

VDPP • RUNDBRIEF

21. Jahrgang

10 / 2009

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
75 INHALT

**Jubiläums-MV 2009 in
Hamburg – Nachlese**

**Der Traum von der
sozialen Pharmazie**

**„World Health Summit“ –
Public Eye on Berlin**

Herbstseminar 2009

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

vor euch liegt der neue Rundbrief, der gemeinsam mit der Extraausgabe zum diesjährigen Apothekertag und dem von der Mitgliederversammlung beschlossenen neuen Programm verschickt worden ist. Es dominiert die Berichterstattung von der MV, die zeigt, dass die Mitarbeit im Verein nicht nur wichtig ist, sondern durchaus auch Spaß machen kann.

Möglichkeiten, sich aktiv zu beteiligen und andere VDPP-Mitglieder zu treffen, bieten u. a. die Alternativveranstaltung zum „World Health Summit“ am 16. Oktober und das Herbstseminar am 7. November in Berlin (S. 26 und 28 in diesem Rundbrief).

Bis dann in Berlin!

Viel Spaß beim Lesen wünscht
das Redaktionsteam

*Redaktionsschluss für den
VDPP-Rundbrief Nr. 76:
30. November 2009*

IMPRESSUM

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

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

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

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

INHALT

Der neue Vorstand stellt sich vor	3	BUCHBESPRECHUNGEN
„ Unterschätzen Sie Ihre Wirkung nicht! “		45 Jahre Pharmazie in Deutschland Ost
Katja Lorenz	4	Ingeborg Simon 30
Der Traum von der sozialen Pharmazie		Zeit-Reisen
Rolf Rosenbrock	8	Regina Schumann 30
Grußworte zur Mitgliederversammlung	12	TERMINE 31
Protokoll der MV 2009		DOKUMENTATION
U. Blöcker / R. Rathmann	13	Spendenaufruf für BUKO-Pharma 31
Rechenschaftsbericht zur MV 2009		BAYER-Klage abgewiesen
Thomas Schulz	15	BUKO-Pharma / CBG 32
Rechenschaftsbericht der Referentin		IgeL-freie Kassenpraxen 34
Katja Lorenz	22	Behandlungsfehlerprozesse 35
Finanzbericht 2008		Der Patient ist eine Ware ...
G. Meiburg / J. Große	23	vdää 37
Finanzplan 2009	24	Offener Brief an Minister Jung
Vorstand 2. August 2009		IPPNW 38
Katja Lorenz	25	„ Gesundes Kinzigtal “
Public Eye on Berlin	26	H. Hildebrandt / W. Witzemath 39
Herbstseminar 2009	28	Der Traum von sozialer Pharmazie
		Christiane Berg 42

Der neue Vorstand stellt sich vor

1976 in Apolda/Thüringen geboren, entschied ich mich nach dem Abitur 1994 erst einmal für eine kaufmännische Ausbildung. Das Pharmaziestudium begann ich 1997 an der Martin-Luther-Universität in Halle/Saale. Nach der Approbation verteidigte ich 2005 erfolgreich meine Diplomarbeit „Tropanalkaloidbiosynthese und Tropinonreduktase II in *Calystegia sepium*“, die ich am Institut für Pharmazeutische Biologie der MLU angefertigt hatte.

Seit Herbst 2005 bin ich als angestellte Apothekerin in der öffentlichen Apotheke in Berlin tätig. Seit einiger Zeit in einer Apotheke mit HIV-Schwerpunkt. Gerade stecke ich in der Endphase der Weiterbildung für onkologische Pharmazie.



Kaum zu glauben, dass schon zwei Jahre im VDPP-Vorstand vorbei sind. Nun denn, ich freue mich auf die nächsten zwei!

Jana Böhme

Und wieder in den Vorstand gewählt. Man hat ja sonst als Rentner nichts zu tun.

Inzwischen bin ich 66 Jahre alt und wohne noch immer in Hamburg, in der Isestraße. Zur Zeit vertrete ich in Hamburg in drei (!) Apotheken.

So viel habe ich im Sommer selbst als Apothekeninhaber noch nie gearbeitet.



Es ist herrlich für mich, in der Apotheke zu arbeiten, ohne die Verantwortung für den Betrieb zu haben. Damit bleibt der Geist fit, und ich als VDPP-Vorstandsmitglied bleibe am Nerv der Gesundheitspolitik.

Das jedenfalls ist meine Meinung!

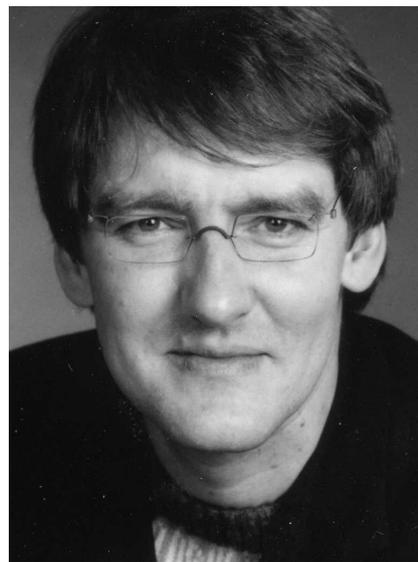
Bernd Rehberg

Die ersten 35 Jahre meines Lebens verbrachte ich in Berlin. In der zweiten Hälfte meines Pharmaziestudiums engagierte ich mich in der Fachschaftsarbeit und fand darüber den Weg in die Fachgruppe Apotheken in der ötv und in die Fraktion Gesundheit.

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

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

Der Standespolitik entkommen schloss ich meine Weiterbildung zum Fachtoxikologen ab und begann meine Wanderzeit: London, Rio de Janeiro und dann wieder London, Dortmund und dann acht Jahre Göttingen. Nach der Habilitation im Jahr 2001 zog es mich dann wieder zurück nach Berlin. 2004 klappte es endlich, seitdem arbeite ich im Bundesinstitut für Risikobewertung und kümmere mich dort um den Tabak.



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

Thomas Schulz

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.

Florian Schulze

„Unterschätzen Sie Ihre Wirkung nicht!“

Die Feier zum 20jährigen Bestehen des VDPP

von Katja Lorenz

Da der VDPP 1989 gegründet wurde, konnten wir diesem an Jubiläen reichen Jahr eine weitere Feier hinzufügen. Im Rahmen der Mitgliederversammlung haben wir unseren 20. Geburtstag am 19. Juni freudig, würdig und von Mitgliedern und Gästen gut besucht begangen!

Die Hamburger Regionalgruppe hatte sich mit der Organisation selbst übertroffen. Das Curio-Haus bildete einen guten Rahmen. Das Catering war sehr gut, der Chor klasse, die Küchenkräfte sehr umsichtig.

