VDPP • RUNDBRIEF

71

20. Jahrgang 10 / 2008

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
71 INHALT

Rückblick
MV 2008 in Dresden

Apotheken und
Publik Health

Unabhängige
Arzneimittelberatung

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

eigentlich hätte dieser Rundbrief schon etwas früher erscheinen sollen, doch dann kam der Urlaub dazwischen, dann Urlaube der MitarbeiterInnen etc. Vielleicht nimmt dies einmal jemand zum Anlass, über eine Mitarbeit in der Rundbrief-Redaktion nachzudenken.

Immerhin habt ihr mit dieser Postsendung gleich *zwei* Rundbriefe erhalten: dieses (reguläre) Heft und die Sonderausgabe mit einer Auswahl aus Artikeln der letzten Nummern, die – wie im letzten Jahr – beim Apothekertag verteilt wurde, und die sich auch zur Weitergabe an interessierte Kolleginnen und Kollegen eignet.

Das Titelbild zeigt einen Teil der vor dem Hygiene-Museum in Dresden auf Einlass wartenden MV-TeilnehmerInnen.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

das Redaktionsteam

Redaktionsschluss für den VDPP-Rundbrief Nr. 72: 30. November 2008

INHALT

Grußwort des Vorstands

Jana Böhme *3*

Neu im Vorstand

Florian Schulze *4*

Apotheken und Public Health

Udo Puteanus *4*

Unabhängige Arzneiberatung

Uta Heinrich-Gräfe *7*

Stand der Programmüberarbeitung

Regina Schumann *9*

Protokoll der MV 2008

Renate Rathmann *10*

Anträge zur MV *13*

Rechenschaftsbericht des Vorstands

Jana Böhme / Thomas Schulz *14*

Bericht der Referentin

Katja Lorenz *15*

Finanzbericht 2007

Jürgen Große *16*

Finanzplan 2008 *17*

Vorstand 20. April 2008

Katja Lorenz *18*

Vorstand 17. August 2008

Katja Lorenz *20*

BUCHBESPRECHUNGEN

Familiengeschichten

Regina Schumann *21*

Erika Hickel: Die Arzneimittel in der Geschichte

Udo Puteanus *22*

TERMINE *24*

DOKUMENTATION

Ulmer Papier der BÄK *25*

Abschiebeärzte sollen Flugtauglichkeit unter Ausschluss der Öffentlichkeit herstellen *27*

Keine Ehrung für SS-Männer *29*

Mehr Geld alleine löst nicht die Probleme

vdää *29*

"Patient Information" by pharmaceutical companies comes up against almost unanimous opposition from civil society

AGE, AIM et al. *31*

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,

vor gut drei Monaten fand das Wiedersehen zur alljährlichen Mitgliederversammlung statt – diesmal in Dresden. Herzlichen Dank an alle Mitglieder, die gekommen waren und mit uns diskutiert haben.

Zu Beginn referierte Udo Puteanus über „Apotheken und Public Health". Ist die Apotheke der Ort für eine erstklassige pharmazeutische Betreuung? Wenn ja, wie können die Ergebnisse relevanter Beobachtungen in die Politik transferiert werden? Wenn nein, welche Daseinsberechtigung haben die Apotheken als solche? (Es sei auf die aktuell von der Stiftung Warentest veröffentlichte Untersuchung zur schlechten Beratung in der Apotheke verwiesen, http://www.test.de/). Reicht dann nicht doch die Medikamentenecke im Supermarkt? Den täglich auftretenden Problemen mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen müssen wir uns stellen und sie auch publik machen. Frau Heinrich-Gräfe von der Arzneimittelberatungsstelle der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) in Dresden stellte uns die Bearbeitung der täglichen Anfragen über Arzneimittel und unerwünschten Wirkungen vor. Zum Teil sind dies Fragen, die in der Apotheke beantwortet werden können!

Nach dieser anregenden Diskussion zeigte sich die Mitgliederversammlung sehr elanvoll und entwickelte Vorstellungen für verschiedene Veranstaltungen im nächsten Jahr: Ein Höhepunkt wird die MV 2009 mit den Feierlichkeiten zum zwanzigjährigen Bestehen des VDPP sein. Merkt Euch bitte den Termin 20./21. Juni 2009 schon einmal vor.

Weiterhin sind wir intensiv mit der Programmüberarbeitung beschäftigt. Hierzu gab es bereits Aussendungen und wir möchten Euch alle herzlich einladen mitzumachen. Ab Oktober werden die überarbeiteten und neu erarbeiteten Kapitel im Mitgliederbereich der Homepage einzusehen sein. Zusätzlich wird ein Diskussionsforum eingerichtet, in dem auch die Mitglieder, denen es zeitlich oder räumlich nicht möglich ist, in den Regionalgruppen mitzudiskutieren, an dem vereinsinternen Meinungsbildungsprozess mitwirken können.

Im nächsten Januar wird es ein Programmseminar geben, auf dem dann intensiv die Programmatik unseres Vereins für die nächsten Jahre diskutiert werden kann. Die endgültige Verabschiedung ist dann im Juni 2009 geplant.

Erstmals seit langer Zeit wird auch wieder ein Frauenseminar stattfinden. Als Datum könnt Ihr Euch den 7. März 2009 vormerken. Weitere Informationen wird es demnächst dazu geben.

Passend zu dieser energiegeladenen Stimmung wurde der Vorstand durch die Wahl von Florian Schulze gestärkt. Ich freue mich auf die Zusammenarbeit. Gemeinsam werden wir im Vorstand mit unserer Referentin Katja Lorenz und Gudrun Meiburg in der Geschäftsstelle und all den anderen engagierten Vereinsmitgliedern dieses ehrgeizige Arbeitsprogramm für das 20. Jahr des VDPP zu einem Erfolg führen. In diesem Sinne wünsche ich euch einen sonnigen Herbst!

Jana Böhme
für den Vorstand

hai EUROPE

"Clinical Trials on Trial"

Health and development NGOs, government officials, academics and selected others interested in the issue of Clinical Trials are invited to attend a one-day seminar on Friday, 21 November 2008 in Berlin, Germany.

Registration: www.haiweb.org

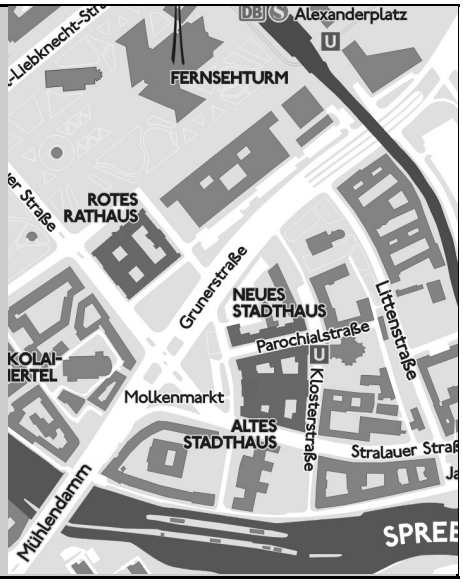
HAI Europe Open Seminar 2008, 21 November 2008, 09.00–17.45

Venue: Neues Stadthaus, Parochialstraße 3, 10179 Berlin

Panel 1: The golden standard or fool's gold?

Panel 2: Ethics in Clinical Trials

Panel 3: Clinical Trials as marketing tools?



Neu im Vorstand: Florian Schulze stellt sich vor

Ich habe 1977 in Wernigerode im Harz das Licht der Welt erblickt.

Das politisch prägende Ereignis war sicher der Umbruch 1989/90. Die Erfahrung, dass auch ein repressives System nicht unumstößlich ist, bedeutete für mich den Startschuss für politisches und gesellschaftliches Engagement. Von Unterschriftensammlungen für die Errichtung des Nationalparks Hochharz über das Plakatieren für die Grünen/Bündnis 90 zu den Bundestagswahlen 1990 und 1994 bis zur Antifa-Arbeit ist das Mitgestalten für mich seitdem selbstverständlich gewesen. Da mein Vater ebenfalls Apotheker ist und die von ihm geleitete Apotheke in der Wendezeit übernommen hat, konnte ich den strukturellen Wechsel von der staatlichen Gesundheitseinrichtung zur inhabergeführten Apotheke hautnah miterleben.

Der Krieg der NATO in Jugoslawien 1999 war der Anlass, der damaligen PDS beizutreten. Während der Studienzeit in Berlin war ich dann in Jugendorganisationen aktiv, während des Studentenstreiks 1997 auch in der Fachschaftsvertretung der Pharmaziestudierenden an der Humboldt-Universität zu Berlin.

Erst nach dem Abschluss im Januar 2004 begann ich, mich für Gesundheitspolitik zu interessieren. Im VDPP fand ich Ende 2006 einen Verein, in dem sowohl sehr kompetente wie auch sympathische Menschen an einem sozial gerechten und demokratischen Gesundheitssystem mitarbeiten und in dem es einfach Spaß macht, sich einzubringen, zu diskutieren und durch den VDPP auf die politische Entwicklung im Gesundheitswesen Einfluss zu nehmen.

Ich bedanke mich für das entgegengebrachte Vertrauen und freue mich sehr auf die neue Tätigkeit im Vorstand.

Apotheken und Gesundheitswissenschaften / Public Health: Chance und Notwendigkeit einer engeren Zusammenarbeit

von Udo Puteanus

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

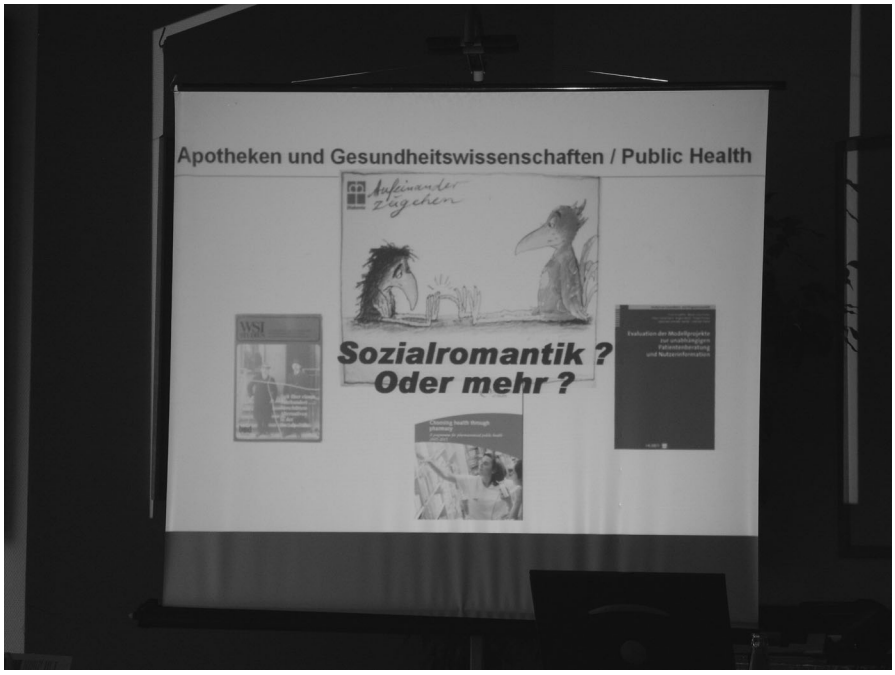
Die Zeit ist reif, dass sich die Gesundheitswissenschaften verstärkt dem Themenfeld Apotheke widmen. Denn seit nun zwanzig Jahren beforschen die multidisziplinär arbeitenden Gesundheitswissenschaften die unterschiedlichsten Bereiche des Gesundheitswesens. Apotheken waren bislang kaum Forschungsgegenstand.

Gesundheitswissenschaften haben eine lange aber durch die deutsche Geschichte gebrochene Tradition

Die Gesundheitswissenschaften blicken auf eine lange Tradition zurück – auch und gerade auf dem Boden des ehemaligen deutschen Reiches. Vor der Nazi-Diktatur hatten vor allem zur Zeit der Weimarer Republik sozialmedizinisch orientierte Ärzte vorbildliche Institutionen und Konzepte zur Prävention und Beratung auf der Ebene der gesetzlichen Krankenversicherung und im Öffentlichen Gesundheitsdienst geschaffen[1]. Die Nationalsozialisten zerstörten diesen Ansatz und vereinheitlichen den Öffentlichen Gesundheitsdienst unter rassenhygienischen Vorzeichen. Die führenden sozialmedizinischen Köpfe mussten entweder emigrieren, wurden verfolgt oder sogar ermordet. Ein Anschluss an die Weimarer Entwicklung gelang in Westdeutschland nach dem Krieg nicht. Der Öffentliche Gesundheitsdienst war aufgrund der Verstrickungen mit dem Vernichtungsprogramm der Nazis diskreditiert. Vor dem Hintergrund der Ost-West-Auseinandersetzung setzte die Gesundheitspolitik – vor allem auf Druck ärztlicher und industrieller Lobbyisten – in erster Linie auf den individualmedizinischen Ansatz. Führende Vertreter der Sozialmedizin hatten, sofern sie Deutschland rechtzeitig verlassen konnten, in anderen Staaten ihre wissenschaftliche Arbeit weiterführen können.

Es dauerte bis in die achtziger Jahre, bis der Problemstau ausreichend Druck erzeugt hatte, die Gesundheitswissenschaften wieder zu för-

dern. Veränderungen des Krankheitenpanoramas, Unzufriedenheit mit paternalistischen Strukturen im Gesundheitswesen, Finanzierungsprobleme der GKV und offensichtliche Rückständigkeit westdeutscher Gesundheitswissenschaften im internationalen Vergleich waren wesentliche Beweggründe, die die Bundes- und Landesgesundheits- und -forschungspolitiker dazu veranlassten, die Gesundheitswissenschaften durch finanzielle Hilfen ansatzweise auf internationales Niveau zu hieven[2].



Vor allem der Bereich der Gesundheitsförderung, der durch intensive Aktivitäten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) weltweit diskutiert wurde und zu einer neuen Ausrichtung der Gesundheitsdienste aufforderte, entfaltete so viel Dynamik, dass die Rückständigkeit des westdeutschen Gesundheitswesens offensichtlich wurde[3]. Nach der Aufbauphase in den achtziger und neunziger Jahren spannt sich inzwischen ein ansehnliches Netz gesundheitswissenschaftlicher Forschungs- und Lehrinstitutionen über die Bundesländer[4].

Gesundheitswissenschaften zeigen Interesse an Apotheken

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

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

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

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

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

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

Apothekerinnen und Apotheker haben Interesse an Public Health

Aber auch einige Apothekerinnen und Apotheker haben an Public Health Interesse. Über den Tellerrand der Naturwissenschaften hinaus interessierte Berufskollegen haben Public Health-Aufbaustudiengänge an Universitäten und Fachhochschulen absolviert oder sich über die Weiterbildung zum Gesundheitsberater bei den Apothekerkammern qualifiziert[5]. Eine Bündelung der Erfahrungen, wie ihr Wissen in der öffentlichen Apotheke umgesetzt wird, steht noch aus. Durch ihre Mitarbeit in multidisziplinären Teams während der Weiterbildung können sie erkennen, welches Potential in gemeinsam geplanten und durchgeführten Projekten steckt, um daraus Motivation für die tägliche Arbeit in der Apotheke zu schöpfen. Insgesamt dienen diese Aktivitäten auch der Stärkung der heilberuflichen Seite des Apothekerberufs.

Gesundheitsförderung, Prävention, Information und Beratung für Patienten

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

Welche Bedeutung Information und Beratung im Gesundheitswesen heute haben, lässt sich an der Entscheidung erkennen, den Krankenkassen über eine Änderung des SGB V die Finanzierung von 22 unabhängigen Beratungsstellen als Lotsen im Gesundheitswesen zu übertragen[6]. Daneben werden 5 an verschiedenen Themen orientierte bundesweit agierende Stellen gefördert. Eine Stelle zur Beratung über Arzneimittel ist auch dabei[7].

Institute und Wissenschaftler beforschen intensiv im Rahmen von Evaluationsprogrammen die Effektivität dieser Beratungsstellen und geben die Ergebnisse zur ständigen Verbesserung der Arbeit an diese weiter[8]. Ein wesentliches Ergebnis der Forschung: In der ersten Förderphase nutzten in erster Linie besser gebildete Bevölkerungsschichten diese Einrichtungen. Die Menschen, die aber oftmals viel eher Information und Beratung benötigen, profitierten davon (noch) nicht ausreichend.

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

Apotheken für Public Health wichtig

Zur Lösung der zukünftigen Probleme, die beispielhaft mit den Stichworten

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

beschrieben werden, sollte darauf hingearbeitet werden, das in Apotheken schlummernde Potenzial für eine bessere Verankerung in überregionalen und vor allem kommunalen Public Health-Aktivitäten zu nutzen. In Großbritannien ist man hier bereits weiter[9]. Für die Apotheker ist das eine gute Chance, die Heilberuflichkeit des pharmazeutischen Personals in der beruflichen Wirkungsstätte Apotheke zu stärken und die Glaubwürdigkeitskrise in diesem Berufsfeld zu überwinden.

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

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

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

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

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

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

[6] http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/

[7] www.arzneimittelberatungsdienst.de

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

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

Unabhängige Arzneimittelberatung für Patienten

Träger: Institut für Klinische Pharmakologie, TU Dresden

von Uta Heinrich-Gräfe

Ausgangssituation/ Problemstellung:

Seit Jahren werden für das Gesundheitswesen eine bessere Patientenorientierung und mehr Patientensouveränität gefordert. In diesem Zusammenhang wird auch mehr Selbstverantwortung vom Patienten verlangt. Das Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten ist dabei, sich vom paternalistischen (der Arzt bestimmt allein über die Therapie des Patienten) zum partizipativen Muster (der Patient entscheidet nach Aufklärung über die Vor- und Nachteile der einzelnen Therapieoptionen mit) zu wandeln. Dieser Wandel ist jedoch noch nicht abgeschlossen. Der Patient folgt den Anweisungen des behandelnden Arztes oft, ohne genau über die Begründung der Behandlung informiert zu sein. Er ist unsicher, ob die gewählte Behandlung in seiner Situation geeignet ist. Dieses Problem hält Patienten davon ab, optimal an ihrer Behandlung mitzuarbeiten, wodurch die Kosten für die Behandlung steigen. Es konnte gezeigt werden, dass für einen in die Patientenaufklärung und -beratung investierten Betrag später das drei- bis vierfache eingespart wird. In den letzten Jahren steigt das Informationsbedürfnis der Patienten stetig, und zwar stärker, als diesem Anstieg mit den derzeitigen Informationsmöglichkeiten im Gesundheitswesen Rechnung getragen wird.

Da bekannt ist, dass die initiale Beratungszeit der Patienten beim Arzt maßgeblich für die spätere Mitarbeit an der Behandlung ist, kann die Erweiterung dieser Zeit über eine Telefonberatung auch die Adherence und damit die Therapieeffektivität verbessern. Außerdem kann natürlich in gewissem Ausmaß beurteilt werden, ob vor Einleitung einer Arzneitherapie alle nichtmedikamentösen Therapieoptionen, wie zwar von den Arzneimittelrichtlinien gefordert, in Praxi aber zuwenig beachtet, ausgeschöpft wurden. Das Ziel einer Arzneimittelberatung ist immer auch die Betrachtung der Arzneimittel auf das Notwendige und Sinnvolle, da jedes unnötige Arzneimittel ein Risiko für den Patienten darstellt.

Ein weiterer Ansatzpunkt für die Arzneimittelberatung ist die Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor der Leistungserbringung. Hier werden viele Arzneitherapien umgestellt und häufig erfolgt keine eingehendere Beratung zur neuen Medikation. Hier kann die telefonische Arzneimittelberatung den Patienten die Unsicherheit in Bezug auf ihre Arzneitherapie nehmen.

