische Komponente** ist nicht konsequent durchdacht. Wer wirtschaftspolitisch konsequent handeln will, der muss den gesamten Arzneimittelmarkt marktwirtschaftlich ausrichten.

(Beifall bei der FDP)

Das steht nicht in Ihrem Antrag. Er müsste auch die Abschaffung von Festbeträgen und Festpreisen sowie die Aufhebung der Importquoten, der gesetzlichen Zwangsrabatte, der Bonus-Malus-Regelung, der Aut-idem-Regelung, des Verbots von Naturalrabatten usw. fordern. Mit diesen ganzen Fragen beschäftigen Sie sich in Ihrem Antrag nicht. Sie beschäftigen sich allein mit dem Fremd- und Mehrbesitzverbot. Es ist deshalb nicht gerechtfertigt, diesem Antrag zuzustimmen.

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

All das müsste dem freien Spiel der Kräfte überlassen werden und sich als Ergebnis des Handelns von Ärzten, Patienten, Pharmaherstellern, Großhändlern und Apothekern ergeben. Tun wir also nicht so, als ob allein die Wirtschaftspolitik hier eine Rolle spielt, und führen wir ernsthaft eine Auseinandersetzung darüber, in welchen Bereichen der Apotheker in seiner heilberuflichen Verantwortung gestärkt werden muss und in welchen Bereichen rein marktwirtschaftliche Lösungen ohne Verlust wichtiger gesundheitspolitischer Anliegen möglich und sinnvoll sind.

Natürlich muss sich der Gesundheitssektor und müssen sich auch die Gesundheitsberufe – Ärzte, Apotheker, Pflegekräfte – den wandelnden Bedingungen anpassen. Ziel muss es aber doch sein, die Versorgungsqualität zu verbessern oder zumindest auf dem heutigen Niveau zu sichern. Deswegen werden wir als FDP diesen Antrag der Grünen ablehnen.

(Beifall bei der FDP und der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

Vizepräsidentin Katrin Göring-Eckardt:
Das Wort hat die Kollegin Dr. Marlies Volkmer, SPD-Fraktion.

Dr. Marlies Volkmer (SPD):
Frau Präsidentin! Sehr geehrte Damen und Herren! Die **Ausgaben für Medikamente** sind ein wichtiger Kostenfaktor in der gesetzlichen Krankenversicherung. Frau Bender, sie stehen von daher sehr im Mittelpunkt des Interesses und sind häufig Ziel gesetzgeberischer Maßnahmen.

Eine solche Maßnahme haben wir Anfang dieses Jahres mit dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz – AVWG – durchgeführt. Mit diesem Gesetz waren wir durchaus erfolgreich. Wir haben die Arzneimittelpreise mit diesem Gesetz gesenkt. Die Arzneimittelausgaben im Juli sind gegenüber dem Vorjahr um 3,5 Prozent zurückgegangen.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Heute beschäftigen wir uns mit einem Antrag der Fraktion des Bündnisses 90/Die Grünen und es geht um die Abschaffung des Mehrbesitz- und Fremdbesitzverbots für Apotheken. Sie wollen also, dass ein Nichtapotheker eine unbeschränkte Zahl von Apotheken besitzen kann – vorausgesetzt, er kann das bezahlen. Sie versprechen sich davon – ich zitiere – "einen effizienz- und effektivitätssteigernden Wettbewerb" sowie die Erschließung erheblicher Wirtschaftlichkeitsreserven.

Liebe Kolleginnen und Kollegen von den Grünen, woher nehmen Sie denn die Gewissheit, dass die Zulassung des unbeschränkten Apothekenbesitzes und die damit einhergehende Bildung von **Apothekenketten** wirklich zu einer höheren Wirtschaftlichkeit und Effizienz und vor allen Dingen auch zu niedrigeren Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung führt? Es ist vorhin schon gesagt worden: In Norwegen ist der Markt inzwischen unter drei Apothekenketten aufgeteilt. Die Einzelapotheke ist fast verschwunden. Das hat zur Störung der flächendeckenden Versorgung geführt. Durch das Beispiel Norwegen wird auch deutlich, dass durch eine Marktfreigabe des Apothekenbesitzes nicht automatisch für dauerhaft billigere Arzneimittel gesorgt wird. Natürlich könnte man sich vorstellen, dass zukünftig auch in Deutschland zahlungskräftige Nichtapotheker oder kapitalstarke Unternehmen Apothekenketten besitzen und Apotheker bei sich einstellen.