Der Vorstand hatte befreundete Vereine und Organisationen, mit denen wir zusammenarbeiten, die Fachpresse und auch unsere ehemaligen Mitglieder und gegenwärtigen Interessenten an unserer Arbeit eingeladen. Das Echo darauf war groß. ABDA, BUKO-Pharmakampagne, VDÄÄ, medico international, Health Action International, Bundesverband der Pharmaziestudierenden, Bündnis 90/Die Grünen, Apothekerkammer Hamburg, Apotheker ohne Grenzen und Bundesverband der Apotheker im öffentlichen Dienst kamen zum Gratulieren

oder schickten schriftliche Grüße. Die PZ berichtete später doppelseitig.

Die Feier begann furios mit dem Vortrag von Professor Rolf Rosenbrock vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Sein Thema hieß: „Der Traum von der sozialen Pharmazie“. Den Vortrag kann man hier im Rundbrief oder auch auf unserer Homepage nachlesen. Den Vortragsstil können wir damit leider nicht transportieren. Eine solche Verbindung von Klugheit, Witz, Ideenreichtum und Lebendigkeit ist selten. Auch hatte ich im Zusammenhang mit den Entwicklungen in der Pharmazie bisher nicht ans Träumen gedacht. Rosenbrocks Zuversicht, die Dinge doch zum Guten bewegen zu können, tat gut und steckte – hoffentlich dauerhaft – an. Plötzlich erschien es wieder sinnvoll und auch ganz leicht einen langen Atem zu haben! Pech für alle, die das verpasst haben!!

Die Überbringung der Grüße der eingeladenen Vereine, Organisationen und Parteien war auch Balsam für die Seele der gestressten und oft wegen des ausbleibenden Er-





folgs der Arbeit genervten aktiven Mitglieder des Vereins. „Unter-schätzen Sie Ihre Wirkung nicht“, war definitiv mein Lieblingssatz dieses Nachmittags. Gesagt hat ihn Götz Schütte, der die ABDA vertrat und weitere schöne Worte für unser Jubiläum fand. Hedwig Diekwisch von der BUKO-Pharmakampagne überbrachte auch die Grüße von HAI und sang sogar für uns! Petra Kolle kam quasi auch zweimal durch die Tür: Sie feierte nicht nur als VDPP-Mitglied mit, sondern gratulierte auch im Namen der Hamburger Apothekerkammer. Unser Mitglied Christl Trischler tat dies ebenso, und zwar für Apotheker ohne Grenzen. Harald Terpe, drogenpolitischer Sprecher der Grünen, fand zwischen zwei Terminen Zeit und wünschte alles Gute. Besonders freute uns auch, dass die Studierenden gekommen waren. (Die Grüße können im Anschluss nachgelesen werden. Durch ein Versäumnis meinerseits sind leider die wunder-



baren Worte von Götz Schütte nicht dabei. Dafür bitte ich um Entschuldigung.)

Wie so oft bei Geburtstagsfeiern werden die besten Gespräche beim Essen geführt. Im Vorraum hatten die Hamburger unsere Ausstellung zu „100 Jahre Frauenpharmaziestu-

dium“ von 1999 aufgebaut. Das Gleiche hatten wir auch mit der Ausstellung „Vertreibung und Vernichtung jüdischer Apotheker“ von 1991 geplant. Diese hatten wir seinerzeit dem Haus der Wannsee-Konferenz überlassen. Dort ist sie bedauerlicher- und unerklärlicher-weise verloren gegangen. So blieben uns nur Fotos davon. Trotzdem konnte hier in den Pausen bei Kaffee-Kuchen-Schnittchen wunderbar geplaudert werden.

Doch das ließ sich alles noch steigern! Für den Abend zog die Gesellschaft in den Hafen und feierte auf einer Barkasse bei einer traumhaft

schönen Hafenfahrt weiter. Nun spielte sogar das Wetter mit und bescherte uns Sonne nebst tollem Untergang. Das Essen war noch besser. Wir mussten uns um nichts kümmern: die Getränke wurden auf Wunsch serviert, die Musik war angenehm. Wir konnten sitzen, schwatzen, schauen. Schließlich kann man ja nicht immer die Welt verbessern. Über die Jahre sind hier viele Freundschaften entstanden. Für mich war der Verein nach der Wende „der Schlüssel zum Westen“. Er hat mir geholfen, in diesem Land anzukommen. Jetzt war also der richtige Zeitpunkt auch einmal sentimental zu werden, auf uns anzustoßen und uns selbst Gutes zu wünschen!

Und am nächsten Tag ging es wieder an die Arbeit.



Der Traum von der sozialen Pharmazie

Festrede aus Anlass des 20-jährigen Jubiläums der Gründung der VDPP
am 20. Juni 2009 im Curio-Haus in Hamburg

von Prof. Dr. Rolf Rosenbrock

Diese Rede zu halten ist für mich nicht nur eine Ehre und ein Vergnügen, sondern auch ein Ausflug in die Vergangenheit: Arzneimittelpolitik stand von Mitte der 70er bis Anfang der 80er Jahre im Mittelpunkt meiner wissenschaftlichen Arbeiten.

Heute beschäftige ich mich mit Public-Health-Politik. Da ist Krankenversorgung ,nur' noch eine von verschiedenen Interventionsformen, und Arzneimittel sind ,nur' eine

gisch fassbare Risikostrukturen, Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten. Dazu gehört auch die Steuerung der Krankenversorgung (R. Rosenbrock 1992).

Gemessen daran erscheinen mir die Definitionen von Sozialpharmazie, die ja mit Public Health starke Überschneidungen aufweist, ohne ein bloßer Teil davon zu sein, zu eng, zu klein – zu wenig träumerisch. Noch hinreichend weit im Allge-

Davon ist auch die Definition abgeleitet, die ich auf der Homepage der VDPP fand (<http://www.vdpp.de/verein/programm/pharmazie/sozialpharmazie.html>, Stand: Juni 2009): „Nach ihrem Selbstverständnis untersucht die Sozialpharmazie jene Beziehungen, die Arzt, Apotheker und Patient untereinander und zum Arzneimittel eingehen und ordnet sie in soziale und ökonomische Zusammenhänge ein.“

Definitionen sind nicht richtig oder falsch, sondern zweckmäßig oder unzweckmäßig. Gestützt auf meine umrisshaften Kenntnisse Ihres Arbeitsfeldes und mit Blick auf mein Fach Public Health halte ich nun folgende Definitionen von Sozialpharmazie für zweckmäßig, sowohl als Startpunkt fürs Träumen als auch für die Erstellung von Forschungs- und Handlungsprogrammen:

Definition: Soziale Pharmazie ist Wissenschaft und Praxis der bedarfsgerechten, zugänglichen und sicheren Versorgung mit bestmöglichen Arzneimitteln für die gesamte Bevölkerung.