Zielsetzung / Angestrebte Ergebnisse:

Zielgruppe sind alle Patienten mit Arzneitherapieproblemen. Vor allem werden Patienten adressiert, die viele Medikamente gleichzeitig einnehmen müssen (sogenannte Polypharmazie des multimorbiden und oft auch älteren Patienten).

Das Modellprojekt reagiert auf folgende Versorgungsdefizite:

Beim Arzt kommen Informationen häufig aus Zeitmangel zu kurz (Informationsdefizit) oder sind für den Patienten stellenweise unverständlich (Kommunikationsdefizit). Daraus resultiert eine mangelnde Adherence, die wiederum dazu führt, dass Patienten unnötig lange krank sind bzw. keine ausreichende Stabilisierung ihres Krankheitszustandes erfahren oder Folgeerkrankungen entwickeln. Dies hat also nicht zuletzt wirtschaftliche Bedeutung und soll durch telefonische Arzneitherapieberatung vermieden werden.

Auch immobile Patienten in der ambulanten Pflege oder in Heimen profitieren vom telefonischen Beratungsdienst, da diese den Arzt oft nur extrem kurz im Rahmen des Hausbesuches sehen und ihre Medikamente nicht persönlich in der Apotheke abholen können. Gerade diese Patienten haben also keinen oder nur erschwerten Zugang zu qualifizierter Arzneimittelinformation.

Weiterhin erteilt der Dienst Ratschläge zu allgemeinen Verhaltensregeln oder notwendigen Verhaltensänderungen, durch die die Arzneimittelanwendung optimiert wird.

Darüber hinaus versucht der Service Patienten, die durch eine vermutete Arzneimittelnebenwirkung verunsichert oder die laut ihrem behandelnden Arzt austherapiert sind, neue Impulse zu vermitteln, um zu einem erfolgreichen Behandlungsergebnis zu gelangen. Natürlich werden auch allgemeine und aktuelle Informationen zum Arzneimittelrecht, Gesetzen und Gesetzesänderungen im Gesundheitssystem gegeben.

Die wichtigsten Ziele des Arzneimittelinformationsdienstes sind:

- **Stärkung der Patientensouveränität**
  Der Patient soll wissen, welche Therapien bei ihm aus welchem Grund angewendet werden und wie diese wirken. Der Patient soll, soweit wie im Einzelfall sinnvoll und möglich, über die Entstehung und Gründe aufgeklärt werden, um ihn zu aktiver Mitarbeit zu motivieren.
- **Verhindern von Fehlanwendung und somit Ineffizienz in der Arzneitherapie**

Der Patient soll wissen, wie und wann er welche Medikamente anzuwenden hat.

- **Förderung der Adherence und damit der Effektivität der Therapie**
  Es existiert hinreichend Evidenz dafür, dass Patienten ihre Medikation besser akzeptieren, wenn sie wissen, warum ein Arzneimittel notwendig ist und warum gerade sie es jetzt und regelmäßig anwenden sollen (Vermeidung von Folgeerkrankungen, Krankheitsverschlechterung etc.).

Leistungsangebot:

Es wird eine telefonische (auch per E-Mail oder schriftliche) Arzneimittel- bzw. Arzneitherapieberatung angeboten, und zwar sowohl für den einzelnen Patienten als auch im Rahmen von Schulungen der Mitarbeiter der zentralen Hotline der Unabhängigen Patientenberatung.

Es existiert ein eigener Internetauftritt, welcher im Rahmen des Verbundes überarbeitet und in den Auftritt des Modellverbundes eingegliedert ist.

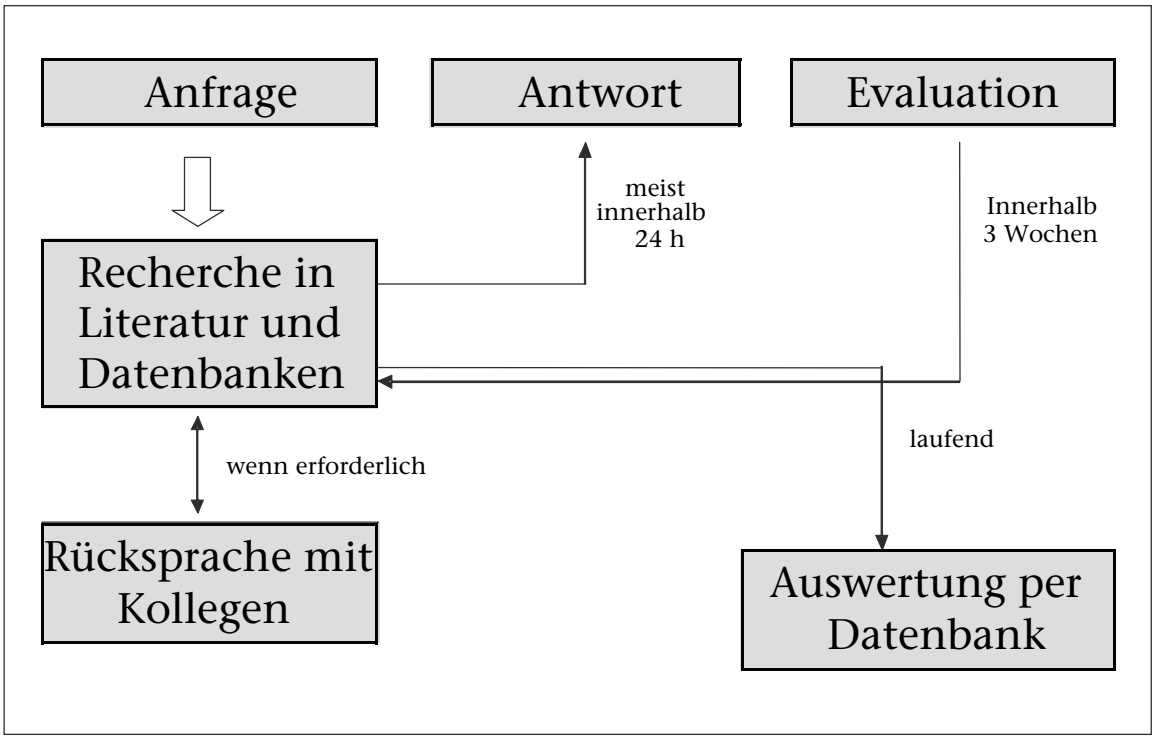
Weitere Leistungen: siehe oben unter Ziele.

Regelmäßig werden gehäuft auftretende Probleme auf der Webseite ausführlicher dargestellt. Es werden zu aktuellen Arzneimittelproblemen und/oder politischen Entwicklungen auf dem Sektor Arzneimittelversorgung in der GKV Standpunkte erstellt, die dem Modellverbund über ein Intranet zur Verfügung gestellt werden und dem Patienten vor Ort in der entsprechenden Beratungsstelle mitgegeben werden können.

Referenzen:

Das Projekt „Unabhängige Arzneimittelberatung für Patienten", gefördert durch die Spitzenverbände der GKV gemäß § 65b, gibt es seit 2001. Seitdem erfolgten über 7000 Beratungen, mehrere Kongressteilnahmen und mehrere positive publizierte Evaluationen des Projektes. Bei Patientenberatungsstellen, der Selbsthilfe und den Verbraucherzentralen ist das Projekt bekannt und es existieren wechselseitige Kooperationen.

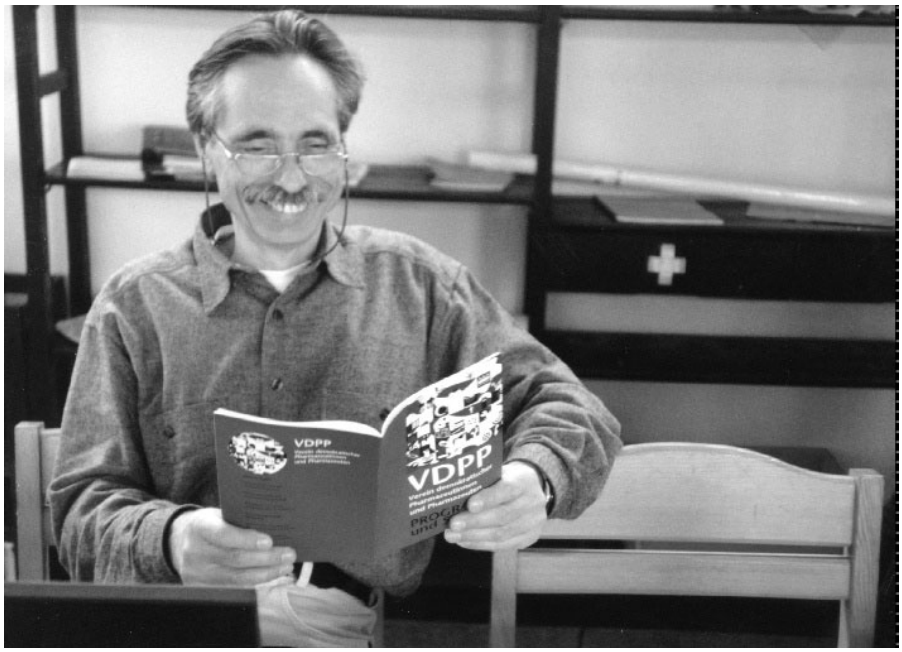
Am Institut arbeiten mehrere Assistenz- und Fachärzte verschiedener Fachrichtungen, auf deren Erfahrungen zurückgegriffen werden kann. Das Projekt wird durch einen in der Pharmakotherapieberatung erfahrenen Apotheker geleitet. Durch die Anbindung an die Universität und deren Bibliothek (im Hause des Institutes) ist eine optimale Ausstattung mit Literatur, Datenbanken und Informationen sichergestellt. Seit über 10 Jahren werden von einem Beraterteam des Institutes auch niedergelassene Ärzte zur Pharmakotherapie beraten. Es gibt eine regelmäßige interne Qualitätskontrolle und dabei identifizierte Probleme werden sofort behoben. Ein Qualitätsmanagementsystem für den Ablauf der Beratung wird derzeit erstellt.



Stand der Programmüberarbeitung, 20.06.2008

von Regina Schumann

Nach dem Aufruf an die Mitglieder, Ideen, Anregungen, Änderungswünsche oder Textvorschläge an die Programmkoordinierungsgruppe bis Ende 2007 zu schicken, waren nur wenige Antworten eingetroffen. Anfang Januar traf sich die Gruppe (Jana Böhme, Katja Lorenz und Regina Schumann), um die einzelnen Kapitel aufzuteilen und an mögliche Überarbeiter zu senden. Die BearbeiterInnen sind unten nach Kapiteln aufgelistet. Falls Ihr noch Ideen für einzelne Kapitel habt oder an der ersten Fassung mitarbeiten wollt, nehmt bitte Kontakt zu dem/der BearbeiterIn auf bzw. meldet Euch bei Katja Lorenz, die die E-Mail-Adresse weitergibt. Der Rücklauf überarbeiteter Kapitel beträgt bisher ca. 50 %, wobei auch die Koordinatorinnen sich einiger Kapitel selbst annehmen werden (siehe Liste).



So viel Freude hatte die letzte Programmüberarbeitung 1999 auslösen können.

Wie geht es weiter?

1. Erstellung einer Rohfassung:
Die Koordinierungsgruppe trifft sich Anfang Oktober, um aus den bis dahin eingesandten Texten mit eigenen Ideen eine Rohfassung eines überarbeiteten Programms zu erstellen.

2. Diskussion des Programms:
Diese Rohfassung wird in den Passwort-geschützten Bereich der Homepage gestellt und in Schriftform an alle Mitglieder gesandt. Änderungswünsche und Diskussionsbeiträge zu der Rohfassung sollen ebenfalls im Passwort-geschützten Bereich (in einem Internet-Forum) eingestellt werden, um eine breite, offene und schnelle Diskussion zu ermöglichen.

Am 24./25.01.2009 wird in Berlin ein Seminar stattfinden, zu dem alle Mitglieder eingeladen werden und auf dem die vorliegende Fassung und Änderungsvorschläge dazu strukturiert diskutiert und eine Entwurfsfassung erstellt werden soll.

3. Beschlussfassung:
Diese Fassung wird an alle Mitglieder als Programmentwurf versandt und auf der Mitgliederversammlung am 20./21. Juni 2009 in Hamburg abschließend diskutiert. Die endgültige Fassung des neuen Programms könnte dann auf der MV beschlossen werden.

Liste der BearbeiterInnen:

1. **Präambel** Schumann, Böhme, Lorenz
2. **Warum brauchen wir einen Verein?** Schumann, Böhme, Lorenz
3. **Warum diese Namensgebung?** Schumann, Böhme, Lorenz
4. **Pharmazeutische Themen – Pharmazie im Alltag – Apotheke von heute** Lorenz
5. **Apotheke der Zukunft** Lorenz
6. **Klinische Pharmazie** Schulz
7. **Krankenhauspharmazie** Höckel
8. **Ausbildung** Schulze
9. **Sozialpharmazie** Puteanus
10. **Struktur und Politik der Standesgremien** Simon
11. **EU-Arzneimittelmarkt** Hagemann, Große
12. **Gesundheit und Politik – Wechselwirkungen** Schumann, Böhme, Lorenz
13. **Frauen und Pharmazie** Hefendehl
14. **Gentechnologie und Bioethik** Böhme
15. **Ökologie und Umweltschutz** Böhme
16. **Friedensarbeit** Schulz
17. **Arzneimittelversorgung in der „Dritten Welt“** Böhme
18. **Geschichte der Pharmazie** Beisswanger

Protokoll der VDPP-Mitgliederversammlung vom 21. bis 22. Juni 2008 in Dresden

TOP 1 Wahl von Versammlungsleiter/In und Protokollant/In
Als Versammlungsleiter wurde Thomas Schulz, als Protokollantin Renate Rathmann gewählt (einstimmig). Der Versammlungsleiter stellt fest, dass form- und fristgerecht eingeladen wurde, und dass die MV damit beschlussfähig ist.

TOP 2 Bestätigung der Tagesordnung
Die Tagesordnung wurde wie vorgeschlagen angenommen.

TOP 3 Genehmigung des Protokolls der letzten MV (RB 68)
Das Protokoll wurde ohne Änderungen genehmigt.

TOP 4 Bestätigung von neuen Mitgliedern
Es gibt drei neue Mitglieder: Norbert Lenhart aus Bayern ist anwesend und stellt sich selbst vor, Suzan Fiack aus Berlin und Stefan Thomas Schmidt aus Niedersachsen. Alle drei werden einstimmig in den Verein aufgenommen.

Jana Böhme und Katja Lorenz informieren über drei Austritte; diese wurden u. a. damit begründet, dass zur Pharmazie kein Kontakt mehr bestehe.

TOP 5 Rechenschaftsbericht des Vorstandes
erfolgt durch Jana Böhme, siehe Anhang *[in diesem RB auf S. 14]*.

Der Vorstand dankt Gudrun Meiburg für ihre in der Geschäftstelle geleistete Arbeit, alle Anwesenden schließen sich dem an.

Hier und unter TOP 6 gibt es einige Grußbotschaften: von Bernd Rehberg und Ulrich Hagemann, von Friedemann Schmidt (Präsident der Sächsischen Landesapothekerkammer), der eingeladen war, und von Nadja Rakowitz vom VDÄÄ. Dorothea Hofferberth überbringt Grüße von Christel Trischler, die im Rahmen der Aktivitäten von „Apotheker ohne Grenzen" zurzeit im Nahen Osten arbeitet.

TOP 6 Bericht der Referentin
Der Bericht von Katja Lorenz ist im Anhang zu finden *[in diesem RB auf S. 15]*.

Die Teilnehmer/innen der MV danken Katja für ihre Arbeit im abgelaufenen Jahr, mit der sie wesentlich zur Belebung des Vereins beigetragen hat.

TOP 7 Diskussion zu TOP 5 und 6
Zu beiden Berichten gibt es keine Fragen oder Anmerkungen, jedoch folgende Ergänzungen:

1. VDPP-Mitglieder aus Berlin beteiligen sich im Rahmen der „Fraktion Gesundheit" an der Veranstaltungsreihe „Der mündige Patient". Veranstalter ist der „Gesundheit Berlin e. V.", einer Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, die Pflicht für jedes Bundesland ist und z. B. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zuarbeitet. (Nebenbei wird erwähnt, dass auch die AK Berlin Mitglied des Gesundheit Berlin e. V. ist, zwar Räume für Veranstaltungen bereitstellt, aber anscheinend nicht im Zusammenhang mit der Veranstaltungsreihe genannt werden möchte.)

2. Der Vortrag von Peter Mansfield, IPPNW, zum Einfluss der Pharmaindustrie liegt dem Vorstand vor und soll im geschützten Bereich der Homepage kurze Zeit einsehbar sein.

3. Zum wiederholten Mal wird der Versuch angesprochen, unter Studenten/innen Mitglieder zu werben. Auf bisherige Versuche der Kontaktaufnahme gab es kaum Resonanz. Die anstehende Umsetzung des Bologna-Prozesses bietet sich als Schnittmenge an; die Diskussion wurde – so Florian – gesucht, verlief jedoch eingleisig, nur bezogen auf die Umsetzung der Ausbildung in Klinischer Pharmazie.

In dem nach wie vor verschulten Studium scheinen die Studenten/innen kaum Zeit und Energie zu haben, sich mit grundsätzlichen Themen zu befassen.

Der VDPP könnte sich zur Umsetzung der Bachelor-/Master-Studiengänge äußern.

Florian schlägt vor, dass sich eine kleine Gruppe des VDPP in einer Arbeitsgruppe damit befasst und Interessierte einlädt.

Man könnte auch an Vereinsmitgliedern bekannte Studenten/innen in Berlin oder Hamburg herantreten, oder noch besser an ASTA-Vorsitzende, da sie in politischer Arbeit Erfahrung haben. Andere Versuche könnten laufen über die Website StudiVZ oder Referenten in der studentischen Ausbildung (kein Beschluss).

TOP 8 Kassenbericht
Der Finanzbericht 2007 liegt allen vor (s. Anhang *[in diesem RB auf S. 16]*) und wird kurz erläutert. Die Ausgaben für Öffentlichkeitsarbeit waren wesentlich höher als geplant; Grund dafür war die komplette Neugestaltung der Website.

TOP 9 Bericht der Rechnungsprüfer

Jürgen Große und Thomas Hammer haben Buchführung und Kassenbericht geprüft. Alles war übersichtlich und nachvollziehbar; es gab keinen Anlass zu Beanstandungen.

Es wird diskutiert, wie lange sich der Verein die Abnahme des Vereinsvermögen (in 2007 um ca. 7000 Euro) leisten kann. Eine Beitragserhöhung wird angedacht, findet aber kaum Freunde. Die bereits – von wenigen Mitgliedern – genutzte Möglichkeit, freiwillig einen höheren Beitrag zu zahlen, könnte ausgeweitet werden (in etwa nachempfunden den taz-Abo-Preisen: Standard-, ermäßigter und politischer Preis).

TOP 10 Nachwahl zum Vorstand
Die längerfristige Abwesenheit des Vorstandmitgliedes Bernd Rehberg macht eine Nachwahl zum Vorstand sinnvoll; die MV beschließt, ein viertes Mitglied in den Vorstand zu wählen. Einziger Kandidat ist Florian Schulze, der einstimmig gewählt wird und die Wahl annimmt.

TOP 11 Öffentlichkeitsarbeit / Homepage / Rundbrief
Der nächste **Rundbrief** soll bald erscheinen, gerne mit einer Zusammenfassung von Udos Vortrag. Redaktionsschluss ist am 5. Juli.

Die neu gestaltete **Homepage** gefällt. Es wird begrüßt, dass im geschützten Bereich abgelegte Dokumente gelesen werden können. Die Links müssten noch überarbeitet werden; alle werden gebeten, sie auf Aktualität hin zu überprüfen und Anregungen Katja zu mailen.