Vizepräsidentin Katrin Göring-Eckardt:
Frau Kollegin, möchten Sie eine Zwischenfrage der Kollegin Birgitt Bender zulassen?

Dr. Marlies Volkmer (SPD):
Nein. – Zu fragen ist aber, ob das den Kunden oder nur denjenigen nutzen wird, die heute gern in den lukrativen Markt möchten, aber noch nicht dürfen.

Es gibt im Arzneimittelgroßhandel schon jetzt eine erhebliche Konzentration. Teilweise bestehen enge Verflechtungen zu Generikaherstellern. Wenn diese Unternehmen nun Apotheken aufkaufen würden, dann führte das zu einer perfekten vertikalen Konzentration von den Pharmaherstellern über den Arzneimittelgroßhandel bis hin zur Apotheke. Das würde die Gefahr mit sich bringen, dass die Apotheke nur noch ein eingeschränktes und nicht unbedingt das preiswerteste Arzneimittelsortiment vorhalten würde. Zudem wäre es fahrlässig, wenn die Pharmaindustrie über den Weg der Apothekenkette einen direkten Zugang zu Patientendaten erhalten würde. Ich war immer der Ansicht, da seien wir einer Meinung. Wozu die Konzentration eines Marktes auf wenige Anbieter, also ein so genanntes Oligopol, führen kann, zeigen doch eindeutig der Mineralölmarkt und der Energiemarkt.

Aus meiner Sicht wäre es jedoch ein großer Fehler, bei diesem Thema nur über Markt, Wirtschaftlichkeit und Preise zu sprechen. Der Verkauf von Medikamenten ist eben nicht dasselbe wie der Verkauf von Waschmitteln oder Brot und Brötchen.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU – Birgitt Bender [BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN]: Und Fleisch?)

Ein Medikament ist ein Produkt, das neben seiner erwünschten Wirkung auch Risiken und Nebenwirkungen hat. Jeder kennt den Hinweis aus der Werbung: Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker. Die Nebenwirkungen können lebensbedrohlich sein, vor allen Dingen bei der gleichzeitigen Einnahme von vielen Medikamenten, bei chronischen Erkrankungen und bei Allergien. Es kommt beim Arzneimittel eben nicht nur auf den günstigen Preis an, sondern auch auf die Qualität der Beratung.

Die Hausapotheke mit dem direkten Kontakt zu den Patienten ist deswegen aus unserer Sicht kein Auslaufmodell, sondern ein Zukunftsmodell.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Ich sage ganz klar: Die SPD steht zum **Apotheker als Heilberuf** und sieht in ihm eben nicht nur den einfachen Arzneimittelkaufmann.

Noch einige Worte zur Vereinbarkeit der deutschen Regelungen mit dem europäischen Recht. Es ist schon gesagt worden: Vertragsverletzungsverfahren laufen gegen Österreich, Italien und Spanien, und zwar vor allen Dingen deswegen, weil die Niederlassungsfreiheit in diesen Ländern nicht gewährleistet ist. In Deutschland ist sie gewährleistet.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Vizepräsidentin Katrin Göring-Eckardt:
Das Wort für die Linksfraktion hat Frank Spieth.

(Beifall bei der LINKEN)

Frank Spieth (DIE LINKE):
Frau Präsidentin! Meine Damen und Herren! Wir haben es gehört: Kein Bereich im deutschen Gesundheitswesen hat höhere Zuwachsraten als der Pharmabereich. Wir zahlen hier mittlerweile mehr als für die ambulante ärztliche Versorgung. Darüber sollte man in der Tat einmal nachdenken.

Trotz aller Kostendämpfungsbemühungen sind die **Kosten für die Arzneimittel** in den zurückliegenden Jahren gestiegen. Die Milliarden, die hier ausgegeben werden, fehlen an anderer Stelle im Gesundheitswesen.