Gehen wir die Komponenten dieses Definitionsversuchs stichwortartig durch:

Wissenschaft und Praxis: Soziale Pharmazie als Ausbildungsgang, Wissenschaft und Berufspraxis ist kein Selbstzweck, sondern sie muss Teil sein der Bemühungen um eine dem Stand des Möglichen angemessenen Versorgung. Das setzt – wie bei Public Health – einen besonderen Praxisbezug voraus. Damit will ich zweierlei sagen: Teil der Bemühungen von sozialer Pharmazie muss es sein, die Ergebnisse von Forschung in die Praxis umzusetzen; das ist der Praxisbezug jeder angewandten Wissenschaft. Das



Versorgungskomponente unter vielen anderen, in der GKV immerhin nach dem Krankenhaus die zweit teuerste, gefolgt von der ambulanten ärztlichen Versorgung.

Was ist das nun, „Public Health“?

Public Health ist Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien der Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von Belastungen und Stärkung von Ressourcen. Public Health analysiert und beeinflusst hinter den individuellen Krankheitsfällen epidemiolo-

meinen ist die frühe Definition von Marion Schaefer (M. Schaefer, DAZ 1991): „Sozialpharmazie untersucht die Interaktion von Arzneimittel und Gesellschaft.“ Die ihrerseits auf den seinerzeitigen Generaldirektor der Schwedischen Apothekersozietät, L.-E. Froklöf, Bezug nimmt (L.-E. Froklöf, Pharm. Prax. 1988): „Sozialpharmazie bezieht sich ... auf die Relationen und das Zusammenspiel zwischen dem Patienten und dem Arzneimittel, zwischen dem Pharmazeuten und den Patienten und zwischen dem Arzneimittelversorgungssystem und dem Gesundheitswesen sowie der Gesellschaft als Ganzes.“

sollte andererseits auch bedeuten, Fragestellungen aus der Praxis zusammen mit den Nutzern, Patienten oder auch (Apotheken-)Kunden aufzunehmen, wo immer das möglich ist. Und heißt damit auch: Praxisforschung, Aktionsforschung ist Teil des Methodenarsenals. Theorie und Praxis einer sozialen Pharmazie wird damit zum Bestandteil einer rationalen und humanen Gesundheitspolitik. Das impliziert: Wer die Ziele von sozialer Pharmazie unterstützen will, muss sich auch für die Bedingungen der Möglichkeit des Entstehens und Funktionierens eines solchen Ansatzes interessieren.

Versorgung: Die Versorgung umfasst in meinen Augen nicht nur die ‚Endstufe‘, also die Patientenversorgung, sondern alle Stufen von der Entscheidung (einer Firma, einer Universität) in einer bestimmten Richtung zu forschen (Entscheidung für Forschungsinvestitionen), über die Entscheidung, auf den Markt zu gehen, die Zulassung, Preisbildung bis hin zur Optimierung der ökonomischen und sozialen Bedingungen der Auswahl von und des Zugangs zu Arzneimitteln sowie der Bedingungen der korrekten Einnahme. Nicht nur, aber ganz besonders für diese letzte Stufe gilt die Forderung eines möglichst starken Involvement der Patient/-innen, also auch hier: möglichst starke Partizipation.

Bedarfsgerecht: Bedarfsgerecht bedeutet nicht unbedingt auch bedürfnisgerecht. Bei wissenschaftlich ‚unvernünftigen‘ Bedürfnissen kann ein Konflikt zwischen Bedarf und Bedürfnis entstehen. Diese Abgrenzung wird im Band 1 des SVR-Gutachtens 2001 ausgeführt (Band I: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/056/1405660.pdf>), Bedarfsgerecht heißt auch, Arzneimittel jeweils in Abwägung zu und ggf. in Kombination mit anderen verfügbaren Interventionsformen einzusetzen. Der Begriff ‚bedarfs-gerecht‘ gibt aber zugleich auch Kriterien für die Forschung und Entwicklung vor, denn er lautet nicht ‚markt-gerecht, d. h. nicht umsatzoptimal, sondern eben ‚bedarfs-gerecht.

Zugänglichkeit: Zugänglich meint nicht nur erreichbar in Raum und Zeit und schwellenfrei – physisch und sozial –, zugänglich heißt auch Zugang zum notwendigen Verständnis dessen, was da passiert, und das ist mehr als die Packungsbeilage, ggf. Beratung, aber nicht jede Beratung hat auch Nutzen. Deshalb gilt für Beratung (z. B. durch Apotheker) wie für das Arzneimittel: Sinnvoll ist (und Kassenleistung soll sein), wofür ein Nutznachweis erbracht wurde (Evidenz). Evidenz muss auch verlangt werden zum Nutzen immaterieller und materieller Anreize bei der Steuerung des Patientenverhaltens. Und da besteht eine erhebliche Kluft zwischen wissenschaftlicher Evidenz und gesundheitspolitischer Praxis: z. B. liegt breite und übereinstimmende Evidenz vor zur Unzweckmäßigkeit von Direktzahlungen bei Arzneimitteln und in der Krankenversorgung generell (J. Holst 2008, <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2008/i08-305.pdf>)

Sicherheit: Der Begriff beinhaltet mehr als AMG-Kriterien und GMP; auch die Dosierung, Einnahmehinweise und Interaktionen.

Für die gesamte Bevölkerung: Dieser Ausdruck impliziert equity, im Hinblick auf Arzneimittel also den sozial und ökonomisch undiskriminierten Zugang zu einer qualitativ hochwertigen und vollständigen Krankenversorgung. Dies ist in Deutschland ziemlich weit entwickelt, und das ist ein hohes zivilisatorisches Gut. Die Zustimmung-Quoten in Umfragen zur GKV liegen in der Bevölkerung stets oberhalb von 70 %. Angesichts der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen ist equity ein zentrales Kriterium einer zukunftsfähigen und nachhaltigen Gesundheitspolitik. Soziale Ungleichheit sollte berücksichtigt werden in Hinblick auf physisch, ökonomisch und sozial schwellenfreien Zugang zum Sortiment. Verordnung sollte sensibel sein in Hinblick auf soziale Umstände der Arzneimittel-Einnahme, adherence to therapy ist eine Bringschuld (SVRGutachten 2003, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/005/1500530.pdf>)

Das wäre so ein Traum von sozialer Pharmazie.

Er kann sich nur in Richtung Realität bewegen in einem Gesundheitswesen und gesteuert von einer Gesundheitspolitik, das bzw. die als Management von Gesundheitsrisiken vor und nach ihrem Eintritt verstanden und betrieben wird. Dort wird zuerst geprüft, was und wie präveniert werden kann, Interventionen sollten also im Zweifel möglichst weit upstream ansetzen (R. Rosenbrock 2008, <http://bibliothek.wzberlin.de/pdf/2008/i08-303.pdf>)

Eine solche Gesundheitspolitik landet rasch an den Determinanten, also jenen Faktoren, die hauptsächlich die Verteilung von Gesundheitschancen bestimmen: Einkommen, Arbeit, Bildung, soziale Teilhabe und Vernetzung.