Bezüglich der **Öffentlichkeitsarbeit** wird 1. die Präsenz in Fachzeitungen angesprochen und 2. noch einmal die Schwierigkeit, Kontakt zu Berufsanfängern zu finden. Verschiedene Möglichkeiten werden diskutiert, die Debatte aber auf Antrag beendet, da schon bei TOP 7 erörtert. 3. Katja fährt zum Apothekertag nach München.

TOP 12 Antrag zur Satzungsänderung
Antrag 2008/3, siehe Anhang *(auf Seite 13 in diesem RB)*.
Nach kurzer Diskussion und einem orthographischen Änderungswunsch (statt „… Zweiten Wahlgang …“ „… zweiten Wahlgang …“) wird der Antrag einstimmig angenommen.

§ 7 der Satzung, Absätze 1 und 2 lauten damit wie folgt:

„§ 7 Vorstand

1. Der Gesamtvorstand besteht mindestens aus drei Mitgliedern. Über weitere Mitglieder entscheidet die Mitgliederversammlung. Die Geschlechterparität ist durch eine mindestens 50 %ige Frauenquote in einem geeigneten Wahlverfahren herzustellen. Frauenplätze, für die sich keine Kandidatinnen finden, können in einem zweiten Wahlgang auch von Männern besetzt werden.

2. Der Gesamtvorstand wählt aus seinen eigenen Reihen drei Vorsitzende, die den geschäftsführenden Vorstand bilden. Besteht der Gesamtvorstand nur aus drei Mitgliedern, so sind diese der geschäftsführende Vorstand. Dieser gilt als Vorstand nach § 26 BGB. Je zwei Mitglieder des geschäftsführenden Vorstands vertreten den Verein gerichtlich und außergerichtlich.“

(Absätze 3 bis 7 bleiben unverändert.)

TOP 13 Diskussion zukünftiger Arbeitsschwerpunkte

Programm-Änderung
Regina berichtet über die bisher geleistete Arbeit der Berliner Gruppe (insbesondere Jana, Katja, Regina). Noch einmal sind alle Mitglieder aufgefordert sich zu äußern. Im Oktober soll eine Rohfassung der Dreiergruppe an alle versandt werden.

Zum weiteren Verfahren wird vorgeschlagen: Wochenendseminar am 24./25.1.2009 in Berlin, Arbeitstitel „Programm-Seminar“ / Endfassung / Beschluss auf der MV 2009.

<u>Anregungen:</u>
1. Einzelne Kapitel sind mit anderen Interessengruppen zu diskutieren (z. B. beim Thema Ausbildung)
2. Die Gliederung des alten Programms sollte überdacht werden; Schwerpunkte in 1999 (z. B. die Friedensarbeit) treten heute in ihrer Aktualität zurück hinter Aspekte wie z. B. (sog.) Dritte-Welt-Themen oder der Umgang mit Wirkstoffpatenten.
3. Eine demokratische Vorgehensweise soll dadurch angestrebt werden, dass in einem Webforum im geschützten Bereich der Homepage alle ihre Vorstellungen einbringen können; dieses sollte - sofern erforderlich – täglich bereinigt werden.
4. Zu den einzelnen Kapiteln sollten Verantwortliche die Vorstellungen koordinieren.
5. Diskussionen müssen <u>vor</u> dem Januar-Seminar stattgefunden haben.

Ein **Frauenseminar** ist mehrheitlich erwünscht.
Ingeborg formuliert vier Themen aus dem Themenkomplex „Geschlechterforschung in der Medizin“ (und nennt einige in Frage kommende Referentinnen):
Gender-Aspekte im DMP-Programm / Frauen sind anders krank
Frauen in der Selbsthilfe / Frauen in klinischen Studien.

In der Diskussion wird angesprochen, ob auch Männern die Teilnahme möglich sein soll und ob wir uns mit mehreren Seminaren nicht zu viel Arbeit aufbürden; ein **Herbstseminar** wird auch noch angestrebt und der VDPP beteiligt sich (organisatorisch) an dem HAI-Kongress am 21./22. November 2008 in Berlin.

<u>Abstimmungen</u>
Am 7.3.2009 findet das <u>Frauenseminar</u> statt (nur Teilnehmerinnen).

Ergebnis: bei 2 Enthaltungen angenommen
Verantwortlich: Katja, Ulrike, Christiane.

Das Herbstseminar soll am 25.10. oder 15.11.08 in Berlin stattfinden; Arbeitstitel: „Apotheken und Public Health". Verantwortlich: Ingeborg und Udo.
Ergebnis: einstimmig angenommen

Die **MV 2009** findet vom 19. bis 21. Juni 2009 in Hamburg statt. Wir freuen uns auf das Jubiläum und möchten dies mit einer besonderen Veranstaltung begehen!
Die eigentliche MV (Formalien, Finanzplan) soll knapp gehalten werden; weil die Programm-Verabschiedung ansteht, wird der Vorschlag eingebracht, Inhalte in das Januar-Seminar zu verlegen.

GO-Antrag (Ingeborg): keine neue Debatte über den Zeitplan für die Programm-Neuschreibung. Keine Gegenrede.

Folgender Zeitplan ist vorgesehen: Sonnabendvormittag MV, ab 15 Uhr festlicher Teil, abends Fete. Fortsetzung der MV am Sonntag von 10 bis 14 Uhr.
Abstimmung über dieses Konzept: einstimmig angenommen

Als Festredner will Ingeborg als erstes den Sozialmediziner Rolf Rosenbrock bitten.

Die folgenden befreundeten Verbände werden einladen bzw. um Grußworte gebeten, einige Kurzansprachen (unterstrichene) sind erwünscht:
Buko, VDÄÄ, IPPNW, Friedemann Schmidt, ABDA, vzbv; Terpe MdB, Apotheker ohne Grenzen, MEZIS, DPV, DPhG, GPSP, Transparency International, Medico international und die Presse.

Die Hamburger Gruppe organisiert Veranstaltungsort, Übernachtung, Kulturprogramm für den Nachmittag, das Abendprogramm.

Der Vorschlag von Gudrun Hahn, die Ausstellungen „Frauen in der Pharmazie" und „Vertreibung und Vernichtung jüdischer Apotheker im Dritten Reich" zu zeigen, findet breite Zustimmung.

Rundbrief-Themen

Themenvorschläge:
AM-Fälschungen, z. B. Statement der Berliner Gesundheitsverwaltung dazu als Dokumentation / die neueste Veröffentlichung von Transparency International / Vorstellung von Prof. Beck, dem Leiter der AMK der Apotheker / AM-Versorgung für Heimbewohner: Arzneimittelsicherheit, gesetzliche Auflagen etc. (evtl. von Udo?) / Informationen zum Pflegeweiterentwicklungsgesetz (von Ingeborg) / Vorschlag für eine neue Beitragsordnung.

Ein Sonder-Rundbrief zum Apothekertag soll Mitte September fertig sein.

Zu einem späteren Zeitpunkt soll es eine Broschüre zu „Public Health und Apotheke" geben, als Extrakt aus Udos Vortrag und dem Herbstseminar.

TOP 14 Anträge *(Anlagen [auf Seite 14 in diesem RB])*
Im Antrag 2008/1 geht es um die Veröffentlichung der Protokolle von Vorstandsitzungen im Rundbrief. In einer kontroversen Diskussion verweisen die Befürworter auf die schriftliche Begründung und ergänzen unter anderem, die Protokolle könnten als Anhang im Newsletter Mitgliedern zugänglich gemacht werden.

Gegenmeinungen führen insbesondere die nachlassende Transparenz an, die für einen demokratischen Verein schließlich besonders wichtig sei.

Abstimmung: dafür 12, dagegen 5, Enthaltungen 0.
Damit ist der Antrag 2008/1 angenommen.

Antrag 2008/2
Der Antrag bezüglich der Erhöhung der Personalkosten wird bei einer Enthaltung angenommen.

Antrag 2008/4
Zur Mitgliedschaft im Mezis e. V. gibt es einen kurzen Meinungsaustausch.

Es fallen keine Mitgliedsbeiträge an wegen der Mitgliedschaft „auf Gegenseitigkeit".

Die Satzung des Mezis e. V. kann auf dessen Homepage eingesehen werden; es wird darum gebeten, sie im Rundbrief zu veröffentlichen. Abstimmung: Der Antrag 2008/4 wird einstimmig angenommen.

TOP 15 Finanzplan
Der Finanzplan 2008 wird von Jürgen erläutert. Für die MV 2008 fallen ca. 1200 Euro an, für das Herbst-Seminar sind 1500 Euro einzuplanen. Es wird eine Unterde-

ckung von ca. 7000 Euro geben. Abstimmung: der Finanzplan 2008 wird bei einer Enthaltung angenommen *[abgedruckt auf S. 17 in diesem RB]*.

Im Finanzplan 2009 muss die 20-Jahr-Feier bedacht werden. Ingeborg schlägt (für 2009) eine großzügige Spende des VDPP anlässlich des Jubiläums an eine besonders förderungswürdige Institution oder Person vor.

TOP 16 Verschiedenes
Die Jahrestagung des VDÄÄ findet vom 7. bis 9.11.08 in Gelnhausen statt.

Das Schwerpunktthema ist voraussichtlich die „Linke Ärzte-Opposition". Der VDPP ist eingeladen.

Es soll ermittelt werden, wie häufig Internet-Nutzer die Homepage des VDPP besuchen; darum kümmern sich Katja L., Susanne Jäger und Christiane H.

Die MV endet kurz vor 12.30 Uhr; Alle bedanken sich herzlich bei Gudrun Meiburg für die hervorragende Organisation und nochmals besonders bei Udo Puteanus für seinen Vortrag am Sonnabendmorgen.

Renate Rathmann
(Protokollführerin)
Thomas Schulz
(Versammlungsleiter)

Anträge zur Mitgliederversammlung 2008

Antrag 2008 /1

Veröffentlichung der Protokolle der Vorstandssitzungen

Die Mitgliederversammlung beschließt, dass zukünftig die Protokolle der Vorstandssitzungen nicht mehr im Rundbrief veröffentlicht werden. An deren Stelle wird ein zusammenfassender Kurzbericht veröffentlicht. Die Originalprotokolle sind im Mitgliederbereich der Homepage einsehbar und können darüber hinaus auch bei der Geschäftsstelle angefordert werden.

Begründung:

Der Rundbrief wird inzwischen verstärkt auch an Interessenten, d. h. Nichtmitglieder verschickt. Da einige Themen und Beschlüsse aber ausschließlich Vereinsinterna betreffen, hat der Vorstand im letzten Jahr bei Bedarf eine Zweitfassung der Protokolle für die Veröffentlichung erstellt. Dies ist aus Sicht des Vorstandes mit unnötiger Mehrarbeit verbunden. Darüber hinaus haben die Mitglieder satzungsgemäß ein Anrecht auf den Zugang zu den Originalunterlagen.

Antrag 2008 / 2

Erhöhung der Personalkosten

Die Mitgliederversammlung beschließt die Erhöhung der Personalkosten von 3300 Euro auf 3800 Euro.

Begründung:

Dank der Intensivierung der Vereinsarbeit konnte Gudrun Meiburg von der Geschäftsstelle anfallende Überstunden nicht mehr übers Jahr ausgleichen. Der Vorstand hatte deshalb zweimal beschlossen, die geleisteten Überstunden auszuzahlen. Um derartige Beschlüsse überflüssig zu machen und wegen einer transparenten Haushaltsführung soll sich der erhöhte Bedarf im Haushalt widerspiegeln.

Antrag 2008 / 3

Satzungsänderung

Die MV beschließt folgende Satzungsänderungen:

Alt:
„ § 7 Vorstand

1. Der Gesamtvorstand besteht mindestens aus 5 Mitgliedern. Über weitere Mitglieder entscheidet die Mitgliederversammlung. Die Geschlechterparität ist durch eine mindestens 50%ige Frauenquote in einem geeigneten Wahlverfahren herzustellen. Frauenplätze, für die sich keine Kandidatinnen finden, können in einem zweiten Wahlgang auch von Männern besetzt werden. Es wird angestrebt, daß Vertreterinnen aus allen Bundesländern im Gesamtvorstand vertreten sind.

2. Der Gesamtvorstand wählt aus seinen eigenen Reihen drei Vorsitzende, die den geschäftsführenden Vorstand bilden. Dieser gilt als Vorstand nach § 26 BGB. Je zwei von ihnen vertreten den Verein gerichtlich und außergerichtlich.

Neu:
„§ 7 Vorstand

1. Der Gesamtvorstand besteht mindestens aus drei Mitgliedern. Über weitere Mitglieder entscheidet die Mitgliederversammlung. Die Geschlechterparität ist durch eine mindestens 50 %ige Frauenquote in einem geeigneten Wahlverfahren herzustellen. Frauenplätze, für die sich keine Kandidatinnen finden, können in einem Zweiten Wahlgang auch von Männern besetzt werden.

2. Der Gesamtvorstand wählt aus seinen eigenen Reihen drei Vorsitzende, die den geschäftsführenden Vorstand bilden. Besteht der Gesamtvorstand nur aus drei Mitgliedern, so sind diese der geschäftsführende Vorstand. Dieser gilt als Vorstand nach § 26 BGB. Je zwei Mitglieder des geschäftsführenden Vorstands vertreten den Verein gerichtlich und außergerichtlich.

3. - 7. *(keine Änderungen)*

Begründung:

Zu Abs. 1 Satz 1: Wir verhalten uns seit mehreren Wahlen nicht mehr satzungskonform und sollten der Realität ins Auge gucken.

Zu Abs. 1 Satz 5: Spätestens seit 1990 ist es unrealistisch, Vertreterinnen aller Bundesländer im Vorstand zu haben.

Zu Abs. 2 Satz 2 neu: Änderung dient der Klarstellung.

Antrag 2008 / 4

Mitgliedschaft mezis e.V.

Die Mitgliederversammlung beschließt, dass der Verein Mitglied des Vereins „MEZIS – Mein Essen zahl ich selbst e.V." wird.

Begründung:

Dieser Verein ist eine Initiative unbestechlicher Ärzte und Ärztinnen. Er wurde im Januar 2007 gegründet und ist Teil des weltweiten Netzwerkes „No free lunch". Seine Mitglieder lehnen den Besuch von Pharmareferenten ebenso wie Arzneimittelmuster und Geschenke ab. Sie setzen sich für die Abschaffung industriegesponserter Praxissoftware ein und zahlen ihr Essen bei Fortbildungen selbst. Diese und andere Ziele wollen sie mit Hilfe eigener Publikationen und Veranstaltungen und einer entsprechenden Öffentlichkeitsarbeit erreichen. Darüber hinaus beraten sie Fachjournalisten und Verantwortliche von Fortbildungen für die Heilberufe. Dabei arbeiten sie auch mit anderen Organisationen wie z. B. IPPNW zusammen.

Diese Vereinsziele lassen sich gut mit unseren verbinden bzw. stimmen sogar überein. Mit der Mitgliedschaft unseres Vereins wollen wir darauf aufmerksam machen, dass die genannten Probleme nicht allein die Ärzteschaft betreffen. Die finanzielle und ideelle Einflussnahme durch die Industrie, die Schwierigkeit, sich unabhängig informieren zu können u. a. trifft unseren Berufsstand gleichermaßen. Auch wir schätzen ein, dass dadurch die Preise im Gesundheitssektor unnötig steigen und das Vertrauen der Patienten in die Heilberufler beeinträchtigt wird.

MEZIS e. V. möchte im Gegenzug VDPP-Mitglied werden. Mit der gegenseitigen Mitgliedschaft können wir unsere Arbeit leichter und besser koordinieren.

Rechenschaftsbericht des Vorstands zur Mitgliederversammlung 2008

Der Berichtszeitraum umfasst ein Jahr (Juni 2007 bis Juni 2008). Der Vorstand traf sich sechsmal. Der Rundbrief erschien dreimal.

Nachdem im letzten Jahr erstmals wieder neue Mitglieder eingetreten sind, setzte sich dieser Trend auch in diesem Jahr fort: Es kann von drei Eintritten berichtet werden! Dem gegenüber stehen drei Austritte (Ilse Schleiden-Schmidt, Lothar Prüfer, Anita Maas).

Im Einzelnen fanden die Vorstandssitzungen statt am:
12.08.07 in Berlin,
07.10.07 in Hamburg,
16.12.07 in Hamburg,
02.02.08 in Berlin,
20.04.08 in Hamburg und am
20.06.08 in Dresden.

In Hamburg kamen weitere interessierte VDPP-Mitglieder zu den Vorstandssitzungen, während in Berlin der Vorstand unter sich blieb. Die Vorstandstreffen verliefen konstruktiv, anregend und informativ. Die Protokolle können in den aktuellen Rundbriefen (Nr. 68 bis 70) nachgelesen werden.

Im Gegensatz zu den Vorjahren konnten wir – dank der Arbeit der Referentin – nicht nur Analysen und Kommentierungen vornehmen sondern das erste Herbstseminar seit vielen Jahren veranstalten. Über das Herbstseminar wurde bereits ausführlich berichtet und es wird auch noch einmal im Bericht der Referentin behandelt werden. Als wesentliche Pluspunkte können die ausführliche Berichterstattung in den pharmazeutischen Medien und die Kontaktaufnahme zu neuen Bündnispartnern genannt werden. Seit dem Herbstseminar pflegen wir einen intensiven Kontakt zur Berliner Regionalgruppe des IPPNW, die sich seit einiger Zeit intensiv mit den Problemen der Einflussnahme der Pharmazeutischen Industrie auf Ärzte u.a. beschäftigen. Weiterhin wurde der Kontakt zur BUKO-Pharmakampagne revitalisiert. Wir unterstützten die Stellungnahme der BUKO-Pharmakampagne zu Informationen der Patienten durch die Pharmazeutische Industrie, auch auf europäischer Ebene unterstützen wir einen offenen Brief an die Gesundheitminister. Weiterhin hat der VDPP auch eine eigene Stellungnahme zu dem Thema bei der Europäischen Kommission eingereicht, die auf der Website der DG Enterprise zu finden ist. Wir beteiligen uns bei Bündnis90/Die Grünen weiterhin am Diskussionsprozess zum Thema Fremd- und Mehrbesitz. Von der Linkspartei wurden wir um Zuarbeit für die Novellierung der Arzneimittelverschreibungsverordnung gebeten. Über die Referentin gibt es gute Kontakte zu *Medico International* und *Health Action International*. Unsere Stellungnahmen werden inzwischen wieder von der pharmazeutischen Presse (DAZ und PZ) veröffentlicht, es sind klare Fortschritte erkennbar.

Auch der Rundbrief erscheint wieder häufiger, es gibt inzwischen einfach mehr zu berichten. Der Elan, mit dem wir uns im Jahr 2006 gegen die Resignation und Ermüdung stellen wollten, hält an! Mein Dank an Jürgen Große und alle, die für den Rundbrief schreiben, wir erhielten im Jahr 2007 drei und im Jahr 2008 zwei Rundbriefe, die uns über das Geschehen im Verein informierten.

Neben dem Printmedium hat sich der Newsletter, den unsere Referentin Katja Lorenz herausgibt, sehr bewährt. Über den Newsletter wird etwa alle zwei Monate zusätzlich über die aktuellen Entwicklungen informiert und auf die entsprechenden Berichte auf unserer Website verwiesen. Wir möchten all diejenigen, die bislang den Newsletter noch nicht erhalten, bitten, ihre E-Mailadresse der Geschäftsstelle mitzuteilen. Dank der vielfältigen Aktivitäten können wir jetzt wieder mit gutem Gewissen auf die Website www.vdpp.de hinweisen. Auch hierzu ist mehr im Bericht der Referentin zu erfahren.