(Beifall bei der LINKEN)

Gleichzeitig mussten sich die Patientinnen und Patienten daran gewöhnen, immer höhere Eigenanteile zu zahlen. Nun kommen die Grünen mit der Idee, durch die Abschaffung des Fremd- oder Mehrbesitzverbotes für Apotheken einen besseren Wettbewerb und mehr Wirtschaftlichkeit herstellen zu können und damit unter Umständen round about 2 Milliarden Euro einsparen zu können. Abgesehen davon, dass ich die Grünen, die einmal für Nachhaltigkeit und lokalen Zusammenhalt eingetreten sind, nicht mehr verstehe, halte ich diesen Ansatz in der Tat für einen schweren Denkfehler.

(Beifall bei der LINKEN – Birgitt Bender [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Jetzt kommt die Linkspartei auch noch damit!)

Schon heute können Apotheker bis zu drei Filialen betreiben, Frau Bender; denn Rot-Grün hat damals dafür gesorgt, dass es die Möglichkeit dieses Mehrbesitzes gibt. Der Vorschlag der Grünen, das Mehrbesitzverbot für Apotheken gänzlich aufzuheben, geht aber nach meiner Einschätzung an dem tatsächlichen Problem vorbei: Die Ausgaben für Arzneimittel haben sich von 1995 bis 2005 von 8,94 Milliarden Euro auf 15,44 Milliarden Euro erhöht. Im gleichen Zeitraum, Frau Bender, haben sich die Rohgewinne der Apotheken und des Großhandels in Höhe von 5 Milliarden in 1995 und 4,94 Milliarden in 2005 sogar geringfügig reduziert. Das heißt, nicht die Apotheken sind die **Kostentreiber;**

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der SPD)

vielmehr haben die Pharmakonzerne 72 Prozent der Kostensteigerungen im Bereich der Arzneien zu verantworten. Die Auseinandersetzung über diesen Fakt wird von Ihnen gescheut. An dieser mächtigen Lobby ist bisher im Kern noch jede Reform gescheitert. Ich befürchte, dass mit der Einführung von Apothekenketten zwangsläufig die Qualität der unabhängigen Beratung leidet. Wenn Apothekenketten von Pharmaunternehmen geführt werden, dann ist an eine **unabhängige Medikamentenberatung** nicht mehr zu denken. (Beifall bei der LINKEN)

Aber gerade das sollte unser Ziel sein: die qualifizierte und hochwertige Arbeit der Pharmazeuten. Es bleibt nach meiner Erkenntnis – das haben Gespräche mit vielen Apothekern bestätigt – die Notwendigkeit, den Apotheker als letztes Korrektiv bei falschen Verschreibungen einzusetzen.

Es stimmt, dass die meisten Apothekenbesitzer in Deutschland ein durchaus auskömmliches Nischendasein führen. Daran haben auch die Internetapotheken und der Versandhandel mit Arzneimitteln nichts geändert. Richtig ist auch, dass die Qualität der Beratung und der Service mancherorts verbesserungswürdig sind. Darüber können wir reden.

Die Grünen gehen aber von **Einsparmöglichkeiten** aus, die ich für irreal halte. Wie soll das funktionieren? Die Apotheken erhalten unabhängig vom Abgabepreis des jeweiligen Medikaments eine Pauschale in Höhe von 6,10 Euro. Naturalrabatte, wie sie bis zur Einführung des Arneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes gegeben waren, sind mittlerweile verboten. Kurzum: Apothekerinnen und Apotheker haben kein eigenes wirtschaftliches Interesse mehr an den Arzneimittelpreisen. Deshalb ist dieser Ansatz falsch.

Wie sollen Apothekenketten 2 Milliarden Euro einsparen können, wenn es durch die Politik der letzten Jahre nicht möglich war? Aus welchem Grund sollen all die Apothekenketten bereit sein, die Vorteile aus ihren ausgehandelten Rabatten an die Versichertengemeinschaft weiterzugeben? Ich sehe an dieser Stelle keine Chance. Die Erfahrungen in den USA – das wurde bereits ausgeführt – und in Norwegen zeigen, dass dieser Weg in die falsche Richtung führt. Monopole, wie sie dort entstehen, würden uns das Fürchten lehren.

Vizepräsidentin Katrin Göring-Eckardt:
Sie müssen zum Ende kommen.

Frank Spieth (DIE LINKE):
Ich komme zum Schluss. – Ich meine, wir sollten einen anderen Weg gehen. Unsere Fraktion wird sich dem Antrag der Grünen nicht anschließen. Wir lehnen – wie hoffentlich die Mehrheit des Parlaments – diesen blinden Neoliberalismus ab.