Wo das nicht oder nicht schnell genug geht, folgt als nächsttieferer Interventionsstufe die moderne Prävention und Gesundheitsförderung. Diese ist v. a. manifestiert in Setting-Interventionen, bei denen es darum geht, einen Sozialzusammenhang (Stadtteil, Betrieb, KiTa, Schule, Freizeiteinrichtung, Senioreneinrichtung, aber auch Krankenhaus), möglichst weitgehend und möglichst weitgehend partizipativ nach den Bedürfnissen der Nutzer und stakeholder zu gestalten, seine offenen und verborgenen, materiellen und immateriellen Anreize von den Nutzern und mit den Nutzern unter dem Gesichtswinkel der Gesundheitsförderung zu durchforsten.

Selbst wenn das alles prächtig funktioniert (das ist ein eher irrealer Traum), blieben immer noch genügend Krankheiten – eingetretene Risiken – übrig. Die Diskussion in der französischen Nationalversammlung im Umkreis der Französischen Revolution, was denn nun mit all den Ärzten passieren sollte, nachdem eine gesunde Gesellschaft aufgebaut worden sei, hat sich als zu träumerisch und deshalb gegenstandslos erwiesen.

Im Rahmen von Gesundheitspolitik als Management von Gesundheitsrisiken geht es nach Eintritt des Risi-

kos um Krankenversorgungspolitik: Im Ergebnis soll Gesundheitspolitik dafür sorgen, dass jeder Mensch mit einem Gesundheitsproblem zur richtigen Zeit den richtigen Eingang in die Versorgung findet und dort auf integrierte und nutzerfreundliche vernetzte Strukturen trifft, in denen ihn gut ausgebildete Fachkräfte – unter ergebnisorientierten Anreizen und mit geeigneter Technologie – medizinisch qualitäts-gesichert, freundlich, respektvoll und ressourcenorientiert diagnostizieren, therapieren, rehabilitieren, pflegen und unterstützen.

Auch so ein Traum. Träume sind schön und wichtig. Aber für die Realisierung von Träumen muss man zunächst die gegenwärtige Lage analysieren, und zwar in ihrer Differenz vom Erträumten analysieren, und dann Schritte – how to come from a to b – überlegen. Man muss also zunächst einmal wissen, unter welchen Anreizen und Bedingungen die Akteure stehen, um zu begreifen, warum sie handeln, wie sie handeln, und dann überlegen, unter welchen Anreizen sie stehen müssten, damit sie handeln, wie sie handeln sollten.



In einem Projekt der ‚Vereinigung demokratischer Wissenschaftler‘ haben dies im Hinblick auf die Arzneimittelindustrie in Deutschland vor mehr als 30 Jahren zwei Mediziner und ein Ökonom versucht (V. Friedrich, A. Hehn, R. Rosenbrock 1977: „Neunmal teurer als Gold“).

In der von 1975 bis 1977 durchgeführten Untersuchung zu einer Stufe der AM-Versorgung- der Pharmaindustrie kamen wir auf Basis breiter empirischer Analysen zu dem Ergebnis: Die pharmazeutische Industrie

- richtet Innovationen nach Umsatz und nicht nach Bedarf,
- gibt wesentlich weniger Geld für Forschung aus als behauptet (und bei der Preisgestaltung kalkuliert),
- ist wesentlich weniger innovativ als behauptet,
- richtet Patentpolitik nicht nach den Bedingungen der Weiterentwicklung des Arzneimittelschatzes, sondern am Kriterium der Absicherung des eigenen Geschäftsfeldes aus,
- richtet Zulassungspolitik nicht am Bedarf aus, sondern am möglichen Umsatz,
- betreibt keine saubere Information, sondern Werbung mit korruptiven Komponenten,
- kalkuliert Preise nicht an den Kosten, sondern am Durchsetzbaren,
- instrumentiert Leid und Ängste als Unterstützung für ihre Interessen,
- betreibt alle Formen der legalen und illegalen Beeinflussung der Politik, der Wissenschaft und der öffentlichen Meinung, um diese Bedingungen abzusichern.

Im Ergebnis kam die Studie im Hinblick auf die Arzneimittelversorgung in der BRD zu folgender Kurzformel:

- Zu viel (im Sinne von zu viele Arzneimittel und zu hoher Konsum),
- zu teuer,
- unsicher.

Seither hat sich viel geändert; einiges Wichtige, aber kaum Grundsätzliches.

Die Ausrichtung von Forschung und Innovation hat sich kaum geändert: Das einzige in der Marktwirtschaft durchsetzbare Mittel scheint die Subventionierung der Pharmaindustrie für gesundheitspolitisch erwünschte Innovationen – Stichworte: orphan diseases oder Malaria – zu sein, zum Teil durch direkte Zahlungen aus öffentlichen Mitteln,

zum Teil in Form der berühmten und zum Teil auch berüchtigten Public Private Partnership (PPP).

Seit 1977 sind sicherlich einige Fortschritte bei der Zulassung und Sicherheit in Deutschland erzielt worden: Das Buch ist vor dem Arzneimittelgesetz von 1978 geschrieben worden.

Aber die Sicherheit des Arzneimittels ist noch lange nicht die Sicherheit der Arzneimittel-Versorgung. Eigene Erfahrungen aus der aktuellen Teilnahme an der Ausarbeitung der Deutschen Antibiotika-Resistenz-Strategie (DART) zeigen: Das Problem der Zuvielverordnung von Antibiotika war dort nur im Hinblick auf die Begehrlichkeiten der Patienten zu thematisieren. Nicht als Struktur- oder Anreizfehler im Versorgungssystem.

Größere Fortschritte sind seit 1977 sicherlich auch in der Preis- und Kostenbildung zu verzeichnen: v. a. durch die erfolgreichen Steuerungsinstrumente Festbeträge und Generika. Aber bis heute gibt es noch keine Kontrolle über die Preisbildung für patentierte Arzneimittel, z. B. liegen die Kosten für die HPV-Impfung aktuell zwischen mehr als 450 Euro in Deutschland und ca. 220 Euro (u. a. Schweiz, Dänemark).

Die Kassen sind seit 1977 deutlich stärker geworden. Das ist aktuell zu sehen beim Abschluss von Rabattverträgen. Diese laufen auf kassenspezifische Positivlisten hinaus, mit – für den Patienten kostspieliger – Opt-out-Option. NB: Man hört erstaunlich wenig über damit verbundene Risiken in Qualität und Sicherheit.)