Vor einem Jahr wurde an dieser Stelle bereits festgestellt, dass die Vereinsarbeit mit der Einstellung Katjas an Schwung gewonnen hat. Diesen Schwung haben wir erhalten können. Aktuell wird die Vorstandsarbeit durch die Wanderung von Bernd Rehberg beeinflusst: Seit dem 1. Mai ist Bernd auf dem Jakobsweg. Wir erwarten ihn im November wieder zurück und daher brauchen wir aktuell Unterstützung in der Vorstandsarbeit. Wir haben den Punkt „Nachwahl für den Vorstand" auf die Tagesordnung gesetzt, um den Vorstand etwas zu vergrößern.

Aus der Arbeit des Vorstandes bleiben noch ein paar Dinge übrig: Die Kontaktaufnahme und -pflege wird von Katja dargestellt und problematisiert. Hier müssen wir uns um den Zugang zu engagierten Studentinnen und Studenten kümmern. Die elektronische Gesundheitskarte haben wir ein weiteres Jahr liegen lassen, sie wird jetzt aber wieder aktuell und wir werden uns dazu äußern.

Im kommenden Jahr werden wir erleben, wie die Gegensätze in der großen Koalition wahrscheinlich noch weiter aufbrechen werden und auch die Gesundheitspolitik wieder eine Polarisierung erfahren wird.

Zu guter Letzt möchten wir auf die Alltagsarbeit des Vereins hinweisen: Gudrun Meiburg kümmert sich wie immer zuverlässig darum. Wir danken ihr an dieser Stelle herzlich für die Arbeit in der Geschäftsstelle.

Thomas Schulz und Jana Böhme
(für den Vorstand)

Bericht der Referentin zur MV 2008

Dies war für mich das erste vollständige Jahr als Referentin. Meine Aufgaben bestanden weiterhin darin, die Vorstandsarbeit zu planen und zu organisieren, den Kontakt innerhalb der Mitgliedschaft zu verbessern und die Außenwirkung und -wahrnehmung zu erhöhen.

Für den Vorstand bereitete ich die Vorstandssitzungen vor und nahm auch teil. Die mehr inhaltliche Vorbereitung der MV fiel auch in mein Ressort. Dazu kam ein allwöchentliches Telefonat mit dem Hamburger Vorstandsmitglied.

Gemeinsam mit Gudrun Meiburg räumte ich unser Archiv auf.

Der Newsletter ist achtmal erschienen. Dieser Infoweg soll künftig auch stärker für schnelle Mitteilungen, wie Links zu interessanten Artikeln sein. Deshalb ist geplant, alle Mitglieder ohne bekannte E-Mail-Adresse anzuschreiben, um den Verteiler erweitern zu können.

Die Homepage wurde komplett neu gestaltet. Sie sieht nun nicht nur moderner aus, sondern ist vor allem anwenderfreundlicher geworden.

Neu ist die Rubrik „Das Thema". (2007: Soziale Ungleichheiten – Gesundheitliche Ungleichheiten; 2008: Wettbewerb im Gesundheitswesen). Außerdem gibt es einen internem Mitgliederbereich für die Arbeitspapiere der Regionalgruppen. Die Homepage ist deutlich lesbarer geworden. Es gehört zu meinen ständigen Aufgaben, sie mit Neuigkeiten zu füttern und nicht veralten zu lassen.

Bis zum November war ich mit der Organisation des Herbstseminars beschäftigt. Mit dem Thema hatten wir offenbar den Zeitgeist getroffen. Es gab großes Interesse in der Fachpresse, zahlreiche neue Interessenten am Verein konnten gewonnen werden, Kontakte zu anderen Organisationen belebt oder gar neu geknüpft werden (BUKO, IPPNW, VDÄÄ z. B.). Das erste Herbstseminar seit vielen Jahren war sehr gut besucht und wurde ein voller Erfolg für den VDPP.

Ich hatte auch den Apothekertag genutzt, um den verein wieder bekannter zu machen. Mit unserem Sonderrundbrief (Best of des letzten Jahres) in der Hand und der Aussicht auf das Herbstseminar ließen sich gut Gespräche u. a. mit BPhD, ADEXA, Apotheker ohne Grenzen, DAZ, apotheke adhoc führen.

Außerdem gelang es, einen Antrag der MV 07 zur Beobachtung des Selbstmedikationsmarktes über die Apothekerkammer Berlin auf dem Apothekertag einzubringen. Er wurde mit großer Mehrheit angenommen. Zu seiner Umsetzung gründete die ABDA eine Arbeitsgruppe an der ich auch – allerdings als eine der Vertreterinnen der Berliner Kammer – teilnahm. Leider ist von der eigentlichen Intention nicht mehr viel übrig. Gegenwärtig wird die Umsetzbarkeit vor allem im Hinblick auf die Finanzierung einer eigenen Datensammlung beim Geschäftsführenden Vorstand der ABDA geprüft.

Um den Wiedererkennungseffekt des VDPP in der Öffentlichkeit weiter zu erhöhen, habe ich Post- und Visitenkarten in „unserem" Blau drucken lassen und einen Pressebogen für all unsere Verlautbarungen erstellt. Die Fachpresse nimmt uns wieder wahr und druckt unsere Beiträge ohne Zögern ab.

Meine aktuellen Aufgaben sind und waren die Vorbereitung dieser MV, die Überarbeitung des Programms bis zur MV 09 gemeinsam mit Regina und Jana, die Unterstützung von Health Action International bei der Organisation von deren Jahrestagung im November in Berlin.

Mein Dank geht vor allem an Gudrun Meiburg. Mit ihr ist es ein sehr angenehmes Arbeiten!

Katja Lorenz

Finanzbericht 2007

	Ist 2007	Ist 2006	Index (2006 = 100)	Plan 2007	Index (Plan = 100)
Einnahmen:					
Beiträge	11510,19	11012,61	104,5	11000,00	104,6
Spenden	658,00	0,00		100,00	658,0
Zinsen	464,11	163,58	283,7	400,00	116,0
Verkauf Rundbrief (Abos)	120,00	0,00		40,00	300,0
Summe Einnahmen	**12752,30**	**11176,19**	**114,1**	**11540,00**	**110,5**
Ausgaben:					
Mitgliederversammlung	953,70	303,38	314,4	1000,00	95,4
Seminare	1427,03	0,00		1500,00	95,1
Projekte	0,00	0,00		0,00	
Spenden	0,00	1500,00	0,0	1000,00	0,0
Öffentlichkeitsarbeit	3833,46	29,27*	13096,9	1500,00	255,6
VorstandsreferentIn	4156,68	136,61*	3042,7	7000,00	59,4
Vorstand	330,90	240,00	137,9	500,00	66,2
Rundbrief	3532,67	1670,93	211,4	2800,00	126,2
davon:					
Redaktionshonorare	*1000,00*	*0,00*		*1000,00*	*100,0*
Druck	*2110,97*	*1373,43*	*153,7*	*1400,00*	*150,8*
Versand	*421,70*	*297,50*	*141,8*	*400,00*	*105,4*
Geschäftsstelle	5038,19	4633,87	108,7	4800,00	105,0
davon:					
Personalkosten	*3653,03*	*3262,47*	*112,0*	*3300,00*	*110,7*
Sachkosten	*1385,16*	*1371,40*	*101,0*	*1500,00*	*92,3*
Regionalgruppen	0,00	0,00		300,00	0,0
Verschiedenes	169,00	85,00	198,82	100,00	169,0
Summe Ausgaben	**19441,63**	**8599,06**	**226,09**	**20500,00**	**94,8**

Vermögensentwicklung:

Einnahmen 2007	12752,30
Ausgaben 2007	19441,63
Über-/Unterschuss	-6689,33
Vermögen 1. 1. 2007	28020,99
Korrektur	
Vermögen 31. 12. 2007	21331,66

Vermögensaufteilung:

Vermögen 31. 12. 2007	21331,66
davon Kasse	422,48
Postgiro	3359,85
EDV	1,00
GLS-Bank Festgeld 1	11395,30
GLS-Bank Festgeld 2	3102,29
Postbank Festgeld	3892,74
Außenstände	-842,00

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

Finanzplan 2008

(beschlossen von der Mitgliederversammlung 2008)

	Plan 2008	Plan 2007	Index (Plan 2007 = 100)	Ist 2007	Index (Ist 2007 = 100)
Einnahmen:					
Beiträge	11500,00	11000,00	104,5	11510,19	99,9
Spenden	500,00	100,00	500,0	658,00	76,0
Zinsen	300,00	400,00	75,0	464,11	64,6
Verkauf Rundbrief (Abos)	40,00	40,00	100,0	120,00	33,3
Summe Einnahmen	**12340,00**	**11540,00**	**106,9**	**12752,30**	**96,8**
Ausgaben:					
Mitgliederversammlung	1200,00	1000,00	120,0	953,70	125,8
Seminare	1500,00	1500,00	100,0	1427,03	105,1
Projekte	0,00	0,00		0,00	
Spenden	500,00	1000,00	50,0	0,00	
Öffentlichkeitsarbeit	2000,00	1500,00	133,3	3833,46	52,2
VorstandsreferentIn	7000,00	7000,00	100,0	4156,68	168,4
Vorstand	500,00	500,00	100,0	330,90	151,1
Rundbrief *davon:*	2150,00	2800,00	76,8	3532,67	60,9
Redaktionshonorare	*250,00*	*1000,00*	*25,0*	*1000,00*	*25,0*
Druck	*1500,00*	*1400,00*	*107,1*	*2110,97*	*71,1*
Versand	*400,00*	*400,00*	*100,0*	*421,70*	*94,9*
Geschäftsstelle *davon:*	5300,00	4800,00	110,4	5038,19	105,2
Personalkosten	*3800,00*	*3300,00*	*115,2*	*3653,03*	*104,0*
Sachkosten	*1500,00*	*1500,00*	*100,0*	*1385,16*	*108,3*
Regionalgruppen	300,00	300,00	100,0	0,00	
Verschiedenes	200,00	100,00	200,0	169,00	118,3
Summe Ausgaben	**20650,00**	**20500,00**	**100,7**	**19441,63**	**106,2**

Protokoll der Vorstandssitzung vom 20. April 2008 in Hamburg

Anwesend:
Bernd Rehberg, Thomas Schulz, Jana Böhme, Jürgen Große (Rundbriefredaktion), Gudrun Meiburg (Geschäftsstelle) und Katja Lorenz (Referentin), Thomas Hammer (Gast)

Beginn: 12 Uhr, Ende gegen 17 Uhr

TOP 1: **Wahl von Versammlungsleiter/In und Protokollführer/In**
Leitung: Bernd Rehberg
Protokoll: Katja Lorenz

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

TOP 3: **Protokoll der vorletzten Vorstandssitzung vom 16.12.2007 in Hamburg**
Dieses Protokoll war bereits in der VS-Sitzung am 2.2.08 genehmigt worden. Aufgrund technischer Probleme waren die Änderungen jedoch verloren gegangen. Deshalb musste das Protokoll nochmals mit wenigen Änderungen genehmigt werden.

TOP 4 **Protokoll der letzten Vorstandssitzung vom 2.02.08 in Berlin**
Das Protokoll wurde mit kleinen Änderungen genehmigt.

TOP 5: **Beschlusskontrolle**
Termin mit Fr. Bender: noch immer offen, Bernd hatte erneut gemailt, aber wiederum keine Antwort erhalten,
Vorbereitung MV:
Anträge liegen im Entwurf vor, Angebot des Museums wurde angenommen, Einladung liegt im Entwurf vor, Thema des Vortrags ist klar,
noch offen: ProtokollantIn (Suche in HH noch nicht abgeschlossen), Problem der Nachwahl für den abwesenden Bernd
Anschreiben Frau Marqwardt: wegen RB-Abo noch offen
RB: GPSP wird mit Nr. 70 verschickt, Grußwort muss noch entsprechend geändert werden, Entwurf liegt vor,
Auswertung der Spendenaktion wird in RB 70 veröffentlicht.
Vertrag mit Katja: Termin mit Steuerberater am 21.04.08

TOP 5: **Bericht aus der Geschäftsstelle**
Kassenprüfung ergab kleinere Differenzen, die jedoch lediglich Bedienfehler der Software waren,
Erinnerung daran, dass im Mai der Bericht ans Finanzamt für 2005-07 dran ist, (alle 3 Jahre, wegen der Gemeinnützigkeit) Jürgen stellt alles Notwendige zusammen, benötigt werden die Finanzen und ein Tätigkeitsbericht (Rechenschaftsbericht) und die Unterschriften des Vorstandes,
Gesundheit adhoc: hatten zweimal Info angefordert, Anfrage, ob zweimal benötigt, wurde nicht beantwortet: bekommen nur einmal.
Sigrid ist beitragsfrei, Thomas wird nachfragen.
VorständlerInnen sollen Quittungen möglichst zeitnah einreichen.
Text für Ingeborg-Spendenquittungen wird beim Steuerberater erfragt,
für MV 2009 in HH konnte noch kein Raum gefunden werden.
GLS-Bank: nur noch ein Konto, erledigt.

TOP 7: **Bericht der Referentin**
Die Homepage wurde mehrfach aktualisiert.
Der Newsletter ist einmal erschienen, das Layout wurde mit dem Logo versehen.
Die MV wurde weiter vorbereitet (Einladung, Vortrag, Anträge, Museumsführung).
Zur Programmneufassung s. TOP 13.
Zur Umsetzung unseres Antrags zum Apothekertag fand bei der ABDA ein 2. Treffen der Arbeitsgruppe statt. Im erarbeiteten Umsetzungskonzept findet sich unser Antrag nur ungenügend wieder. Deshalb wurde eine Extrarunde nur mit der Berliner Kammer und den Geschäftsführern Seitz und Schulz vereinbart.
HAI (Health Action International) hat den VDPP gebeten, ihn bei der Ausrichtung seiner Jahresversammlung im November in Berlin zu unterstützen. Dabei geht es insbesondere um organisatorische Unterstützung. Dazu gab es bereits einige Kontakte.
Beim Aufräumen des Archivs fiel u. a. auf, dass von den RB 42 und 51 keine Exemplare vorhanden sind. (Vorständler werden in Privatarchiven schauen, sonst Nachfrage über Newsletter o. ä., Geschäftsstelle wird Exemplare kopieren und zurückgeben.)

TOP 8: **Berichte der Vorständler**
Thomas berichtet von
- Stellungnahme zum Papier der EU zur patientenorientierten Information über AM, gab noch keine Eingangsbestätigung, er fragt nach und versendet die Stellungnahme noch über unseren Verteiler
BUKO-Pharmakampagne bittet um Unterstützung ihres Papiers, TOP 11
- Info zu Veranstaltung der Ärztekammer Berlin,
- Info zu Papier der Generaldirektion Wirtschaft (DG Enterprise) zu AM-Fälschungen, Termin: Mai, s. TOP 11
Bernd hat sich u. a. erneut um einen Termin bei B. Bender bemüht.
Jana hat u. a. die Programmänderung bearbeitet und das Grußwort erstellt.

TOP 9: **Bericht aus den Regionen**
Regionalgruppe Hamburg trifft sich regelmäßig und diskutiert aktuelle Gesundheitspolitik.
Regionalgruppe Berlin arbeitet u.a. weiter an der Zusammenfassung der Ergebnisse des Herbstseminars, um sie für die Konsensfindung innerhalb des Vereins handhabbar zu machen. Das zu erstellende Papier soll außerdem in die Programmneufassung einfließen.
Problem ist u.a., dass kein Selbständiger dabei ist, Bitte an HH: Berliner Papiere zu kommentieren (s. mitgliedergeschützter Bereich der Homepage)

Weitere Informationen aus den Regionen lagen nicht vor.

TOP 10: **Kassenbericht**
s. a. TOP 6
Jürgen stellt Entwürfe zum Finanzbericht 2007 und -plan 08 vor,
Bericht u. a.:
Homepage viel teurer als geplant: lag am Relaunch und an häufigen Aktualisierungen,
RB teurer: Sonderausgabe zum Apothekertag und Rechnung aus Dezember 06 erst 07 eingegangen
Ansatz für Vorstandsreferentin wurde nicht ausgeschöpft.
Knapp 7000 Euro Unterschuss,
Außenstände 842,- gehören zur Spendenaktion Ingeborg.
Plan u. a.: Homepage weniger als Verbrauch 2007, da kein Relaunch,
Referentin wieder wie 2007, da keine Anlaufphase mehr.
Personalkosten Geschäftsstelle, auf 3800,- erhöht, um Überstunden abzufangen, s. Antrag
Zinsen weniger durch Zusammenlegung der Konten?: 300,-
d. h.: wenn alles so weiterläuft, ist 2010 das Geld alle: Fundraising? Beiträge erhöhen?
Bericht und Plan mit Änderungen werden im RB 71 veröffentlicht.

TOP 11: **Aktuelle Gesundheitspolitik**
Treffen mit Frau Bender: hat nicht auf unsere schriftlichen Anfragen geantwortet, Katja wird bei Bender-Referentin telefonisch nachfragen, Bernd schickt dazu E-Mail-Wechsel.

BUKO-Stellungnahme zu EU-Vorhaben zur Änderung der Patienteninformation: VDPP unterstützt deren Papier, wird im RB 70 veröffentlicht,
es muss geklärt werden, warum wir nicht – wie zuvor vereinbart – in die Erarbeitung einbezogen worden sind, Thomas wird offiziell nachfragen und zukünftiges Vorgehen klären,

Info zu Veranstaltung der Berliner Ärztekammer „Einfluss der Pharmaindustrie auf Arzt und Patient" am 7.5.08, Thomas geht hin und wird berichten.

EU-Papier zur Eindämmung von AM-Fälschung steht zur öffentlichen Diskussion, T: Anfang Mai, VDPP wird sich mit Stellungnahme beteiligen,
Schwerpunkte: AM-Versandhandel mit rezeptpflichtigen AM, evtl. beziehen auf BKA-Bericht,
Ausstattung der AM-Überwachung in Deutschland schlecht
offen: Beitrag der Industrie? Für bessere Rückverfolgbarkeit Charge mitkodieren? Kennzeichnung nicht nur der Hersteller sondern auch der Wirkstofflieferanten/-hersteller wegen Transparenz für Verbraucher?