(Beifall bei der LINKEN)

Vizepräsidentin Katrin Göring-Eckardt:
Das Wort hat die Kollegin Margrit Spielmann, SPD-Fraktion.

Dr. Margrit Spielmann (SPD):
Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ohne Lobbyistin zu sein,

(Daniel Bahr [Münster] [FDP]: Aber Sie haben Interessen!)

habe ich mir erlaubt, den Antrag der Grünen bei Apothekerinnen und Apothekern in meinem Wahlkreis vorzustellen. Ich möchte Ihnen das Ergebnis mitteilen. Alle Apothekerinnen und Apotheker haben festgestellt, dass sie in erster Linie Apotheker sind, dass sie persönliche Verantwortung tragen und in der Haftung stehen und dass sie Beratung und Betreuung übernehmen wollen, um damit ihrem **Selbstverständnis als Heilberufler** nachzukommen. Sie wollen aber nicht in Zukunft Kaufleute oder Kettenbesitzer sein. Denn sie meinen, dass nur die unabhängige inhabergeführte Apotheke ihrer Verpflichtung nachkommen kann.

(Birgitt Bender [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Was sagen Sie und der Kollege Lauterbach denn?)

– Dazu komme ich noch, Frau Kollegin Bender. – Deshalb muss verhindert werden, dass in Deutschland Kettenstrukturen ähnlich wie bei den Lebensmittelketten oder den von Ihnen angeführten Bäckern etabliert werden. Ich meine, Frau Bender, dass solche Systeme profitorientiert sind. Der Verbraucherschutz und die Heilberuflichkeit treten in den Hintergrund.

Zu Ihrer Frage, Frau Bender: In einer von rein kaufmännischen Interessen geleiteten Kette würden unter anderem **die Versorgungssicherheit und die Qualität** leiden, weil sie zugunsten rein wirtschaftlicher Überlegungen in den Hintergrund treten würden. Ketten würden sich zudem auf bestimmte lukrative Standorte konzentrie-

ren, sodass die flächendeckende Versorgung und vor allem die Arzneimittelsicherheit nicht mehr gewährleistet werden könnten.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der CDU/CSU)

Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen der Grünen, wollen mit Ihrem Antrag die Arzneimittelversorgung von 82 Millionen Menschen mir nichts, dir nichts auf den Kopf stellen. Ich frage mich, wo dabei die sachliche Rechtfertigung bleibt, die Sie der bisherigen Versorgungsstruktur absprechen. Sie erwähnen mit keinem Wort die vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Apotheken und machen nicht deutlich, was sie erwartet, wenn die im Antrag enthaltenen Forderungen umgesetzt würden. Sie sagen auch nichts zu den Leistungen, die täglich vom Heilberuf des Apothekers erbracht werden.

In Ihrem Antrag gehen Sie auch nicht auf die Konsequenzen ein, die Kettenstrukturen auf die Arbeitsplätze und die qualitativ hochwertigen **Ausbildungsplätze** in Apotheken hätten. Mit Ihrem Antrag wollen Sie die Axt an ein System legen, das den Menschen eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung sichert. Wer heute als Patient oder Patientin mit einem Rezept aus der Arztpraxis kommt, erhält in den meisten Fällen das verordnete Medikament noch am selben Tag, und dies unabhängig davon, wo er lebt. Außerhalb der üblichen Ladenöffnungszeiten stehen die Apothekerinnen und Apotheker im **Not- und Nachtdienst** der Arzneimittelversorgung der Menschen zur Verfügung, und dies in Stadt und Land, Frau Bender. Ich weiß nicht, wie Sie sich die Not- und vor allem die Nachtversorgung vorstellen.

In Ihrem Antrag behaupten Sie, dass wir erst dann rechtliche Änderungen vornähmen, wenn wir dazu gezwungen würden, dass wir erst dann tätig würden, wenn uns der Europäische Gerichtshof dazu zwinge. Ich sage Ihnen: Wir haben im Apothekenbereich – ich will gar nicht verschweigen: auch mit Ihrer Unterstützung – wichtige Veränderungen auf den Weg gebracht. Die Vergütung der Apotheker wurde von einem prozentualen, am Arzneimittelpreis orientierten Zuschlag auf einen festen Zuschlag umgestellt. Der Mehrbesitz ist erlaubt, sodass man neben der Hauptapotheke drei Filialen betreiben kann. Der Versandhandel ist zugelassen. Dieses System funktioniert und muss erhalten bleiben.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der CDU/CSU)

Wir wollen den Apotheker als Heilberufler, der alle Anstrengungen unternimmt, um die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung sicherzustellen. Deshalb lehnen wir Ihren Antrag ab.