Die heute möglichen Direktverhandlungen zwischen Krankenkassen und Pharma-Industrie wurden zwar schon im Reformkapitel für ‚Neunmal teurer als Gold‘ gefordert, aber dieses Kapitel wurde mir damals von der VDW wegzensiert und erschien ein Jahr später im Jahrbuch für kritische Medizin (R. Rosenbrock, Staatliche Reformpolitik im Gesundheitswesen am Beispiel

der Arzneimittelversorgung, in: Argumente für eine soziale Medizin VIII, Berlin 1979, S. 59-87).

Bis heute jedenfalls haben wir weder eine allgemein gültige Positivliste, noch eine vierte Hürde bei der Zulassung von Arzneimitteln, eine Art Bedarfsprüfung, die auf Dauer den gleichen Effekt hätte wie eine Positivliste und dazu auch noch dynamisch und systematisch angewendet werden könnte.

Wie sieht es aus mit der Information und Werbung seit 1977: Marcia Angells Buch „Der Pharma Bluff“ von 2005 zeigt, dass auch die weltweit führenden Journale, in diesem Fall das New England Journal of Medicine (NEJM), nicht sicher sind vor Korruption und Druck von Pharma-Multis, sowohl darauf bezogen was veröffentlicht wird als auch was nicht veröffentlicht wird. Generell: Das Werbeverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel wird immer wieder versucht zu unterlaufen und auszuhehlen. Derzeit ‚droht‘ mal wieder eine EU-Richtlinie, die den Unternehmen in aller – gespielten – Naivität Informationen für das Publikum erlaubt, Werbung hingegen nicht. EU: das sind eben bis heute v. a. die vier Grundfreiheiten der Freizügigkeit des Verkehrs mit Kapital, Waren, Dienstleistungen und von Personen, die im Zweifel höher gestellt werden als das Gemeinwohl.

Und weltweit? Wer zumindest sporadisch Pharmabrief, Arzneimitteltelegramm und Arzneimittelbrief liest, weiß: im Grunde geht es immer noch seinen alten kapitalistischen Gang, besonders abstoßend oft in armen tropischen Ländern, politisch skandalisiert immer wieder am Kampf um Lizenzen und Preise von Aids-Medikamenten.

Marx zitiert im ersten Band des Kapitals den englischen Gewerkschaftsautor T. J. Dunning: „Kapital ... flieht Tumult und Streit und ist ängstlicher Natur. Das ist sehr wahr, aber doch nicht die ganze Wahrheit. Das Kapital hat einen Horror vor Abwesenheit von Profit,

wie die Natur vor der Leere. Mit entsprechendem Profit wird Kapital kühn: 10 Prozent sicher, man kann es überall anwenden, 20 Prozent, es wird lebhaft, 50 Prozent, positiv waghalsig, für 100 Prozent stampft es alle menschlichen Gesetze unter seinen Fuß, 300 Prozent, und es existiert kein Verbrechen, das es nicht riskiert, selbst auf Gefahr des Galgens.“

Wäre denn die Pharma-Industrie – weltweit hoch konzentriert, bestens organisiert – im Rahmen einer markt- und das heißt gewinnwirtschaftlichen Gesellschaftsordnung

- Regulierbar?
- Kontrollierbar?
- Nutzbar?

Die Antwort hängt von den Antworten auf drei Fragen ab:

1. Gibt es in einem Gemeinwesen, z. B. in Deutschland, eine hinlänglich starke politische und soziale Koalition, die einen zweckmäßigen Rechtsrahmen – bestehend aus Ge- und Verboten sowie aus Anreizen – für die Arzneimittel-Industrie wollen und beschließen könnte, der in Richtung auf eine nachhaltige Bewegung von a nach b, also in Richtung auf eine Orientierung der Pharma-Industrie auf die Ziele der Sozialpharmazie wirkt? Hat der Staat eigentlich diesen Spielraum? (Auch gegenüber anderen Akteuren als Not leidenden Finanzinstituten?)

2. Wäre ein solcher Rechtsrahmen in Deutschland zu implementieren? Also: Sind die Ausweichmöglichkeiten zu verstopfen? Ist zielgerichtetes Handeln herstellbar?

3. Wäre die Pharma-Industrie hinterher immer noch ein im Rahmen der Marktwirtschaft funktionsfähiger und innovationsfähiger Wirtschaftszweig?

Die Frage 3 kann man – mit Blick auf die internationale Varianz der Regulierung dieser Industrie und dieses Marktes – erstmal mit ‚ja‘ beantworten. Probleme liegen eher bei Frage 1 und 2.

Aber die Pharma-Industrie ist ja auch nur ein Player neben Staat, Medizintechnologie- Herstellern, Ärzte-, Pflege- und noch vielen anderen Verbänden, und natürlich der GKV. Alle stehen heute erheblich stärker unter dem Druck der Kostendämpfung als in den 70ern, mit dem ihr immanenten Antrieb zur Ökonomisierung.

Ist Ökonomisierung gut oder schlecht für die Arzneimittelversorgung, für soziale Pharmazie? Streng genommen bedeutet Ökonomisierung die Orientierung der Handlungen und Unterlassungen im Versorgungssystem (Medizin, Pflege, Pharmazie etc.) an den Kriterien der Effektivität einschließlich der Kosteneffektivität. Diese Form der Ökonomisierung ist angesichts stets knapper Ressourcen eine Notwendigkeit und – angesichts der weitgehenden Finanzierung der Versorgung aus solidarisch kalkulierten Zwangsbeiträgen – auch eine ethische Forderung.

Unter Ökonomisierung wird aber meist der Druck in Richtung auf eine Orientierung gesundheitsbezogenen professionellen Handelns von Individuen und Institutionen an ihrer jeweiligen betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung bzw. Gewinnmaximierung verstanden. Ökonomisierung in diesem Sinne wird insbesondere dann deutlich und empirisch nachweisbar, wenn die aus dieser Logik resultierenden Anreize und Handlungsimpulse stärker sind als professionelle Qualitätsstandards, zu denen auch die u. a. aus dem Grundgesetzauftrag resultierende Orientierung an equity gehört.

Eine Ökonomisierung des Versorgungshandelns in diesem Sinne verrät in der Tat die soziale Substanz der Gesundheitspolitik an eine nach Kaufkraft gestaffelte Verteilung von Leistungen, wenn und insoweit ihr nicht durch politische Strategien entgegen gewirkt wird, und ist deshalb ein berechtigter Gegenstand von Sorge und Angst. Nicht nur in der Arzneimittel-Versorgung stellt es ein ungelöstes Problem dar, wie man den Über-

gang von der ‚guten‘ zur ‚bösen‘ Ökonomisierung dauerhaft verhindern kann.