Rabattverträge: sollten wir bei Präparateaustausch wegen der Patientencompliance Namensgleichheit fordern?
Probleme bei schwieriger Galenik? Gibt Stellungnahmen der DPhG z. B., daran anschließen?, nicht abschließend geklärt

Einführung der E-Card: Hessen hat sich aus Pilotprojekt verabschiedet, da PIN-Eingabe für 75 % der Patienten zu schwierig ist,
s. alter RB-Artikel, gibt wohl keine neuen Entwicklungen, Hinweis auf IPPNW-Artikel, Referentin fragt nach, ob wir Material bekommen können,
Ansatz evtl.: wie geht das anders? Jeder Patient mit USB-Stick, auf freiwilliger Basis, keine zentrale Speicherung,

Änderung der Verschreibungsverordnung u. a. für Paracetamol: zu lange Übergangsfrist, wird nur wirtschaftlich begründet, unnötig, da billig, Firmen wissen bereits Bescheid, versenden entsprechende Schreiben an die Apotheken zur Bevorratung und können außerdem in kleinere Packungen umverpacken, deshalb Schreiben ans BMG, Jürgen macht Entwurf, Katja bearbeitet und verschickt

TOP 12: **Rundbrief / Homepage / Newsletter**
Rundbrief
RB 70: der Redaktionsschluss wurde verschoben, noch fehlen: VS-Protokolle (Thomas), Grußwort (Jana, Thomas), Editorial, Titelblatt (Jürgen), GPSP dazu, wird Ende April bei den LeserInnen sein,

RB 71: soll trotzdem vor MV erscheinen:
Redaktionsschluss: 1. Juni 08
Folgende Beiträge sind geplant:
RG BE: HPV-Impfung, Frauenseminare im VDPP
Katja: Umgang mit Antrag zu Apothekertag 2007, evtl. Buchrezension,
Stand der Programmbearbeitung (mit Jana abstimmen),
Jürgen: Finanzplan, -bericht
Thomas: Bericht von Veranstaltung 7.5.
Rechenschaftsbericht: Thomas Entwurf, an Jana
Jana: Grußwort
Redaktion wird bei Schreibern der angekündigten Artikel nachfragen,

Homepage / Newsletter
s. TOP 7

TOP 13: **Programmneufassung**
Apriltermin der Koordinationsgruppe ist ausgefallen, da keine Beiträge bis dahin eingegangen waren, weitere Planung: 19.5. Abstimmung am Rande der RG BE, Anfang Herbst evtl. Sonderrundbrief für Mitglieder mit dem Entwurf und Diskussion auf Homepage, evtl. erweiterte VS-Sitzung dazu im Spätherbst, Seminar zur Programmdiskussion wird als nicht praktikabel verworfen,

TOP 14: **Mitgliederversammlung 2008**
Sitzungsleitung: Thomas
Protokoll: wird RG HH organisieren: evtl.. Renate Rathmann, Referentin wird ProtokollantIn dann über Formalien informieren,
Nachwahl notwendig, da Bernd für ein halbes Jahr nicht im Land ist, gibt es Kandidaten? (Geschäftsführender Vorstand bleibt so, d. h. keine Änderungsmeldung an Vereinsregister notwendig),
nachfragen bei: Wolfgang Richter (Bernd), Florian (Jana), Dorothea Hofferberth (Thomas) Franz Kirchner (Bernd), Gudrun Hahn (Gudrun), Ildikó (Katja)

Notwendige Anträge von Seiten des Vorstandes:
Satzungsänderung, Veröffentlichung der Protokolle der Vorstandssitzungen, Erhöhung der Personalkosten in der Geschäftsstelle, Mitgliedschaft bei mezis e.V.

Entwurf Antrag 1: Protokollveröffentlichung: o. k.
Entwurf Antrag 2: Personalkosten von 3300,- auf 3800,- o. k.
Entwurf Antrag 3: Satzungsänderungen, gibt zwei Entwürfe.
Diskussion um Frauenquote: bleibt wie unverändert,
Bezeichnung „Gesamtvorstand" muss bleiben, da definierte Bezeichnung gem. BGB,
Konsens: 3 Mitglieder = Gesamtvorstand
Entwurf Antrag 4: Mitgliedschaft bei mezis: o. k.
Anträge werden mit Einladung verschickt.

Entwurf Einladung:
Anlaufpunkt für Freitag: wird Jana organisieren.
Führung gebucht,
Vortrag am Samstag, da keine lange Diskussion wahrscheinlich
Samstagabend: Buffet vor Ort
Kosten für Mitglieder: Tagungskosten 30 Euro, Führung extra, außer Pauschale (wird vom Verein getragen)

TOP 15: **Verschiedenes**
Jahresversammlung VDÄÄ 7.-9.11.2008 in Gladenbach, auf MV informieren, Vertreter des VDPP sollte teilnehmen.

Nächste Vorstandssitzung:
20.06.2008,
19 Uhr vor der MV

Vorstandssitzung am 17. August 2008 in Berlin

von Katja Lorenz

Nach einem Beschluss der diesjährigen MV wird zukünftig im Rundbrief ein kurzer Bericht von den Vorstandssitzungen zu lesen sein. Die ausführlichen Protokolle können im internen Bereich unserer Homepage eingesehen oder über die Geschäftsstelle angefordert werden. Hier ist der erste Bericht:

Diesmal trafen wir uns in kleiner, ausschließlich Berliner Runde. Der Hamburger Teil des Vorstandes war ebenso verhindert, wie die Geschäftsstelle und die Rundbriefredaktion. Leider kam trotz Einladung auch niemand von den Berliner Vereinsmitgliedern dazu. (Das ist in Hamburg anders!)

Die Tagesordnung war wie immer prall, und so saßen wir vier Stunden über der Organisation unserer Arbeit.

Wichtigste Themen und Ergebnisse waren:

Der nächste Rundbrief hatte eigentlich unmittelbar nach der Mitgliederversammlung erscheinen sollen. Vor der Sommerpause haben wir das leider nicht mehr geschafft. Nun wird er Ende August versendet. Die „Best of"-Ausgabe ist in der Vorbereitung und wird wie geplant zum Apothekertag in München erscheinen. (Ich werde im Auftrag des VDPP dort sein. Ist von uns jemand delegiert oder nimmt privat teil? Dann bitte bei der Geschäftsstelle melden – wir könnten uns am Rande treffen.)

Wie auf der MV berichtet, wird Anfang Oktober der Entwurf des überarbeiteten Programms stehen und danach allen Mitgliedern zugesandt werden. Am 24./25. Januar soll dieser in Berlin auf einem Wochenendseminar diskutiert werden. Für die Zeit dazwischen wäre ein Forum auf unserer Homepage eine weitere, schnelle, transparente Möglichkeit für die Mitglieder sich an der Entwicklung zu beteiligen. Die MV hatte deshalb den Vorstand beauftragt zu prüfen, mit welchem personellen, technischen und finanziellen Aufwand ein derartiges Forum eingerichtet werden kann. Dazu bedarf es noch einiger Abstimmungen mit der Website-Bearbeiterin des Vereins. Es sieht aber so aus, als ob Aufwand und Nutzen in einem vernünftigen Verhältnis stünden.

Großes Thema war die Organisation der geplanten Seminare (Herbst, Frauen, Programm) und der nächsten MV, die wir aus Anlass unseres 20. Geburtstages öffentlichkeitswirksamer aufziehen werden.

Im gesundheitspolitischen Teil beschäftigten wir uns u. a. mit den geplanten Änderungen/Korrekturen zum GKV-WSG. Diese werfen ihre parlamentarischen Schatten voraus. Der Entwurf wird nach der Sommerpause erwartet. Dann müssen wir innerhalb weniger Tage eine evtl. notwenige werdende Stellungnahme abgeben.

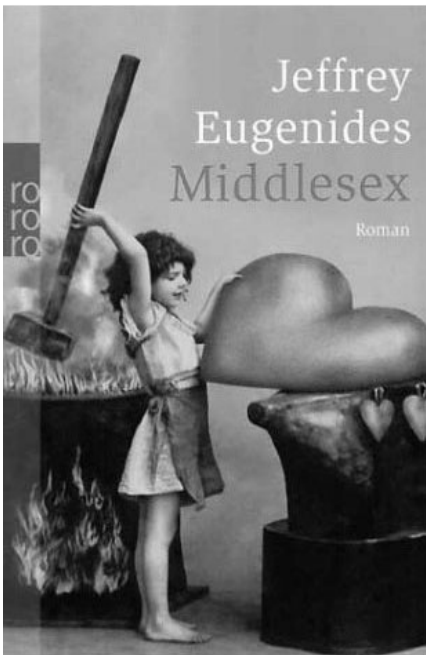
Mit der elektronischen Gesundheitskarte haben wir uns seit geraumer Zeit nicht mehr befasst. Nun wird sich die Berliner Regionalgruppe schlau machen und dem Vorstand einen Vorschlag zur weiteren Behandlung unterbreiten.

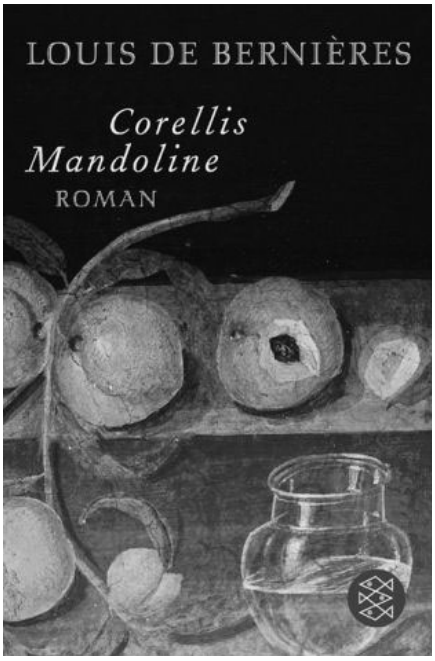
Die nächste Vorstandssitzung findet am 5. Oktober wieder in Berlin statt.

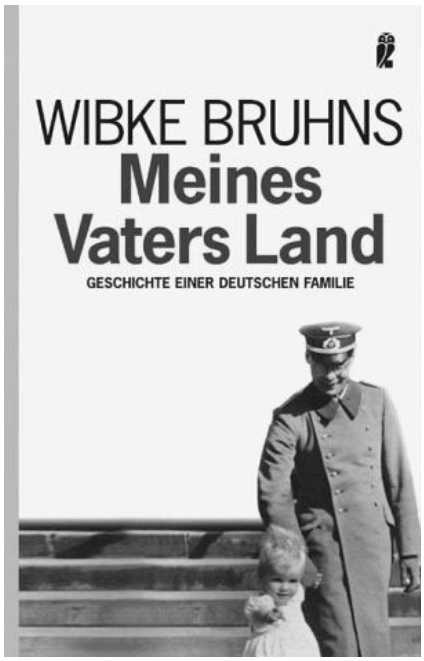
BUCHBESPRECHUNGEN

Familiengeschichten

von Regina Schumann







Autobiografisch oder fiktional – Familiengeschichten bieten immer Stoff für generationenübergreifende Romane und erzählen dabei individuelle Schicksale vor dem Hintergrund umwälzender historischer Ereignisse. Drei Bücher mit sehr unterschiedlichen Protagonisten erzählen über einen langen Zeitraum Familiengeschichten und beschreiben das Schicksal dieser Menschen, das von familiären Verstrickungen und Kriegsereignissen beeinflusst wird. Der griechisch-türkische Konflikt nach dem Ersten Weltkrieg führt zwei Menschen zusammen, die gegen ein Tabu verstoßen. Der Zweite Weltkrieg trennt zwei Liebende, die Kriegswirren zerstören die traditionellen Familienstrukturen und führen zu neuen Familien. Im dritten Buch markiert der Zweite Weltkrieg das Ende einer Familie.

„Middlesex"[1] von Jeffrey Eugenides[2]

Von den Zwanziger Jahren bis in die Neunziger Jahre des 20. Jahrhundert spannt sich die Geschichte der Familie Stephanides. Unter dramatischen Umständen aus der Türkei in die Vereinigten Staaten von Amerika geflohen, leben Desdemona und Lefty und ihre Kinder als Immigranten in der griechischen Community von Detroit. Sie erleben die Jahre der Depression, den Zweiten Weltkrieg, die fünfziger Jahre, die Rassenunruhen von 1967, den Aufbruch der 68er. Das alles ist Hintergrund einer Coming-of-age-Geschichte des Mädchens Calliope, das zum Jungen Cal wird (oder es immer schon war). Ein langer Bogen wird gespannt von der Großmutter Desdemona, die sich als junge Frau in Bursa in den eigenen Bruder verliebt, bis zu Cal, der nun als erwachsener Mann in Berlin seine Liebe findet. Mitreißend und dramatisch die Liebesgeschichte der verschwisterten Großeltern, amerikanisch die Erfolgsgeschichte der Eltern, quälend die Selbstfindung von Calliope/Cal, ungewiss der Ausgang der Beziehung von Cal und Julie.

Ein kleines versöhnliches Happyend hat dagegen

„Corellis Mandoline"[3] von Louis de Bernières

Der Roman beginnt beschaulich in den Dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts in einem Dörfchen auf der griechischen Insel Kefalonia. Pelagia ist jung und verlobt - doch sie wird ihren Verlobten nicht heiraten, der Zweite Weltkrieg zerstört ihn und auch der italienische Offizier Corelli, in den sich Pelagia verliebt, hinterlässt ihr nur seine Mandoline. Pelagia findet - im wahrsten Sinn des Wortes - eine neue Familie und nach 50 Jahren und unendlicher (Aufbau)-Arbeit nach den Verwüstungen des Weltkrieges, des griechischen Bürgerkrieges und des großen Erdbebens von 1953 ein bescheidenes Glück. Den größten Teil des Buches nimmt die Beschreibung der italienisch-deutschen Besatzungszeit und des Lebens im Krieg ein. Wie kann in Kriegszeiten ein bisschen Menschlichkeit bewahrt werden? Was tut der Krieg den Menschen an? Was tut der Mensch dem Menschen an? Warum werden Menschen zu Bestien?

Diese Fragen stellen sich auch in

„Meines Vaters Land“[4] von Wibke Bruhns

Sie beschreibt vom Ende des 19. Jahrhunderts bis 1945 die Geschichte ihrer Familie und Schuld und Sühne der (männlichen) Familienmitglieder: von Unternehmern und Kaisertreuen zur neuen Elite, von Humanisten zuerst zu Unterstützern der Nationalsozialisten, dann zu Widerständlern und Mitwissern der Attentäter vom 20. Juli. Hier gibt es kein gutes Ende, die Familie ist zerrissen, das Buch endet mit Entwurzelung und Vertreibung. Schade, dass Frau Bruhns ihren Vater nicht befragen konnte und für Fragen an ihre Mutter zu spät den Mut gefunden hat – so muss sie spekulieren und vor allem sich selber und ihre unbeantworteten Fragen analysieren. Ein spannendes Buch, das mehr Fragen aufwirft, als es beantwortet.

[1] Für den 2002 erschienenen Roman Middlesex (auf Deutsch erschienen 2004, ISBN 3-499-23810-1) erhielt Jeffrey Eugenides 2003 den Pulitzer-Preis.

[2] Sein erster Roman The Virgin Suicides (deutsch „Die Selbstmord-Schwestern“) wurde 1999 von Sofia Coppola verfilmt.

[3] Corellis Mandoline, 1996, ISBN 3-596-16784-1, ISBN 3-596-50960-2, ISBN 3-455-00323-0 wurde 2001 mit Nicolas Cage und Penélope Cruz verfilmt.

[4] Meines Vaters Land. Geschichte einer deutschen Familie. 2004, ISBN 3-548-36748-8, ISBN 3-430-11571-X

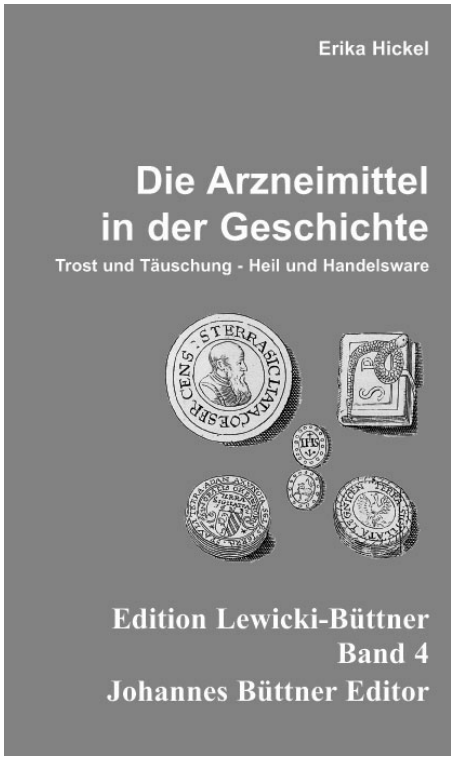
Erika Hickel: Die Arzneimittel in der Geschichte

von Udo Puteanus

Erika Hickel: Die Arzneimittel in der Geschichte. Trost und Täuschung – Heil und Handelsware. Edition Lewicki-Büttner, Band 4. Nordhausen 2008, Verlag Traugott Bautz, 631 Seiten, 140 Euro

„Dieses Buch macht zum ersten Mal den Versuch, den Arzneimittelgebrauch in der Menschheitsgeschichte kultur- und epocheübergreifend darzustellen, soweit er historisch erforscht ist“. Ob dieser dem Klappentext des Buches entnommene Anspruch erfüllt wird, kann hier nicht beurteilt werden. Dass die ehemalige Leiterin der Abteilung für Geschichte der Pharmazie und der Naturwissenschaften der Universität Braunschweig jedoch eine ganz herausragende historische Übersicht vorgelegt hat, wird nach der Lektüre sicherlich kaum jemand bestreiten.

Beschrieben werden Arzneimittel in den frühen Hochkulturen Asiens und Afrikas, die Zeit zwischen Hippokrates und Galen (5. Jhd. n. Chr.), im Mittelalter – z. B. vertreten durch die Klostermedizin –, während der Seuchenzüge und Entdeckungsreisen und in der Zeit der Chemiatrie bis ca. 1670. Eindrucksvoll und sicherlich für viele Apothekerinnen und Apotheker besonders interessant sind die Ausführungen über die Zeit über die neuere Geschichte bis 1980 mit den Wechselwirkungen zwischen der Herstellung von Arzneimitteln und der naturwissenschaftlichen Forschung. Beide Be-



reiche beeinflussten sich gegenseitig, wobei gerade Apotheker eine große Bedeutung spielten.

Ein Schwerpunkt von Hickels Buch ist die Darstellung, wie sich seit dem 19. Jhd. ein Fortschrittsglauben an die Heilkraft vor allem der naturwissenschaftlich fundierten Arzneimittel entwickelt hat. Dabei zeigt Hickel auch die wellenförmigen Bewegungen zwischen holistischen Vorstellungen auf der einen und reduktionistischen auf der anderen Seite.

Viele Leserinnen und Leser wird besonders die Zeit seit Beginn der industriellen Herstellung von Arzneimitteln ab ca. Mitte des 19. Jahrhunderts interessieren. Gut ein Viertel des Buches widmet die Pharmaziehistorikerin diesem Zeitabschnitt.

Besonderes Merkmal Hickels Buch im Vergleich zu vielen anderen pharmazie- und naturwissenschaftshistorischen Arbeiten über Arzneimittel ist: Hickel weist auf die *Probleme* bei der Auffindung, Herstellung und Anwendung von Arzneimitteln hin, legt also oftmals den Finger in die Wunden derjenigen, die in der Entwicklung des Arzneimittels bis zu ihrer heutigen Bedeutung oftmals eine lupenreine Erfolgsgeschichte sehen wollen. Es ist wohl ein wesentliches Ziel der Autorin, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass Arzneimittel Teil des jeweiligen gesellschaftlichen und kulturellen Umfeldes sind. So zeigt sie anhand von Beispielen, wie sehr archaische oder aufklärerische Vorstellungen, „soziomorphe“ Ideen oder soziokulturelle Voraussetzun-

gen, militärische Überlegungen oder Strukturen der „industrialisierten Forschung“ (nach Jerome R. Ravetz 1971) auf den Umgang mit Stoffen, Pflanzen, Tieren und Menschen einwirkten und die Bedeutung der Arzneimittel für die Menschen und Therapeuten bestimmten. Hickel weist in verschiedenen Epochen nach, in welchem Spannungsfeld Arzneimittel als „besondere Ware“ genutzt wurden und werden, z.B. zwischen „Trost und Täuschung – zwischen Heil und Handelsware“ – so auch der Untertitel des Buches. Arzneimittel wurden bspw. bis tief ins 19. Jahrhundert nicht „verbraucht“, sondern in „Notfällen als Gottesgabe angesehen“. Insofern wäre es ein Anachronismus, die damals vorhandenen Pharmakopöen als ein Instrument des Verbraucherschutzes zu betrachten.