(Beifall bei der SPD und der CDU/CSU)

Vizepräsidentin Katrin Göring-Eckardt:

Es ist vereinbart, die Vorlage auf Drucksache 16/2506 an die in der Tagesordnung aufgeführten Ausschüsse zu überweisen. – Sie sind damit einverstanden. Dann ist die Überweisung so beschlossen.
...

Heilsame Worte

Ilona Durigo leitet die historische Reichenberger-Apotheke in Kreuzberg. Deren Markenzeichen: Die Mitarbeiterinnen beherrschen sechs Sprachen

von KARIN FLOTHMANN

Es tropft auch schon mal Blut auf den Tresen der Apotheke. Etwa als der junge Mann hereinkommt und seine Hand in die Höhe hält. Er hat sich mit einem Brotmesser verletzt, nun klafft ein tiefer Schnitt in seiner Hand. Die Apothekerin bleibt gelassen. Sie schaut sich die Wunde an und verbindet sie. Der junge Mann bedankt sich überschwänglich - auf Arabisch: „Schukran gezilan, ma'a salama!"

Ilona Durigo spricht die Sprache nahezu fließend. Grund dafür ist eine inzwischen verflossene Liebe zu einem Sudanesen. Genauso fließend beherrscht die Kreuzberger Apothekerin Spanisch, Englisch und Französisch – und natürlich Deutsch. Türkisch kann eine Angestellte.

Vielsprachigkeit ist das Markenzeichen der Apotheke in der Reichenberger Straße Ecke Liegnitzer. „Hier leben viele Latinos, arabische und türkische Familien. Diese Buntheit gefällt mir", erklärt Ilona Durigo. Wenn die kleine, eher zierliche Frau gefragt wird, was ihr am Apothekerinnendasein am meisten Spaß macht, antwortet sie: „Der Kontakt mit den unterschiedlichsten Menschen und die Beratung von Alt und Jung." Im Kiez ist ihre Apotheke fast eine Art Sozialstation.

Ein Mädchen betritt schniefend den Laden, gefolgt von zwei älteren Frauen, die sich leise auf Türkisch unterhalten. Einmal Nasentropfen und Papiertaschentücher, einmal

ein Kopfschmerzmittel. „Inzwischen kommen die Menschen häufig erst mal zu uns, bevor sie zum Arzt gehen", berichtet die Apothekerin. Das habe mit der jüngsten Gesundheitsreform zu tun. Denn so sparten sie die Praxisgebühr.

Ein Vater und ein weinendes Kind sind die nächsten Kunden, zusammen mit einem riesigen gelben Pokémon-Ungeheuer, dessen Bauch aufgeplatzt ist. „Haben Sie zufällig eine Nähnadel und Garn?"" Ilona Durigo hat auch das - und sie verleiht die Nadel. Wenig später ist das Pokémon wieder gesund, und die Nadel wird zusammen mit einer Praline zurückgebracht. Das Kind lacht zufrieden. Ilona Durigo lacht mit. „Solche kleinen Episoden passieren hier oft", sagt sie. Ihre Augen strahlen.

Tagsüber herrscht von Zeit zu Zeit Gedränge vor dem alten Tresen der Apotheke. Nachts, wenn die Apotheke für den Notdienst von 18.30 Uhr bis zum nächsten Morgen um 9 Uhr besetzt ist, ist es ruhiger. Dann macht Ilona Durigo in einem Hinterzimmer die Buchführung. Der Raum ist voller alter Fotos vom Kiez. An der Wand hängt eine alte Jugendstilreklame für Kamillenextrakt. Und auf dem kleinen Tisch in der Mitte des Raums steht noch der Teller vom Abendbrot. Die Apothekerin streicht sich die roten Haare aus dem Gesicht und beginnt zu erzählen.