Die angeblichen und tatsächlichen Rationalisierungsreserven – d. h. Einsparungsmöglichkeiten ohne Verzicht auf Qualität, Vollständigkeit und equity in der Versorgung – versucht die Politik regelmäßig dadurch zu bewirken, dass sie Anreize so setzt, dass die Akteure bei ihren Versorgungsentscheidungen schon aus eigenem ökonomischen Interesse mögliche Kosteneinsparungen erkennen und umsetzen. Dazu werden die Akteure regelmäßig aus vorher bestehenden Vorschriften und Auflagen entlassen – es wird dereguliert. Die Erfahrung lehrt allerdings dreierlei:



1. Der richtige Kern dieses Ansatzes ist nicht Wettbewerb und Konkurrenz um jeden Preis, sondern die genaue Festlegung, wer mit welchen Instrumenten um was konkurrieren soll.

2. Deregulierung bedeutet nicht automatisch Vorschriften- oder Bürokratieabbau. Vielmehr zieht jede Deregulierung die Notwendigkeit neuer Regulierung nach sich.

3. Die von der (De-)Regulierung betroffenen Akteure sind auf der Suche nach Ausweichmöglichkeiten und Schlupflöchern meist findiger als die regulierenden Politiker – bei kaum einem der staatlich induzierten Reformversuche wurden die relevanten

erwünschten und unerwünschten Wirkungen vorher richtig eingeschätzt.

Nach der Einführung der Konkurrenz zwischen den GKV-Kassen und der Behebung der schlimmsten Fehlanreize (in Richtung auf Risikoselektion) durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich setzt die Politik nun v. a. auf selektives (im Gegensatz zu gemeinsamem und einheitlichem) Kontrahieren: bei entsprechendem Anreizen kann es hierbei zur erwünschten Konkurrenz um Qualität kommen. Dieser Steuerungsversuch kommt nur schwer in Gang; die Beharrungskräfte sind sehr groß und auch nicht immer rational, siehe z. B. auch die Standespolitik der Apotheken.

Selektives Kontrahieren führt zu unterschiedlichen Versorgungsmodellen und soll das auch. Unterschiedliche Versorgungsmodelle implizieren unterschiedliche Rollen für den Apotheker (um mal wieder auf das Thema des Vortrags zurückzukommen).

In welchen Versorgungsmodellen und unter welchen Anreizen kann die öffentliche Apotheke mehr sein als Abgabestelle für Arzneimittel, könnte sie ein wenig mehr zur Agentur für Sozialpharmazie werden? Also sich in ihrer Funktion in Richtung auf eine gute Krankenhausapotheke – schon in der Vergangenheit oftmals die Leuchttürme rationaler Arzneimittel-Therapie – verschieben? Aktuelle Vorschläge des SVR (SVR-

Gutachten 2009, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>) erörtern, inwieweit Komponenten des in den USA unter gewinnwirtschaftlichen Aspekten zum Inbild von sozialer Selektion und Leistungsverweigerung gewordenen managed-care-Modell im eher gemeinwirtschaftlichen deutschen Kontext zu Qualitätsverbesserungen führen könnten. Dabei liegen im Extremfall Versorgung und Versicherung in einer Hand, zumindest aber die Versorgung soll umfassend über Kopfpauschalen gesteuert werden: Es gibt eine Pauschale für die Behandlung aller Gesundheitsprobleme einer/s jeden Versicherten. Das wirtschaftliche Risiko für die Morbidität wird auf die Versorger übertragen. Dadurch wird dort Ökonomisierungsdruck ausgelöst - auf alle Komponenten des Versorgungsapparates: Ärzte, Krankenhäuser und eben auch Apotheker.

Bei einer Einbindung von Apothekerinnen und Apothekern in ein solches Konzept der integrierten Versorgung erweitert sich der Auftrag der Apotheken. Ins Blickfeld gerät dann z. B. die gemeinsam mit den Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe (z. B. aus dem Bereich der Pflege) umzusetzende und arbeitsteilig organisierte pharmazeutische Betreuung (pharmaceutical care) chronisch Kranker ebenso wie um die Zusammenführung und Bewertung von Versorgungsdaten aus dem privat finanzierten Bereich (z. B. dem Arzneimittelkonsum im Rahmen der Selbstmedikation oder der privaten Verordnungen).

Apotheken werden somit im Rahmen eines solchen Behandlungsnetzes zur integrierten Versorgung zu Beratungszentren in der Arzneimitteltherapie, sowohl für die Ärzte und die Angehörigen anderer Gesundheitsberufe als auch insbesondere für die Patienten und Verbraucher. Und sie sind natürlich auch für die Auswahl und den Einkauf der Arzneimittel für alle Versicherten zuständig.

Ausländische Beispiele zeigen vielfältige Möglichkeiten für Kooperationen, in die Apotheken einbezogen sein können.

In Großbritannien existieren neben den üblichen Aufgaben der Apotheken weiterentwickelte und auch gesondert honorierte Dienstleistungen, wie z. B. der *medicine use review* (MUR), der im Bezug auf die verordneten Arzneimittel eine ausführliche Erläuterung der Einnahmemodalitäten für den Patienten anbietet. Der behandelnde Arzt erhält eine Rückmeldung über das Ergebnis der Beratung.

Im französischsprachigen Teil der Schweiz sind gemeinsame Qualitätszirkel von Ärzten und Apothekern so erfolgreich umgesetzt worden, dass diese Aktivitäten nun landesweit angeboten werden sollen. Diese Qualitätszirkel stehen unter der Leitung eines speziell hierfür im Rahmen einer Weiterbildung qualifizierten Apothekers, der mit den Ärzten an Hand von Verordnungsanalysen über die Verbesserung von Effizienz und Sicherheit in der jeweiligen Arzneimitteltherapie einzelner Ärzte diskutiert.

In Australien wird seit vielen Jahren das Konzept eines *home medicine review* (auch *home medication review* genannt) (HMR) umgesetzt, das auf der Kooperation von Ärzten und Apothekern basiert (S. I. Benrimoj / A. Roberts 2005). Vom Hausarzt werden dem Apotheker solche Patienten genannt, bei denen wegen der Menge oder der Komplexität der verordneten Arzneimittel eine HMR sinnvoll und notwendig erscheint. Der Apotheker führt dann zuhause beim Patienten eine Analyse der im Gebrauch befindlichen Arzneimittel durch und prüft, ob eine Umstellung bei bestimmten Mitteln notwendig ist.