Nicht nur für die rein schulmedizinischen Medikamente gilt die Problemorientierung der Autorin, sondern auch für die der komplementären Medizin. Sie benennt die oftmals allzu unkritische Zuwendung vieler Esoteriker zu ethnischen Arzneimitteln bspw. der traditionellen chinesischen oder der ayurvedischen Medizin und stellt infrage, ob die Anhänger dieser Richtungen die Einbettung der Therapien und der hierbei genutzten Mittel in die jeweilige Kultur- und Heilsvorstellungen ihrer Zeit ausreichend verstanden haben. Heutige Ethnoarzneimittel-Liebhaber würden oft den Geist und die Seele unberücksichtigt lassen, die in ihrer jeweiligen Epoche den Arzneimitteln zugesprochen wurden. Sie selbst zeigt dabei großen Respekt vor anderen Therapierichtungen und will kein abschließendes Urteil vor dem Hintergrund der wenigen, historisch gesicherten Quellen geben.

Überhaupt lässt sich die Autorin nicht in die Schublade der einen oder anderen Richtung einordnen. Bei aller Kritik an Heilsversprechen der Schulmedizin und verkürzter Betrachtungsweise komplementärer Arzneimittel spricht sie sich auch gegen die Einführung von Positiv- und Negativlisten aus, die schon deswegen wenig hilfreich sein könnten, weil sie schon nach ihrer Fertigstellung veraltet sein müssten. Auch beim DDR-Arzneimittelmarkt weist sie auf die Ambivalenz hin: „Die deutlichen Vorteile, die das Arzneimittelrecht in der DDR vom Standpunkt einer geordneten Arzneiversorgung aus bot, sind nach der politischen Wende von 1989 vollständig preisgegeben worden. Aufgrund der wirtschaftlichen Schwierigkeiten der DDR kamen diese Vorteile in den Augen des Publikums auch nie voll zum Tragen, wie die verbreitete Sitte, „West-Arzneimittel“ mehr oder weniger legal zu besorgen, belegt“.

Deutlich wird bei der Lektüre des Buches, dass Hickel dem heute in der Arzneimittelforschung und -anwendung oftmals vorherrschenden eindimensionalen naturwissenschaftlichen Ansatz entgegentritt und stattdessen für einen Wissenschaftspluralismus streitet. Denn die mit offen ausgetragenen Diskussionen über Methodiken und Ideen verbundene Sensibilität für andere Forschungstraditionen zum Verständnis von Naturphänomenen gelte es zu erhalten. Die vor allem in Deutschland gefundene Regelung zur Zulassung von Arzneimitteln der komplementären Medizin wird von ihr daher auch lobend erwähnt.

Das Konzept der schulmedizinischen Arzneimittel analysiert die Pharmazie- und Naturwissenschaftshistorikerin besonders kritisch, nicht nur hinsichtlich ihrer historischen Wurzeln. Sie sieht einen bedauernswerten Mangel an Untersuchungen über die Struktur des Arzneimittelmarktes und deren Auswirkungen auf die Patienten. Es fehlten Zahlen über die Gewinne der Unternehmen im Verhältnis zum volkswirtschaftlichen Nutzen und zum Nutzen der Gesundheit der Bevölkerung insgesamt. Auch gebe es keine Kostenberechnungen über die Schäden, die durch Arzneimittel angerichtet worden seien (iatrogene Schäden und Sucht- und Missbrauchsschäden, auch durch Diktatur und Krieg). „Diese Einsicht sollte uns davor bewahren, einen ‚Fortschritt‘ in der Arzneimittelversorgung zu diagnostizieren, über dessen Bewertung noch lange nicht das letzte Wort gesprochen werden kann“, so ihr Fazit zu diesem Thema.

Wie vorsichtig sie bei ihrer Darstellung vorgeht, um den Rahmen der wissenschaftlichen Betrachtung nicht zu verlassen, zeigt der an manchen Stellen angedeutete Hinweis, dass nach 1980 möglicherweise eine neue Epoche der Arzneimittelgeschichte angebrochen ist, die sie als Zeitzeugin nicht beurteilen mag. Man wünschte sich hier vielleicht doch den ein oder anderen Hinweis von der Autorin, vor allem vor dem Hintergrund, dass sie von 1983 bis 1985 für die Partei DIE GRÜNEN im Bundestag die Entwicklung gentechnologisch erzeugter Arzneimittel politisch ganz nah begleiten konnte und sicherlich wesentlich zur kritischen Haltung der Gesellschaft gegenüber heutigen pharmakogenetischen Heilsversprechen beitrug.

Mit der Darstellung des Ergebnisses „vierzigjähriger akademischer Forschung und Lehre auf dem Gebiet der Arzneimittelgeschichte und zehnjähriger Diskussionen in der politischen Ökologiebewegung“ ist der Apothekerin Erika Hickel eine „Quintessenz“ aus ihrer Arbeit gelungen, die in der „Scientific Community“ Beachtung finden muss. Der Blick in das Literaturverzeichnis zeigt die ganze Bandbreite der verarbeiteten Forschung auf diesem Gebiet. Insofern ist das Buch ein Muss für alle Historiker vom Fach, allen zu empfehlen, die der Pharmazie- und Naturwissenschaftsgeschichte als vermutete altbackene Disziplin bisher wenig abgewinnen konnten und für viele ein Gewinn, die bei aller Esoterik noch die Offenheit haben, wissenschaftshistorische Erkenntnisse über von ihnen genutzte Arzneimittel aufzunehmen.

TERMINE

Regionalgruppe Berlin

Das nächste Treffen der Regionalgruppe Berlin findet am Montag, dem 17. November 2008, um 19.30 Uhr statt. Der Ort liegt noch nicht fest und ist zu erfragen bei Regina Schumann, Tel. 030 7951471, E-Mail: sander.schumann@gmx.de.

Regionalgruppe Hamburg

Die Regionalgruppe trifft sich alle zwei Wochen mittwochs um 19.30 Uhr. Bis zum November 2008 finden die Treffen *nicht* bei Bernd Rehberg statt. Nächster Termin: Mittwoch, 22. Oktober 2008, bei Uschi Blöcker, Schinkelstraße 6, 22303 Hamburg.

Regionalgruppe Hessen

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

„Risiken und Nebenwirkungen der Schwarz-Roten Gesundheitsreform"

Veranstaltung des vdää und der Rosa-Luxemburg-Stiftung Hessen, Donnerstag, 9. Oktober 2008, 19.30 bis 21.30 Uhr, Georg-Buch-Haus, Wellritzstraße 38a, 65183 Wiesbaden.

„Solidarität statt Markt"
Linke Ärzteopposition heute

Öffentliche Veranstaltung am 8. November 2008 im Rahmen der Jahreshauptversammlung des vdää. Diese findet vom 7. bis 9. November 2008 in der ver.di-Bildungsstätte Gladenbach, Schlossallee 33, 35075 Gladenbach, statt.

„Das Recht auf Gesundheit in Deutschland"

Zu diesem Thema findet angesichts von 60 Jahren Allgemeiner Erklärung der Menschenrechte eine Fachtagung von amnesty international statt. Termin: 7. und 8. November 2008 im Tagungs- und Bildungszentrum Kloster Irsee, Klosterring 4, 87660 Irsee. Anmeldung bei team-gs@amnesty.de.

15. GAA-Jahrestagung

Die 15. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie e. V. wird am 20. und 21. November 2008 im BfArM, Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3, 53175 Bonn, stattfinden. Themenschwerpunkte sind Risk-Management und Pharmakovigilanz, Integration von Primär- und Sekundärdaten sowie Prävention mit Arzneimitteln. Anmeldung unter www.gaa-arzneiforschung.de.

"Clinical trials on trial"

Zu diesem Thema führt Health Action International (HAI) Europe gemeinsam mit medico international, der BUKO Pharma-Kampagne und dem VDPP ein offenes Seminar in Berlin durch. Termin: 21. November 2008, 9 bis 17.45 Uhr, Neues Stadthaus, Parochialstraße 3, 10179 Berlin. Anmeldung unter www.hai.org.

VDPP-Programmseminar

Das Seminar zur Fortschreibung des VDPP-Programms wird am 24. und 25. Januar 2009 in Berlin stattfinden.

„Geschlechtersensitive Patienteninformation"

Dies ist das Thema des VDPP-Frauenseminars , das am 8. und 9. März 2009 stattfinden wird.

VDPP-Mitgliederversammlung 2009 – 20 Jahre VDPP

Die Mitgliederversammlung wird vom 19. bis 21. Juni 2009 im Gründungsort Hamburg 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

Presseerklärung des vdää zum Ulmer Papier der BÄK

Mangel an klaren Analysen und möglichen Perspektiven

verein demokratischer ärztinnen und ärzte

Auf Beschluss des letzten Ärztetages legt der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) dem 111. Ärztetag in Ulm einen Entwurf zu „Gesundheitspolitischen Leitsätzen der Ärzteschaft", das so genannte Ulmer Papier vor. Dieses Papier wurde schon im Vorfeld innerhalb der ärztlichen Standesgremien heftig und ausführlich diskutiert. Der jetzt dem Ärztetag vorliegende Entwurf ist bereits die 6. Fassung der Leitsätze.

Aus Sicht des ***Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte*** haben diese Überarbeitungen bisher nicht zu klaren Analysen der Probleme des Gesundheitswesens und möglichen Perspektiven zur Verbesserung der medizinischen Versorgung geführt. Die Leitsätze stellen eine Sammlung mehr oder weniger unverbindlicher gesundheitspolitischer Stellungnahmen dar, aus der sich jeder Arzt oder Gesundheitspolitiker nach Belieben die ihm passenden Standpunkte auswählen kann. Konkrete und umsetzbare Forderungen sind nur vereinzelt zu finden.

Wegen dieser Buntscheckigkeit können diese Leitsätze nicht insgesamt begrüßt oder abgelehnt werden.

Der vdää kritisiert an diesen Leitsätzen im Besonderen:

1. In den Leitsätzen wird von „zunehmender Marktorientierung", „Kommerzialisierung" gesprochen und hervorgehoben, dass „gute Medizin kein Industrieprodukt" sei, aber Markt und Wettbewerb als Regulatoren der medizinischen Versorgung bleiben undiskutiert und werden akzeptiert. Die Marktwirtschaft als Basis der Organisation des Gesundheitswesens wird nicht in Frage gestellt.

Die von der Politik gewollte und geförderte Ökonomisierung stellt aber das Hauptproblem des Gesundheitswesens dar.

2. Markt und Wettbewerb können eine solidarisch getragene, gleichmäßige und ausreichende medizinische Versorgung nicht garantieren. Das haben die Erfahrungen in anderen Ländern klar gezeigt. Unter den heutigen Bedingungen ist Wettbewerb immer ökonomischer Wettbewerb. Und auch, wenn er sich als Qualitätswettbewerb ausgibt – es geht ums Geld. Mit Besorgnis müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass „ gute" und „lukrative" Risiken zunehmend vom privaten Sektor des Gesundheitswesens übernommen werden, während die „schlechten und unprofitablen" Risiken – also multimorbide und schwerkranke Patienten –, ebenso wie die Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegekräften, in den öffentlichen Sektor verschoben werden.

3. Wir sehen in unserem Land eine zunehmende Konzentration und Zentralisation des Angebots medizinischer Leistungen. Dieses wird bestimmt durch Kapitalgesellschaften und große private Klinikketten. Kapitalinvestition muss in einer kapitalistischen Wirtschaft immer an Rendite ausgerichtet sein, nicht aber am Versorgungsbedarf. Diese Tendenz wird im Ulmer Papier nicht eindeutig benannt und noch weniger kritisiert.

Der vdää hält diese Entwicklung für unvereinbar mit den Interessen der Versicherten und warnt eindringlich vor dieser Tendenz.

4. Das Ulmer Papier stellt die Leitsätze der Ärzteschaft dar. Trotzdem dürfen die Probleme des Gesundheitswesens nicht ausschließlich aus dem Blickwinkel der Ärzteschaft beurteilt werden. Die Ärzteschaft muss zur Kenntnis nehmen, dass das Gesundheitswesen mehr ist als die Summe ärztlicher Leistungen. Dabei sollten die Eigeninteressen der Ärzteschaft zumindest als solche gegenüber der Öffentlichkeit definiert und nicht als vorgegebenes Wohl von Versicherten und Patienten ausgegeben werden.

Die ärztezentrierte Sichtweise gesundheitspolitischer Probleme ist abzulehnen.

5. Das Ulmer Papier stellt die Arzt-Patient-Beziehung in den Mittelpunkt der Analyse. Es geht im Gesundheitswesen um den kranken Patienten und den Versicherten. Es ist dem Präsidenten der BÄK zuzustimmen, dass nicht der „Geschäftsgegenstand Diagnose" im Mittelpunkt des (wirtschaftlichen) Interesses stehen darf. Doch wird in dem Ulmer Papier bei der Verteidigung der ärztlichen „Therapiefreiheit" eine anti-wissenschaftliche Haltung deutlich. Therapiefreiheit wird hier mit Beliebigkeit verwechselt.

Aber evidenzbasierte Medizin gibt Informationen über Patienten relevante Behandlungsergebnisse – und dabei gibt es keinen Raum für Intuition oder ärztliche Kunst. Naturwissenschaft ist nachvollziehbar und keine Kunst. Erst in der Bewertung der Evidenz und deren Bedeutung für das individuelle Patientenschicksal beginnt die subjektive Tätigkeit des Arztes. Er muss beurteilen, welche der möglichen Therapieformen dem einzelnen Patienten angemessen sind. Die BÄK dagegen polemisiert gegen das Bemühen, die Qualität ärztlicher Leistungen transpa-

rent und nachvollziehbar zu machen. Wenn die Ärzteschaft in ihrer Wagenburgmentalität weiterhin überkommene Vorstellungen von individueller Therapiefreiheit verteidigt und wissenschaftlichen Fortschritt in outcome- und Versorgungsforschung ignoriert, stellt sie sich in der Diskussion um die Qualität und Angemessenheit medizinischer Leistungen ins Abseits und überlässt damit Krankenkassen und der Politik deren Definition.

6. Die Forderung der Bundesärztekammer nach einer offenen Rationierung medizinischer Leistungen durch die Politik kommt einer Bankrotterklärung der Ärzteschaft gegenüber ihren Patienten gleich. In Verbindung mit der Forderung, den privaten Zusatzversicherungsmarkt auszubauen, leisten die Ärzte damit Schützenhilfe für einen boomenden Versicherungsmarkt, der von der Mangelwirtschaft lebt.

Der vdää fordert einen umfassenden Leistungskatalog für alle Versicherten, damit der Zugang zu medizinischen Leistungen keine Frage des Geldbeutels wird.

7. „Der private Gesundheitsmarkt wird in den kommenden Jahren an Bedeutung zunehmen". Diese Aussage ist sicher – und bedauernswerter Weise – richtig, doch ist es falsch, hierzu auch noch den Ausbau der privaten Krankenversicherung zu fordern. Die Privat-Patienten werden durch schnelle Terminvergabe und eigene Wartezimmer hofiert, wobei ihre medizinische Versorgung nicht unbedingt besser sein muss als die der gesetzlich Versicherten. Die Privat-Patienten sind die Melkkühe des Gesundheitswesens. Auch Kassenpatienten werden über so genannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) zunehmend selbst für medizinisch sinnvolle Leistungen zur Kasse gebeten. Durch die Einführung der Individuellen Gesundheitsleistungen hat der Arzt sich dem Kaufmann gleichgesetzt. Mit ihrer Zustimmung zu Privatversicherung und IgeL-Leistungen fördert die BÄK den Trend zu 2-Klassen Medizin.

Dagegen fordert der vdää die Einbeziehung aller Bürger in ein gesetzliches Versicherungssystem, das alle gesundheitlichen Versorgungsleistungen abdeckt, sowie die Abschaffung der IGeL-Leistungen und die Übernahme der – wenigen – sinnvollen Leistungen, wie z. B. der reisemedizinischen Beratung in den GKV-Katalog.

8. Gute Medizin erfordert gute Arbeitsbedingungen. Die BÄK setzt auf eine Novellierung der GOÄ und den „privaten Gesundheitsmarkt" zur Verbesserung der ärztlichen Einkommen. Leider fehlen Anmerkungen zu den Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern, die immer noch die Eingangspforte zum ärztlichen Beruf darstellen. Das nach wie vor bestehende hierarchische Chefarztsystem deutscher Krankenhäuser stößt viele junge Mediziner – zu Recht – ab.

Der vdää fordert die Ablösung des Chefarztsystems durch die gleichberechtigte Abteilungsleitung im Sinne eines Consultantsystems.

9. Die Anzahl der niedergelassenen Ärzte ist von 1996 bis 2006 um 26 Prozent angestiegen. Gleichzeitig mit diesem Boom an Niederlassungen entstehen in Deutschland Bereiche, in denen es schwierig wird, noch Ärzte für die Niederlassung zu finden. Allem Sicherstellungsauftrag zum Trotz werden die entsprechenden Kassenarztsitze nicht wieder besetzt. Stattdessen nimmt das Stadt-Land-Gefälle weiter zu. Wir brauchen eine ehrliche innerärztliche Debatte, wie viele Ärzte wir für die Versorgung der Bevölkerung benötigen und wie diese Kräfte zu verteilen sind.

Der vdää fordert eine bessere Steuerung der kassenärztlichen Versorgung und spricht sich für deutliche Honorierungs-Zuschläge in den unterversorgten Bereichen aus, um damit die Versorgung ländlicher Bereiche zu verbessern.

10. Zur Finanzierung einer patientengerechten Gesundheitsversorgung hat die BÄK nur altbekannte Rezepte zu bieten: Einbeziehung sämtlicher Einkommensarten in die Finanzierung der GKV, „sozialverträgliche Erweiterung der Eigenbeteiligungsformen", Stärkung der Selbstverantwortung der Patienten, Selbstzahlung aller Leistungen, die über eine „Grundversorgung" hinausgehen, durch die Patienten. Diese Vorschläge führen aber zu einer weiteren Entsolidarisierung der Versicherten und machen eine gute medizinische Versorgung noch weiter vom Geld abhängig.

Der vdää lehnt diese Rezepte deshalb ab. Die Finanzierung der GKV könnte durch die Einbeziehung aller Bürger in ein gesetzliches Versicherungssystem auf eine solide Basis gestellt werden. Kurzfristig fordern wir die Anhebung von Versicherungspflicht- und der Beitragsbemessungsgrenze.

11. Ausdrücklich positiv hervorzuheben ist, dass die BÄK die Planung und Gewährleistung der stationären Versorgung im Sinne sozialstaatlicher Daseinsvorsorge als staatliche Aufgabe fordert, aus der sich der Staat nicht zurückziehen darf. Wir stimmen zu, dass die Planung der Krankenhausversorgung nicht den Marktgesetzen unterworfen werden darf, sondern eine öffentliche Aufgabe ist.

17. Mai 2008
Prof. Wulf Dietrich
(Vorsitzender)

Presseerklärung des vdää zur Prüfung der Flugreisetauglichkeit

Abschiebeärzte sollen die Flugreisetauglichkeit unter Ausschluss der Öffentlichkeit feststellen

Abgelehnte Asylbewerber werden in der Regel gegen ihren Willen per Flug abgeschoben. Wenn sie dann ein ärztliches Attest vorlegen, in dem ihre Flugreisetauglichkeit bestritten wird, fordern die Behörden ein weiteres Gutachten an. Nach Auffassung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Rückführung („AG Rück") verhindert dieses Verfahren zu oft eine schnelle Abschiebung und es ist zu teuer. 2007 seien 663 Menschen abgeschoben worden, die Hälfte aller Verfahren sei gescheitert, pro Abschiebung entstünden Kosten in Höhe von 1400 €. Um diese Kosten zu senken und die Abschiebungen zu erleichtern hat jetzt die „AG Rück" gefordert, Fachärzte für Flugmedizin mit der Begutachtung zu betrauen. Deren Namen sollen geheim bleiben.

Flugmediziner sind Mediziner mit einer Zusatzausbildung aus unterschiedlichen Fachgebieten. Sie haben fliegendes Personal auf Fliegertauglichkeit hin zu untersuchen. Das ist aber etwas grundsätzlich anderes als die Feststellung der Flugreisetauglichkeit von „Abschüblingen".