Die kulturelle Vielfalt des Viertels hat die 54-Jährige vor zwölf Jahren in den Kiez gezogen. Damals übernahm sie die denkmalgeschützte Apotheke. Niemand wollte die antiken Apothekenschränke mit ihren Schubladen und die Regale mit gedrechselten Streben. Das war nicht modern genug. Doch Ilona Durigo verliebte sich in die alten Gläser und Flaschen, in die Porzellangefäße und Mörser. In ihrer Freizeit recherchierte sie die Geschichte ihrer Gründerzeitapotheke.

Eröffnet wurde die mit dem gleichen Mobiliar vor mehr als 115 Jahren im Jahr 1889. Damals existierten in der Liegnitzer Straße noch in fast jedem Haus Ladenlokale: vier Tabakgeschäfte, diverse Lebensmittelläden, ein Seifenladen, mehrere Bäckereien, Kohlenhändler, Frisöre, Schuster und sogar gleich zwei Leihbibliotheken. Außerdem gab es einen Kuhstall. Und da war die Apotheke an der Ecke zur Reichenberger. Heute ist sie – neben einem Kiosk – das einzige Ladenlokal in der Straße.

Die Pharmazie war für Ilona Durigo kein Traumberuf. „Zur Apotheke bin ich eher zufällig gekommen", sagt sie. Als gelernte Versicherungskauffrau zog sie im Jahr 1970 von Bielefeld nach Berlin. Hier holte sie das Abitur nach. Hier begann sie zu reisen. Bei einem Urlaub im Sudan lernte sie schließlich ihren späteren Ehemann kennen. Nach dem Abitur bekam sie eine Tochter und sprach leidlich gut Arabisch. Zunächst begann sie damals Arabistik und Völkerkunde zu studieren. Doch dann überlegte sie es sich noch mal anders: „Es sollte etwas Medizinisches sein", denn sie wollte im Ausland helfen.

Als das Pharmaziestudium geschafft war, endete auch die Ehe. Als Alleinerziehende arbeitete Ilona Durigo mehr als zehn Jahre lang in unterschiedlichen Apotheken, bis sie als Urlaubsvertretung auf die Reichenberger Apotheke stieß. Damals war der Verkaufsraum noch mit – ziemlich hässlichen – Neonröhren bestückt. Ilona Durigo besorgte alte Leuchter und gab der Apotheke ein neues Profil. Heute führt die Apothekerin neben den üblichen Medikamenten vor allem Heilmittel aus der Natur: Mehr als 100 verschiedene Heilkräuter finden sich in Schubladen und Dosen. Chinesische Kräuter, ätherische Öle und homöopathische Arzneimittel ergänzen das Angebot.

Gegen 21 Uhr klingelt es. Ilona Durigo geht zur Tür und öffnet das kleine Notdienstfenster. Draußen steht ein junger Mann und versucht aufgeregt in gebrochenem Deutsch seine Notlage zu schildern. Ilona Durigo fragt auf Spanisch nach – offenbar die Muttersprache des jungen Kunden. Der erklärt ihr mit schnellen Worten: Sein Hund habe erbrochen, fresse nicht mehr und habe starken Durchfall. Auch für solche Fälle ist Ilona Durigo gewappnet. Sie gibt dem Mann Kohletabletten mit.

taz Berlin lokal Nr. 7950 vom 19.4.2006, Seite 23, 184 TAZ-Bericht KARIN FLOTHMANN

(Wir danken der taz für die Genehmigung zum Abdruck des Artikels. Foto: Amélie Losier)

Der nächste VDPP-Rundbrief erscheint Anfang März 2007.

Redaktionsschluss ist am 28. Februar 2007.

Der Vorstand

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

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

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

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg
siehe Hessen

Bayern
siehe Hessen

Berlin

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

Brandenburg
siehe Berlin

Bremen

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

Hamburg

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

Hessen

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

Mecklenburg-Vorpommern
siehe Hamburg

Niedersachsen

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

Nordrhein-Westfalen

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

Rheinland-Pfalz
siehe Hessen

Saarland
siehe Hessen

Sachsen

Dr. Kristina Kasek
Goldacherstraße 7
04205 Miltitz
Telefon 0341 9405732

Sachsen-Anhalt
siehe Niedersachsen

Schleswig-Holstein
siehe Hamburg

Thüringen
siehe Hessen