In keinem der hier vorgestellten Beispiele einer qualifizierten Kooperation von Apothekern mit den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten Angehörigen ärztlicher oder nichtärztlicher Gesundheitsberufe spielen Organisationsform und Besitzverhältnisse der Apotheke eine erkennbare Rolle (eigentümergeführte Apotheke, Versandapotheke, Apotheke im Fremdbesitz, wie z. B. eine Kettenapotheke), weder behindernd noch fördernd. Es geht viel-

mehr um die Übernahme von professioneller Verantwortung durch die Apotheker und ihren Beitrag einer arzneimittelorientierten Kompetenz im Rahmen der Kooperation mit anderen Leistungsanbietern. Erkennbar ist allerdings in all diesen Projekten, dass die beteiligten Apotheker bestimmte qualifikationsfördernde Ausbildungs- oder Weiterbildungsmaßnahmen durchlaufen haben und dass die Medikationsübersicht transparent und vollständig vorliegt.

Freilich haben *managed-care*-Modelle wie fast jede gesundheitspolitische Steuerung – und wie auch fast jedes Arzneimittel – neben den erwünschten auch unerwünschte Wirkungen: Es gibt in die-



sem Modell einen ökonomischen Anreiz zur Leistungsverweigerung und zur Ausgrenzung von Patienten, die aus gesundheitlichen oder sozialen Gründen einen höheren Aufwand benötigen. Dem kann durch verbindliche Qualitätssicherung, angemessene Qualifikation der Versorgenden und durch eine Stärkung der Patientenrechte entgegen gewirkt werden.

Aber ob es wirklich möglich ist, einen dauerhaft wirkenden ökonomischen Anreiz durch diese Instrumente wirkungsvoll zu neutralisieren – und damit die Grenze zwischen ‚guter‘ und ‚böser‘ Ökonomisierung aufrecht zu erhalten –, das weiß keiner. Die bisherigen Erfah-

rungen sind gemischt. Klar aber ist, dass Qualitätssicherung dann nicht allein eine Angelegenheit derer sein darf, die von einer als gut bescheinigten Qualität einen ökonomischen Vorteil haben. Das hat das Versagen der Rating-Agenturen bei der Auslösung der jetzigen Weltfinanzkrise wieder einmal sehr deutlich gezeigt.

Es sind also öffentliche und unabhängige Beobachtung und auch Aufsicht gefragt. Und genau darin liegt der keimhafte Wert, der in Ansätzen wie dem § 20 im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen zum Ausdruck kommt, eine der wenigen institutionalisierten Formen von sozialer Pharmazie in Deutschland.

§ 20 Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in NRW:

(1) Der Arzneimittelverkehr auf örtlicher Ebene wird von der unteren Gesundheitsbehörde überwacht.

(2) Die untere Gesundheitsbehörde (Apotheker) soll ... anhand der ihr zur Verfügung stehenden Daten der Arzneimittelkonsum der Bevölkerung beobachten, dokumentieren, analysieren und bewerten. Sie kann dazu Erhebungen durchführen. Auf dieser Grundlage soll sie die Bevölkerung über einen verantwortlichen Arzneimittelkonsum aufklären, informieren und beraten sowie an der Bekämpfung des Drogen- und Arzneimittelmissbrauchs mitwirken.

Es ist also Bewegung im System – mit allen Chancen und Risiken. Für die Verfechter/- innen der sozialen Pharmazie, also auch den VDPP, wird es immer wieder darauf ankommen, die Gefahren aufzuzeigen und die Chancen zu nutzen. Das ist ein unabsehbar langer Prozess. Und ein glückliches Ende ist nicht garantiert. Um die Chancen dafür zu erhöhen, braucht es Vereinigungen wie den VDPP. Ihre Stimme ist als am Gemeinwohl orientierter Ge-

genpart zur Kakophonie der Interessenten unverzichtbar. Ich wünsche Ihnen deshalb für die nächsten Jahrzehnte viele Erfolge als wichtigem Akteur in der wachsenden Schar der Kämpfer für einen dem Stand der Möglichkeiten entsprechenden Umgang mit der Gesundheit der Bevölkerung.

Gewiss löst dies den Traum von der sozialen Pharmazie nicht ein. Vielleicht wird er – wie die meis-

ten Träume – nie wahr. Aber der Traum weist uns die Richtung der Entwicklung und gibt uns Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung und Beeinflussung der Gegenwart. Und außerdem: Wer keinen Mut zu träumen hat, hat keine Kraft zu kämpfen.

Juni 2009

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock, Jg. 1945, Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler, ist Leiter der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und lehrt Gesundheitspolitik u. a. an der Berlin School of Public Health in der Charité Berlin. Seine wichtigsten Themen sind sozial bedingte Ungleichheiten von Gesundheitschancen, Präventionspolitik, Betriebliche Gesundheitsförderung sowie Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung. Er betreibt

seit den 70er Jahren Gesundheitsforschung und Politikberatung und ist u. a. Mitglied im Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR – G), Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Mitglied des Nationalen Aids-Beirates (NAB), Vorsitzender der Landesvereinigung Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. und war von 2006 bis 2008 Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH).

Jüngste Buchpublikationen:

Rolf Rosenbrock / Claus Michel: Primäre Prävention, Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung, Berliner Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2007

Rolf Rosenbrock / Thomas Gerlinger: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Verlag Hans Huber: Bern usw. 2004, 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl. 2006

E-Mail: rosenbrock@wzb.eu

Grußwort von Teresa Alves (Health Action International)

Das Grußwort von HAI wurde von Hedwig Diekwisch (BUKO-Pharmakampagne) vorgetragen.

I am reading out a message that comes from Teresa Alves, the Coordinator of HAI Europe. Some of you may already know Health Action International, the independent network of over 200 people and organizations working in over 70 countries to promote the rational use of medicines. In November last year the VDPP very kindly helped to organise the Annual General Meeting of the HAI Europe network which was held in Berlin, with a preceding seminar focusing on issues regarding ethics of clinical trials.

As Teresa is unfortunately not able to take up the kind invitation of the VDPP to join in this anniversary meeting, she has asked me to give on her behalf, and on behalf of the whole HAI network, her warmest congratulations on the 20th Anniver-

sary! It is a very good sign when an association can remain together for such a long time and we wish the VDPP an every-increasing membership during the next 20 years, and a successful future in helping to achieve access to essential medicines for all people. In particular we will be thinking of Thomas Schulz and Katja Lorenz who were so help-

ful during the time of the HAI meeting last year; we wish them a very enjoyable celebration and hope to keep in touch with them in the coming years.

Happy Anniversary VDPP!

With kind regards,
Teresa Alves.



Grußworte der BUKO Pharma-Kampagne zum 20-jährigen Bestehen des VDPP

von Hedwig Diekwisch

Zunächst einmal möchte ich mich herzlich im Namen aller meiner KollegInnen der BUKO Pharma-Kampagne für die Einladung zum 20. Geburtstag des VDPP bedanken und überbringe hiermit die herzlichsten Glückwünsche. Wir freuen uns, dass es Euch gibt!