Auftrag für eine medizinische Einschätzung bei „Abschüblingen" ist eine psychische Traumatisierung, ein Posttraumatisches Belastungssyndrom, ggf. auch Suizidalität als Folge von Folter, Flucht, oder Vertreibung. Nach ärztlich-ethischem Verständnis ist vor einer Abschiebung neben der Flugreisefähigkeit und der Berücksichtigung aller relevanten Krankheitsbilder vor allem die konkrete Gefahr einer Reaktualisierung/Retraumatisierung im Sinne einer erheblichen Gesundheitsverschlechterung zu berücksichtigen. Dies zu beurteilen erfordert erfahrene ärztliche, ggf. psychologisch psychotherapeutische Sachverständige. Flugmediziner sind dazu ungeeignet. Die Bundesärztekammer (BÄK) verabschiedete im Januar 2005 ein Fortbildungscurriculum zur „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen". Ein von einer AG der BÄK mit Vertretern der Innenministerkonferenz erarbeiteter Informations- und Kriterienkatalog wurde im Dezember 2004 durch das Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen als Erlass heraus gegeben. Die nachfolgende Innenministerkonferenz beschloss jedoch diesen überarbeiteten Informations- und Kriterienkatalog in allen Bundesländern nicht umzusetzen. Er war offensichtlich politisch unerwünscht.

Die verschärfte Einbindung von Ärzten in ordnungs- und polizeirechtliche Maßnahmen halten wir für eine gefährliche Entwicklung. Ärzte, d. h. so genannte Fachärzte für „Flugmedizin", die das Vertrauen der Behörden genießen, nicht aber das der Patienten, sollen ihre Qualifikation missbräuchlich verwenden. Den Verantwortlichen ist die ethische Problematik offenbar bewusst, denn die Öffentlichkeit soll ausgeschlossen werden, die Namen der Ärzte sollen geheim bleiben.

Der Vorgang reiht sich ein in eine Kette Missbrauchs ärztlicher Qualifikation:

- Ärztinnen und Ärzte begleiten abzuschiebende Asylbewerber mit dem Auftrag, diese physisch und psychisch soweit ruhig zu halten, dass eine Abschiebung problemlos gewährleistet ist.
- Ärztinnen und Ärzte stellten durch Röntgenaufnahmen der Handwurzeln fest, ob Asylbewerber das 16. Lebensjahr überschritten haben oder nicht, weil ab dem 16. Lebensjahr die Behandlung als Erwachsener, Asylverfahrensfähigkeit besteht und damit das Flughafenschnellverfahren angewendet werden kann. (Dieses Verfahren der Altersfestlegung wurde auf Proteste der Ärzteschaft hin eingestellt. Jetzt stellen Behördenbeamte auf Gutdünken das Alter fest.)
- Ärztinnen und Ärzte führten zwangsweise Nasensonden bei verdächtigen Straßendealern zum Zwecke der Einbringung von Brechmitteln mit dem Ziel der Beweissicherung ein. (Auch dieses Verfahren wurde nach einem Todesfall in Bremen eingestellt und es wurde eine humane Methode gefunden).
- Ärztinnen und Ärzte führten gynäkologische Untersuchungen bei minderjährigen Roma-Mädchen wegen des Verdachts auf Diebstahl durch.

Am Beispiel der westlichen Führungsmacht, den USA, lässt sich demonstrieren, wohin eine unkritische Haltung von Ärztinnen und Ärzten in ethischen Fragen führen kann:

- Hunderte Ausländer wurden seit 2003 vor ihrer Abschiebung gegen ihren Willen mit Psychopharmaka betäubt.
- In Abu Ghraib und Guantanamo wurden Gefangene im Beisein von Ärzten gefoltert.
- Ärzten beteiligen sich bei Exekutionen.
- Zur Verschleierung dieser ethisch und berufsrechtlich unzulässigen Handlungen kommt es gelegentlich zu perversen behördlichen Maßnahmen. Ärztinnen und Ärzte, die im US-Bundesstaat Illinois bereit waren, sich an Hinrichtungen zu beteiligen, können dafür seitens des Berufsverbandes wegen Verstoßes gegen den „Medical Practice Act" (ein Verhaltenscodex) gemahnt werden. Darüber hinaus konnten wie bei anderem „ unethischen, unprofessionellen oder unehrenhaften Verhalten" standesrechtliche Maßnahmen gegen an Exekutionen beteiligte Ärzte ergriffen werden. Am 22. März 1995 unterzeichnete Gouverneur Edgar ein neues Gesetz mit der Abkürzung HB 204, das

für Ärzte, die an Hinrichtungen teilnehmen, eine Art gesetzlich festgelegte Ausnahmerolle vorsieht und sie damit außerhalb der ethischen Verpflichtungen, die sonst einem Arzt für eine Tätigkeit auferlegt werden, stellt. Mit diesem Gesetz sollten sie für die Zeit ihrer Beteiligung an Exekutionen von ihrer ärztlichen Berufsethik „freigesprochen" werden. Gleichzeitig wird die Veröffentlichung der Namen von an Hinrichtungen beteiligten Ärzten untersagt, während weiterhin Exekutionen stattfinden. Zwischenzeitlich haben Proteste der Ärzteorganisationen in den USA dafür gesorgt, dass Ärzte bei Hinrichtungen nicht mehr mitwirken. Dafür gibt es nun Helfer.

Ärzte haben im Vergleich zu anderen Berufen besonders große Nähe zu den ihnen anvertrauten Menschen und genießen hohes Vertrauen. Die Patientinnen und Patienten vertrauen ihnen in der Erwartung umfassender Verschwiegenheit Intimstes an. Diese Konstellation bedeutet Macht und damit auch das Risiko des Machtmissbrauchs. Nicht nur durch Ärztinnen und Ärzte selbst sind Patienten gefährdet. Die Bedrohung kommt auch von staatlichen und anderen Institutionen, die zur Erreichung ihrer Ziele Ärztinnen und Ärzte zum Missbrauch ihrer Macht verleiten.

Die Erkenntnis über diese Zusammenhänge hat schon vor mehr als 2000 Jahren Eingang in den so genannten Hippokratischen Eid gefunden mit der Kernaussage: Nihil nocere – niemals Schaden zufügen. Seit jeher wurde dieses Prinzip nicht nur als Mahnung oder Richtschnur für ärztliches Handeln, sondern als bindende Verpflichtung im Sinne eines Eides verstanden.

§ 1 Berufsausübung, Abs. 2: „Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und sich für die Erhaltung der Umwelt als Grundlage der Gesundheit einzusetzen. Der Arzt übt seinen Beruf nach den Geboten der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann."

In der Deklaration von Genf des Weltärztebundes heißt es 1948: „Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein ... Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht im Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden."

In der Deklaration des Weltärztebundes von Tokio von 1975: „Es ist die vornehmste Pflicht des Arztes, seinen Beruf im Dienste der Menschlichkeit auszuüben, die körperliche und geistige Gesundheit ohne Ansehen der Person zu erhalten und wiederherzustellen und die Leiden und das Leid der Patienten zu lindern, die höchste Achtung vor dem menschlichen Leben muss sogar unter Bedrohung aufrechterhalten werden. Ärztliches Wissen darf niemals gebraucht werden, wenn die Gesetze der Menschlichkeit dadurch verletzt würden."

Der Weltärztebund forderte 1986: „berufliche Freiheit heißt, staatliche und soziale Prioritäten außer Acht zu lassen." Diese ethischen Prinzipien und Deklarationen schließen eine Überidentifikation mit dem jeweils herrschenden Staat aus. Ärztliche Verantwortung gegenüber den Patienten hat Priorität gegenüber der Loyalität mit dem Staat.

Die oben genannten Beispiele aus Deutschland sind ein Indiz dafür, wie gefährlich eine unkritische ärztliche Haltung für die Patienten sein kann. Auch wenn diese Beispiele in Ausmaß und Qualität bei weitem die Menschenrechtsverletzungen bei Folter und Todesstrafe nicht erreichen, so handelt es sich doch um Verletzungen der Berufsordnungen und der Deklarationen des Weltärztebundes.

Die Gratwanderung, auf der sich Ärzte dabei bewegen, von der Blutentnahme des Alkoholsünders über Gutachten für Behörden wie hier zur Bestätigung einer so genannten Flugreisetauglichkeit, Altersbestimmung von minderjährigen Asylbewerbern, Zwangsernährung bei Hungerstreikenden bis zu Beteiligung bei Folter muss präventiv bearbeitet und bewusst gemacht werden. Dies um so mehr als sie immer noch nicht Thema in der Ausbildung junger Ärzte ist.

Der vdää fordert die zuständigen Landesärztekammern und die Bundesärztekammer auf, berufsrechtlich gegen Ärzte vorzugehen, die die einschlägigen Resolutionen der Ärzteschaft und die ethischen Grundsätze ärztlichen Handelns verletzen.

Wir fordern die Behörden auf, ausschließlich speziell qualifizierte Ärzte bei der Beurteilung von Flugreisetauglichkeit unter besonderer Berücksichtigung psychotherapeutischer Erfahrung zu ziehen, die das Hauptaugenmerk richten auf die gesundheitlichen Folgen einer erzwungenen Konfrontation mit dem traumatisierenden Kontext.

Wir fordern die Innenminister der Länder auf, den mit der BÄK erarbeiteten und im Dezember 2004 verabschiedeten Informations- und Kriterienkatalog einzuführen und der Ärzteschaft, insbesondere in den Gesundheitsämtern, zur Kenntnis zu geben.

Der am 24. Mai zu Ende gegangene 111. Deutsche Ärztetag hat sich in Ulm mit großer Mehrheit unseren Forderungen angeschlossen

Dr. Winfried Beck
(Mitglied des erweiterten Vorstands)
27. Mai 2008

Presseerklärung des vdää zur Ehrung von H.-J. Sewering durch den Berufsverband Deutscher Internisten

Keine Ehrung für SS-Männer!

Der „Berufsverband Deutscher Internisten“ (BDI) hat vor kurzem den früheren Ärztekammerpräsidenten Hans-Joachim Sewering, (seit 1. November 1933 Mitglieder der SS, Sturm 2/I/31, SS-Mitgliedsnummer 143.000, seit August 1934 Mitglied der NSDAP, Mitgliedsnummer 185.88.05) mit seiner höchsten Auszeichnung, der Günther-Budelmann-Medaille geehrt für seine „Verdienste um die berufliche Unabhängigkeit und die Freiberuflichkeit des Arztes“.

Diese Ehrung fällt fast zusammen mit dem 70sten Jahrestag des Approbationsentzuges jüdischer Ärztinnen und Ärzte durch die Nationalsozialisten (30. September 1938). Mit diesem Gesetz wurde 3152 Kolleginnen und Kollegen die berufliche Existenz entzogen. Dieses Berufsverbot war nur möglich, weil mehr als 50 Prozent der Ärzteschaft Parteigänger der Nazis waren und als Parteimitglieder oder Mitläufer diese Maßnahmen billigten. Sewering als Mitglied von NSDAP und SS hat sich nie zu dem Verhalten der Ärzteschaft im Nationalsozialismus und ihrer damaligen Standesorganisation geäußerst, geschweige denn, dass er Bedauern oder Lernfähigkeit gezeigt hätte.

Noch im Jahr 1993 konnte durch öffentlichen Druck unter anderem durch den vdää, die IPPNW, die American Medical Association und den Jüdischen Weltkongress, verhindert werden, dass Hans-Joachim Sewering auf Vorschlag des damaligen Kammerpräsidenten Karsten Vilmar Chef des Weltärzteverbandes wurde. Zu schwer wogen die Anschuldigungen, dass Sewering verstrickt war in die Machenschaften der Ärzte im NS-Regime, zu klar war die Materiallage der Historiker. (Vgl. z. B. Michael Kater: „Doctors under Hitler“, London 1989)

An diesen Fakten hat sich bis heute nichts geändert, wohl aber anscheinend am historischen Bewusstsein im BDI. Sewering hat sich nach 1945 bis heute weder durch Worte noch durch Taten von seiner Vergangenheit distanziert, Scham geäußert oder sich bei den Opfern entschuldigt. Im Gegenteil. Auch wenn er zu seinen Mitgliedschaften steht, versucht er sich noch heute zu entschuldigen damit, dass man „einfach der Propaganda zum Opfer gefallen“ (Süddeutsche Zeitung vom 27.05.2008) sei und von den Euthanasie-Programmen nichts gewusst bzw. erst im Nachhinein erfahren habe (Ebd.). Genau diese Uneinsichtigkeit ist es, die Sewering für öffentliche Ehrungen disqualifiziert. Wer so mit seiner Vergangenheit umgeht, kann kein Vorbild für junge Mediziner sein.

Der vdää kritisiert die Ehrung Sewerings und fordert den BDI auf, sie zurückzunehmen. Sie ist ein Hohn für die Opfer der ins NS-Regime verstrickten Ärztinnen und Ärzte und setzt das falsche Signal vor allem für junge Kolleginnen und Kollegen. Nachdem die deutsche Ärzteschaft sich auf dem 92. Ärztetag 1989 in Berlin endlich uneingeschränkt zur Schuld der Ärzteschaft in der Nazizeit bekannt hatte, wird nun durch diese Ehrung die historische Uhr wieder zurückgestellt.

Prof. Wulf Dietrich
(Vorsitzender)
Dr. Nadja Rakowitz
(Geschäftsführerin)
29. Mai 2008

Presseerklärung des vdää zur Situation an den Krankenhäusern

Mehr Geld alleine löst nicht die Probleme

Der Deckel muss weg – soll das Fass geöffnet werden?

Trotz einer Finanzspritze durch die Bundesregierung von 3 Milliarden Euro demonstrierten vergangene Woche mehr als 130.000 Beschäftigte aus den Krankenhäusern gegen die unzumutbaren Arbeitsbedingungen in der stationären medizinischen Versorgung.

Der vdää unterstützt vorbehaltlos die Forderungen nach besseren Arbeitsbedingungen.

Doch ist die Situation in den Krankenhäusern in Deutschland zurzeit widersprüchlich. Zum einen gibt es – aufgrund des Kostendrucks im verschärften Wettbewerb – immer weniger Personal für mehr und schwer kranke Patienten. In Deutschland kommen durchschnittlich 20 Patienten auf eine Pflegekraft, im europäischen Durchschnitt sind es 13. Verkürzte Liegezeiten führen dabei noch zu Arbeitskonzentration. Hinzu kommt, dass ca. 20 Prozent der Arbeitszeit für bürokratische Tätigkeiten wie z. B. das Dokumentieren gebraucht werden. Auch dies ist eine notwenige Folge des Wettbewerbs: denn nur was dokumentiert wird, wird auch bezahlt.

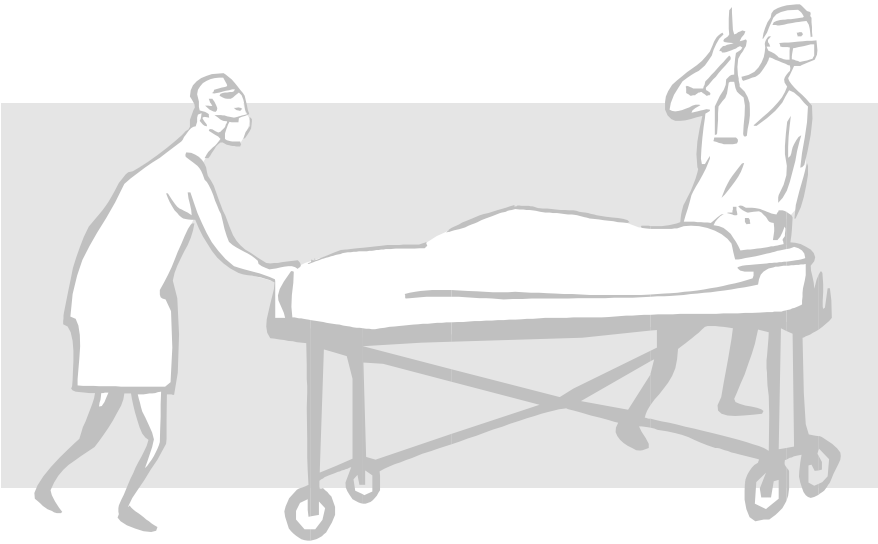
Ebenfalls aus betriebwirtschaftlichen Gründen werden zunehmend Leistungen von hochqualifiziertem Personal an weniger qualifiziertes – und damit schlechter bezahltes – Personal delegiert, andere Arbeiten werden outgesourced und an Fremdfirmen vergeben, in der Regel nicht zum Vorteil der Arbeitsabläufe.

Weil die öffentliche Hand, die Länder und Kommunen, ihren Investitionsverpflichtungen seit langem schon nicht mehr angemessen nachkommen, werden seit Jahren Gelder der Gesetzlichen Krankenversicherung, die eigentlich für Sach- und Personalkosten verwendet werden sollen, für dringend notwendige Investitionen genutzt. Das ist nicht nur gesetzeswidrig, sondern führt zusätzlich zu Personaleinsparungen (seit 2004 hat alleine das ca. 17.000 Stellen im Pflegebereich gekostet!). Die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern sind heute unmenschlich und gefährden das Wohl der Patienten. Deshalb sind dringend Verbesserungen notwendig.

Die nun von der Gesundheitsministerin zugesagten 3 Milliarden Euro, mit denen 21.000 Stellen in der Pflege geschaffen werden sollen, sind vor diesem Hintergrund und angesichts der Stellenstreichungen der letzten Jahre deshalb sicher zu wenig. Es ist außerdem nicht einzusehen, warum dieses Geld den Versicherten der GKV durch eine weitere Beitragssatzerhöhung aufgebürdet werden soll. Hier ist zuallererst die Öffentliche Hand gefordert. Dass die öffentlichen Kassen leer sind, ist weder naturwüchsig noch Zufall, sondern Resultat einer bewussten Politik aller großen Volksparteien in den letzten Jahren, die Arbeitgeber und Unternehmen systematisch von allerlei Steuer„lasten“ befreit hat.

Dies ist aber nur eine Seite der Medaille: Das DRG-basierte Abrechnungssystem in Deutschland zwingt die Kliniken zur größtmöglichen Leistungsausweitung. Je mehr Leistungen erbracht werden, desto höher die Einnahmen; werden nur lukrative Krankheiten behandelt, wird die Kosteneffizienz noch mehr verbessert. Ob diese Leistungen wirklich notwendig sind, spielt hierbei dann keine Rolle. Der Zwang zur Leistungsausweitung ist systemimmanent, da nur der im System überlebt, der viele Leistungen möglichst billig erbringt. Personal ist bei dieser Kalkulation nur ein Kostenfaktor, den es zu reduzieren gilt.

Ob all diese Leistungen medizinisch sinnvoll sind, wird kaum hinterfragt. So haben wir in Deutschland immer noch die größte Dichte an Krankenhausbetten pro Kopf der Bevölkerung im europäischen Vergleich, ebenso wie die meisten Arztkontakte und die höchsten Arzneimittelpreise, ohne dass dabei Versorgung und Gesundheitszustand sichtbar besser wären.



Muss das so sein? Wo ist der Benefit für die Versicherten?

Diese Fragen müssen gestellt werden, wenn noch mehr Geld in das Gesundheitswesen gepumpt und nach dem Gießkannenprinzip verteilt wird. Wir haben eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt, die vorhandenen Mittel reichen aus, die Patienten umfassend und auf höchstem Niveau medizinisch zu versorgen. Solange es keine Kontrolle darüber gibt, wofür das Geld wo ausgegeben wird, hält es der vdää nicht für sinnvoll, einfach nur mehr Geld zu fordern. Markt und Wettbewerb können diese Kontrolle nicht leisten, da sie nicht am objektiven medizinischen Bedarf orientiert sind und sich vielmehr ausschließlich an Geldkriterien orientieren.

Das verkehrt unseres Erachtens aber die Fragestellung: Zuerst muss gefragt werden, welcher Bedarf gemessen an einer guten Patientenversorgung an gut ausgebildetem und ordentlich bezahltem Personal besteht, wie dieses Personal qualifiziert sein muss und welche Geräte benötigt werden. Erst dann kann entschieden werden, wie viel Geld für das Gesundheitswesen gebraucht wird. Dies wäre breit in der Gesellschaft zu diskutieren. Dringlich ist dabei eine Definition und Evaluation von Standards zur personellen Besetzung, zumindest in der Pflege. Unverzichtbar ist auch eine Wiederbelebung der Investitionsförderung durch die Bundesländer.

Überall kann man im Moment von Wirtschaftsexperten Sätze wie diesen lesen: „Das Vertrauen in den Markt ist vollständig erloschen.“ Wann endlich hören wir solche Sätze auch von Gesundheitspolitikern?

Prof. Wulf Dietrich
(Vorsitzender)
30. September 2008

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

"Patient information" by pharmaceutical companies comes up against almost unanimous opposition from civil society

Joint open letter from 18 organisations

- **to the Health Ministers of the Member States**
- **to the Permanent Representatives of the Member States (CoRePers)**

To other stakeholders:

- **Directors of Member State Drug Regulatory Agencies;**
- **Members of the European Parliament;**
- **European Commissioners Verheugen and Vassiliou;**
- **Members of the Pharmaceutical Forum patient information group;**
- **The press.**

Brussels, 5 June 2008

Dear Health Ministers,
Dear Permanent Representatives,

Patient information is on the agenda of the Council of Ministers' of Health meeting scheduled for Tuesday 10 June 2008 (item 16) (Employment, Social policy, Health and Consumer Affairs Council).

We wish to draw your attention to this vital issue, which raises the highly controversial question of the pharmaceutical companies' role in providing "information" to patients (a) (1). The industry's attempts to attain this goal are supported to a large extent by the European Commission (Enterprise and Industry Directorate-General) (b) (2).

Overwhelming opposition from nearly all the stakeholders in the health system

The results of the many consultations on the issue of "Patient information", held by the European Commission (Enterprise and Industry Directorate-General) over 2007 and 2008, have shown that nearly all health stakeholders are overwhelmingly opposed to allowing pharmaceutical companies to communicate directly to the public (1,3).

But, ignoring these findings, the European Commission held a new consultation in February 2008 proposing to allow pharmaceutical companies to provide information on their prescription drugs directly to the public, via all available media (3,4).

The results of this consultation are unequivocal, as is stated in the report by the Commission itself: "*The great majority of the respondents had a view that the ban on direct- to-consumer advertising of prescription-only medicines should be maintained, making sure that there is a clear distinction between advertising and non-promotional information. However, it was agreed that such a distinction is not easy to establish*" (5).

Even pharmaceutical companies have felt that these proposals went too far and were tantamount to advertising! (6)

The "*lack of a coherent distinction between advertising and information"* is a seemingly insurmountable obstacle (**c**). How can a television . information. programme on medicinal products produced by a pharmaceutical firm be any less effective as promotional vehicle than a 30-second ad?

"Information" biased by conflicts of interest

In a highly competitive environment that is subject to the constraints of the financial markets, the pharmaceutical companies will defend their medicinal products to the detriment of other preventive or therapeutic means, which makes the "information" they provide promotional by definition.

Their obvious conflicts of interest were underlined by the majority of respondents to the consultation: 55% of respondents were opposed to any involvement of the pharmaceutical companies in providing information on prescription drugs to the public (**d**).

In total, 70% of respondents (92% of the healthcare professionals, 71% of the patients, 87% of the regulatory authorities, 100% of the consumers and 100% of the payers) stated they were opposed to the companies providing information directly to the public, or "*accused that there is a lack of a coherent distinction between advertising and information*" while at the same time calling for the ban on direct advertising of prescription medicines to be maintained (**e**) (5).

Need for information tailored to each patient

In the light of the lessons learned from the United States (direct-to-consumer advertising) and Europe (advertising to healthcare professionals), nearly all the respondents with no commercial interests at stake are opposed to the deregulation of direct-to-public communication by the pharmaceutical companies as intended by the European Commission.

Many respondents emphasised the importance of developing a more global approach to patient information, in order to take patients. needs fully into account (5).

According to the majority of respondents, informing patients and fulfilling their needs implies a relationship of trust, which is at the core of the healthcare professions (5).

Optimum patient information should enable patients to analyse their concerns, give them a realistic idea of the evolution of their state of health, help them to understand whether further investigations are preferable, whether there are existing treatments and what they can expect from these, and help them share or make informed choices from the available treatment options (7).

For patients to make truly informed choices, they need, above all, reliable comparative data (**f**). Many

patient groups, consumers and healthcare professionals have highlighted that comparisons "*could be very useful for patients and help them to take more responsibility for their healthcare*" (5).

The current legislation is adequate but must be rigorously enforced

The European regulatory framework is clear (articles 86(2) and 88 of Directive 2001/83/EC modified by Directive 2004/27/EC) (**g**). Pharmaceutical companies are already permitted to provide information to the public on diseases. They make the most of the opportunities provided by this framework, often going beyond with disease "awareness" campaigns and even disease-mongering.

The legislation lays down a specific role for the pharmaceutical companies in promoting a better use of medicinal products, and that is to improve the quality and clarity of labelling and the package leaflet (article 59 of Directive 2001/83/EC). Patients and professionals constantly notice that the companies have difficulties in carrying out such a task.

The Commission should be strongly encouraging the application of these provisions in all the EU member states.

One major step forward would be that the pharmaceutical companies' websites systematically refer to the national regulatory authorities' websites, and to the Eudrapharm website at EU level, where the latest updates of official documents are available (**h**).

Conclusion

We recommend that the pharmaceutical industry should refocus its efforts on its core public health role, which is to develop new medicines to meet patients. needs, instead of becoming involved in direct-to-patient communication strategies, the goal of which is to boost sales of medicinal products.

We rely on you to take up this issue and to safeguard the European legislative framework from any hasty modification.

We draw your attention to the fact that the summary of consultation responses, as published by the Commission in May 2008, does not accurately reflect the strong opposition of the majority of stakeholders to the direct communication by pharmaceutical companies to patients about prescription drugs (5).

The risk is that European citizens would be exposed to the excessive promotion of new medicinal products, and this would lead to an increased demand for medicinal products which they do not necessarily need. The burden of the new medical risks and unwarranted health spending (notably the cost of managing adverse effects) thus created would be borne by the community, ultimately jeopardising the long-term financial viability of the Member States' health systems.

Thank you for giving your close consideration to these concerns, which are those of a wider constituency of European citizens.

AGE- The European Older People's Platform
Association Internationale de la Mutualité (AIM)
Bureau Européen des Consommateurs (BEUC)
European AIDS Treatment Group (EATG)
European Forum of Primary Care (EFPC)
European Public Health Alliance (EPHA)
European Social Insurance Platform (ESIP)
European Union of Social Pharmacies (EUPS)
Health Action International (HAI)
Europe International Society of Drug Bulletins (ISDB)
Medicines in Europe Forum (MiEF)
French Council of Pharmacists
Union des syndicats de Pharmaciens d'officine (USPO)
Breast Cancer Action Germany
IPPNW
MEZIS
Verein demokratischer Pharmazeuten und Pharmazeutinnen (VDPP)
Social Audit

Notes

a Reminder: During the adoption of the new regulatory framework for medicinal products in 2004, the European Parliament overwhelmingly rejected the Commission's proposal to remove the ban on direct-to-consumer advertising of prescription drugs by 494 votes to 42, even under the guise of "pilot project" in relation to 3 diseases (diabetes, AIDS, asthma).

In 2002, an explanatory memorandum concerning the 2002 proposal to modify Directive 2001/83/EC clearly laid out the aim of this proposal: "*It is proposed that there should be public advertising of three classes of medicinal products"* (ref. 8). [Editor's note: the Commission itself used the word 'advertising'.]

b On the adoption of the Directive on Medicinal Products 2004/27/EC, the European Parliament and the Council of Ministers asked the European Commission to present an inventory and report on the benefits and risks of the existing patient information system, paying special attention to online information (Article 88a). The European Commission's report published in April 2007 deviated from the Parliament and Council's request by confining itself to information on prescription drugs (and other treatments) and supplying a very incomplete and biased inventory of available sources of information (ref. 2,9).

c In the June 2007 consultation held by the Commission, the pharmaceutical companies themselves acknowledged that the boundaries between the "information" they provide and advertising are not clear (ref. 10). The concept of "*non-promotional information"* pro-

posed by the Commission implies that there is, conversely, information of a promotional nature (ref. 5).

d The figures given in the European Commission's summary are expressed as a percentage of the total number of respondents to the overall consultation, instead of respondents who commented on the question concerned (valid votes). The number of those opposing the firms providing information directly to the public is given as 48%, whereas in fact it is 55%. Overall, the Commission's summary does not accurately reflect the very strong opposition to its proposals as evidenced in the contributions themselves (ref. 11).

e Unsurprisingly, the remaining third of respondents, who stated they were for pharmaceutical companies providing information to the public, was made up of those with commercial interests at stake: 100% of the pharmaceutical companies, and 84% of the media and organisations involved in disseminating information to patients.

f Data relating to a single medicinal product is incomplete and biased if it is not placed in a comparative context and if it is not based on a systematic and exhaustive literature review.

g The current European legal framework does not allow direct-to-consumer advertising of prescription medicines (article 88 of Directive 2001/83/EC modified by Directive 2004/27/EC). However, according to article 86 of this Directive, the ban does not apply to: - "*information relating to human health or diseases, provided that there is no reference, even indirect, to medicinal products*"; - "*correspondence (...) needed to answer a specific question about a particular medicinal product*"; - "*factual, informative announcements and reference material (...) provided they include no product claims*".

h In accordance with the legal obligations on transparency adopted in 2004, one of the drug regulatory authorities' remits is to make available to the public standardised documents designed to be easily understandable and accessible to the public: - package leaflets (article 21 of Directive 2001/83/EC); - assessment reports (article 13 of Regulation (EC) No 726/2004); - and pharmacovigilance data (article 26 of Regulation (EC) No 726/2004).

References

1 HAI Europe and MiEF: "Direct-to-consumer communication by pharmaceutical companies: European Commission pushes ahead despite civil society's opposition." http://www.prescrire.org/cahiers/dossierEuropeCommDirecteEN.php: 2 pages.

2 AGE, AIM, Medicines in Europe Forum, EATG, EPHA, ESIP, HAI Europe, ISDB, Ordre national des pharmaciens français, UEPS, USPO "Information to patients by pharmaceutical companies: has the debate been hijacked?" Open letter from 11 organisations to members of the ENVI Commission of the European Parliament; 31 March 2008. http://www.prescrire.org/docus/OpenLetter11.pdf: 3 pages.

3 AIM, HAI Europe, ISDB, MiEF 3rd open letter to the European Commissioners: .The European Commission's "proposal on information to patients" will boost drug sales not serve patients' interests. http://www.prescrire.org/cahiers/dossierEuropeMedOpenLetter3EN.php: 6 pages.

4 European Commission - Enterprise and Industry Directorate-general "Legal proposal on information to patients" deadline for Public Consultation: 7 April 2008; http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/pharmacos/docs/doc2008/2008_02/info_to_patients_consult_200802.pdf : 10 pages.

5 European Commission "Enterprise and Industry Directorate-general" "Key ideas of a legal proposal on information to patients: summary of the public consultation responses." http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/patients/docs/summary_publ_cons_220508.pdf :11 pages.

6 European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) "EFPIA calls on EU institution to reform patient information rules without further delay" European industry does not support TV, radio, and print mass media for prescription medicines. Press release; Bruxelles : 7 April 2008.

7 Joint Declaration by HAI Europe, the ISDB, BEUC, AIM and the Medicines in Europe Forum "Relevant Health Information for Empowered Citizens" 3 October 2006. http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierNMinfoPatientDeclarationEn.php: 9 pages.

8 "Explanatory memorandum" preceding the draft Directive 2001/0253 (COD) : pages 85-86 of the English version.

9 Moynihan R "EC report on drug advertising found to be "biased"" *BMJ* 2007; 23 June 2007.

10 European Commission "Outcome of the public consultation on a Draft report on current practices with regard to the provision of information to patients on medicinal products. 19 October 2007" http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/pharmacos/docs/doc2007/2007_10/d-34327-summary-of-consultation-responses.pdf.

11 List of responses "Information to Patients - Responses to the Public consultation on the key ideas of a

legal proposal on information to patients" made available online on 14 May 2008: http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/patients/patients_responses_200805.htm.

International and European signatory organisations

AGE. The European Older People's Platform (AGE) is a European network of organisations of people aged 50+ and directly represents over 25 million older people in Europe. AGE aims to voice and promote the interests of the 150 million inhabitants aged 50+ in the European Union and to raise awareness of the issues that concern them most. More info: www.age-platform.org. Contact: annesophie.parent@age-platform.org.

AIM. The Association Internationale de la Mutualité (AIM) is a grouping of autonomous health insurance and social protection bodies operating according to the principles of solidarity and non-profit-making orientation. Currently, AIM's membership consists of 41 national federations representing 29 countries. In Europe, they provide social coverage against sickness and other risks to more than 150 million people. AIM strives via its network to make an active contribution to the preservation and improvement of access to health care for everyone. More info: www.aim-mutual.org. Contact: rita.kessler@aim-mutual.org.

BEUC. BEUC's membership includes 41 well respected, independent national consumer organisations from some thirty European countries (EU, EEA and applicant countries). BEUC, the European Consumer´s organisation, acts as a sort of "embassy" for these organisations in Brussels and its main task is to represent its members and defend the interests of all Europe's consumers. More info: www.beuc.org. Contact: Ilaria.Passarani@beuc.eu.

EATG. The European AIDS Treatment Group (EATG) is a non profit patient organisation. EATG members come from 31 European countries. One guiding principle of EATG is to reflect the diversity of people living with HIV and their advocates.
More information: www.eatg.org.
Contact: nicole.heine@eatg.org.

EFPC. The European Forum for Primary Care is a network of more than 100 organisations and individuals in Europe – and beyond. The aim of the Forum is to improve the health of the population by promoting strong Primary Care. In the Forum, practitioners, policy makers and researchers share experiences, views and information. More info: www.euprimarycare.org Contact d.aarendonk@euprimarycare.org.

EPHA. The European Public Health Alliance (EPHA) is the largest European Platform, representing approximately 100 not-for-profit organisations across the public health community: representations of patient groups, healthcare professionals, public sector bodies, disease-specific organisations, treatment groups, and representatives of the social society. Their memberships include representatives at international, European, national, regional and local level. EPHA.s missions are to protect and promote public health in Europe and to ensure health is at the heart of European policy and legislation. More information: www.epha.org.
Contact: epha@epha.org.

ESIP. The European Social Insurance Platform (ESIP) represents a strategic alliance of over 30 statutory social security organisations across Europe. ESIP's mission is to preserve high profile social security for Europe, to reinforce solidarity based social insurance systems, and to maintain European social protection quality.
More info: www.esip.org.
Contact: esip@esip.org.

Note: ESIP members support this position with the specific exceptions of the International Pension Centre, the Försäkringskassan, the **Sociale Verzekeringsbank** and the Sociálna poistovna since the subject matter covered by this paper falls outside their field of competence.

EUSP. The European Union of the Social Pharmacies (EUSP) is the professional Association of the Social Economy Companies aiming to make, services, medicines and health products accessible to the patients, at affordable conditions, trough a network of 2.000 city-pharmacies in Belgium, France, Italy, The Netherlands, Poland, Portugal, United-Kingdom and Switzerland. More information: www.EuroSocialPharma.org. Contact : mh_cornely@multipharma.be.

HAI Europe. Health Action International (HAI) is an independent global network of health, consumer and development organisations working to increase access to essential medicines and improve rational use. More info: www.haiweb.org.
Contact: teresa@haiweb.org.

ISDB. International Society of Drug Bulletins (ISDB), founded in 1986, is a world wide Network of bulletins and journals on drugs and therapeutics that are financially and intellectually independent of pharmaceutical industry. Currently, their members include 57 members in 35 countries around the world. More info: www.isdbweb.org. Contact: maria.font@ulss20.verona.it.

MiEF. Medicines in Europe Forum (MiEF), launched in March 2002, covers 12 European Member States. It includes more than 70 member organizations representing the four key players on the health field, i.e. patients groups, family and consumer bodies, social security systems, and health professionals. Such a grouping is unique in the history of the EU, and it certainly reflects the important stakes and expectations regarding European medicines policy. Admittedly, medicines are no simple consumer goods, and the Union represents an opportunity for European citizens when it comes to guarantees of efficacy, safety and pricing.
Contact:
europedumedicament@free.fr.

National signatory organisations

FRANCE

French Council of Pharmacists. The French Council of Pharmacists conducts public health missions and promotes the interests of the public and the pharmacist profession. More info: www.ordre.pharmacien.fr. Contact: IBaron@ordre.pharmacien.fr.

USPO. The "Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine" (community pharmacist union) includes 36 unions of French community pharmacists. One of its aims is to promote any actions favouring the public health mission of community pharmacists.
More info: www.uspo.fr.

GERMANY

BC Action Germany. Breast Cancer Action Germany project is a low-budget and non-profit activist/ advocacy group directed by women who have been sensitised to the trauma of breast cancer affecting themselves and other close friends and who are committed - long-term - to erasing the disease.
More info: www.bcaction.de.
Contact: kemper@bcaction.de.

IPPNW. IPPNW is a federation of medical organizations helping to implement a diverse set of programs designed to build a healthier and more secure future. IPPNW affiliates in Europe are part of IPPNW's vast global network of medical professionals and concerned citizens in over 60 countries. As "Physicians in Social Responsibility", IPPNW members work, for example, to improve the health situation of migrants, access to essential medicine or to analyse the influence of the pharma-industry on the health sector.
More info: www.ippnw.de.
Contact : hessmann@ippnw.de.

MEZIS. MEZIS is a German initiative of independent health care providers, which aims to encourage physicians to practice medicine on the basis of rational and scientific evidence, rather than on pharmaceutical marketing. MEZIS discourages the acceptance of all gifts from industry and advises to reassure independence on all levels of medical education. MEZIS´s goal is improved patient care. MEZIS is part of the international "No free lunch" network.
More info: www.mezis.de.
Contact: as@schaeffler.cc.

VDPP. VDPP (Verein demokratischer Pharmazeuten und Pharmazeutinnen), the Association of German Democratic Pharmacists, represents pharmacists with social responsibility. VDPP's main goals are: democratisation of the health system, responsible supply with medicine and consumer-friendly drug law.
More info: www.vdpp.de.
Contact: geschaeftsstelle@vdpp.de.

UNITED KINGDOM

Social Audit. For over 30 years, Social Audit has campaigned to make the drug establishment truly accountable and transparent - but still there is the risk of Pharmageddon, "*the prospect of a world in which medicines and medicine produce more ill-health than health, and when medical progress does more harm than good*". Social Audit aims to investigate and explore that risk and to identify the factors and features that describe it. More info: www.socialaudit.org.uk.
Contact:
charles@socialaudit.org.uk.

Der nächste VDPP-Rundbrief erscheint im Dezember 2008.

Redaktionsschluss ist am 30. November 2008.

Der Vorstand

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

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

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

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

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg
siehe Hessen

Bayern
siehe Hessen

Berlin

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

Brandenburg
siehe Berlin

Bremen

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

Hamburg

VDPP-Geschäftsstelle
Neptun-Apotheke
Bramfelder Chaussee 291
22177 Hamburg
Telefon 040 63917720
Fax 040 63917724
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