In den vergangenen zwei Jahrzehnten haben wir immer wieder kreativ und erfolgreich zusammen gearbeitet. Sei es durch Informationsaustausch, wechselseitige Veröffentlichungen der Anliegen der jeweils anderen Gruppe oder bei der Durchführung von Aktionen und Kampagnen.

Ganz aktuell setzt sich der VDPP gemeinsam mit der BUKO Pharma-Kampagne und vielen anderen deutschen Organisationen für die Erhaltung des Werbeverbotes für rezeptpflichtige Arzneimittel außerhalb der Fachkreise und gegen eine europäische Gesetzesänderung ein, die es der Pharmaindustrie erlauben würde, sich mit Informationen zu Gesundheit, Krank-

heit und rezeptpflichtige Arzneimittel direkt an die VerbraucherInnen zu richten. Und unsere fortlaufende Kritik am Gesetzesvorschlag zeigt Erfolge. Die deutsche Bundesregierung vertritt mittlerweile ebenfalls eine kritische Position und auch der EU-Ministerrat hat vor zwei Wochen das Vorhaben der Europäischen Kommission scharf kritisiert. Eine Entscheidung im Europäischen Parlament steht noch aus und auch hier werden wir gemeinsam unsere kritische Sicht einbringen. Wir wissen alle, dass es oft eines langen Atems bedarf, um etwas zu verändern.

In diesem Sinne hoffen wir, dass wir mit Euch auch zukünftig so gut vernetzt bleiben und so effektiv zusammenarbeiten wie bisher.

Schließen möchte ich die Grußworte – und hier greife ich auf eine spezifische Aktionsform der BUKO Pharma-Kampagne zurück – mit einem Lied zu Ehren Heinrich Zilles. Geschrieben wurde es von Willi Kollo und Hans Pflanzler anlässlich der Einweihung des Zille-Denkmal in Berlin – vorgetragen von Claire Waldoff. Zille hat mit seinen pointierten Zeichnungen die Zustände im Berlin der 1920er Jahre immer wieder kritisiert, den Finger in die Wunde gelegt und mit seinen Bildern der Gesellschaft den Spiegel vorgehalten. Insofern kann Zille uns auch als Vorbild dienen als jemand, der sich nicht einfach wort- bzw. bei Zille bilderlos – mit den gesellschaftlichen Zuständen abfinden wollte.

So wünscht die BUKO Pharma-Kampagne dem VDPP für die Zukunft einen noch größeren Bekanntheitsgrad nämlich – um im Lied zu bleiben – „von N.O. bis JWD“ und immer „Schnauze vorneweg, Herz am rechten Fleck“ – und in diesem Sinne Ausdauer, Kraft und Kreativität für die gesteckten Ziele.

Das war sein Milljöh (Das Lied vom Zille)

Aus'm Hinterhaus
schauen Kinder raus,
blass und ungekämmt
mit und ohne Hemd.
Unten auf'm Hof
ist ein Riesenschwoof.
Und ich denk mir so beim Geh'n:
Wo hast Du das schon geseh'n?

Das war sein Milljöh
Das war sein Milljöh.
Jede Kneipe und Destille
kennt den guten Vater Zille.
Jedes Droschkenpferd
hat von ihm gehört.
Von N.O. bis J.W.D. –
Das war sein Milljöh.

Dieses kleine Lied,
das wir still Dir weih'n,
will nicht, wie man sieht,
literarisch sein.
Gleichfalls strebt es nicht
nach des Reichtums Gunst.
wenn es nur zum Herzen spricht,
dieses Straßenkind der Kunst.

Denn auch sein Milljöh
war einst dein Milljöh,
wie die Welt durch deine Brille
dir erschienen, Vater Zille.
Ruhst im letzten Haus
nun vom Leben aus,
von der Menschen Lust und Weh,
das war sein Milljöh.

(Willi Kollo / Willi Kollo, Hans Pflanzler, © Verlag Willi Kollo (Edition Meisel GmbH))



Kollegen.
"Herr Doktor, ich habe eine Biochemische
Hausapotheke und da ist mein 5-jähriger
Wolfgang über Berggefallen und hat alles
aufgegessen - o Gott - o Gott - ! -"
"Hat er denn die Sipharkeln auch mit
aufgegessen?"
"Nein." "Na denn schadts ihm nicht!"

Herzlichen Glückwunsch!

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wie der VDPP ist der 1986 gegründete Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ) entstanden aus der kritischen Gesundheitsbewegung der 70er und anfänglichen 80er Jahre. Viele unserer Gründungsmitglieder waren im Laufe der Studentenbewegung politisiert worden, manche waren in der ÖTV gewerkschaftlich organisiert. Dies verweist auf gemeinsame Wurzeln unserer Vereine. Wir wählten das „demokratisch“ in unseren Vereinsnamen in bewusster Abgrenzung zu den Standesorganisationen. Wir sahen darin eine Aufforderung für eine Demokratisierung des Gesundheitswesens einzutreten, denn dieses sollte vorrangig den Interessen der Bevölkerung dienen. Jede und jeder sollte an dem solidarisch finanzierten Gesundheitswesen entsprechend den individuellen medizinischen Erfordernissen teilhaben können.

In den folgenden Jahren ergaben sich in der Arbeit zahlreiche Berührungspunkte zwischen unseren Organisationen. Besonders deutlich

wurde dies in der gemeinsamen Herausgabe der "Perspektive Gesundheit. Thesen und Vorschläge zur aktuellen Gesundheitspolitik" 1998. Blättert man heute dieses Büchlein durch, ist man erstaunt, welche – damals in der Öffentlichkeit eher am Rande behandelten Themen – aktuell in den Fokus der gesundheitspolitischen oder auch gesellschaftlichen Diskussion gerückt sind. Erinnert sei hier beispielsweise an die Thematik Patientenrechte und Partizipation von Patienten. Patientenbeteiligung in gesundheitspolitischen Gremien gilt heute – zumindest verbal – als Selbstverständlichkeit und wird in Ansätzen umgesetzt.

Manche unserer damaligen Forderungen sind mittlerweile fest etabliert; wie das umfassende Qualitätsmanagement in Apotheken, Praxen und Kliniken. Hier ist kritisch zu hinterfragen, ob diese Art der Umsetzung unseren damaligen Vorstellungen gerecht wird.

In dem letzten Jahrzehnt hat sich trotz aller Veränderungen an der Dominanz des Anbieterkartells

aus Medizinern, pharmazeutischer und medizintechnischer Industrie im Gesundheitswesen wenig geändert. Die Marktmacht der pharmazeutischen Industrie ist ungebrochen. Im Gegenteil verweisen die wiederholten Versuche der EU-Kommission, das Direktverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel zu lockern, darauf, diese noch auszubauen.

Das gesamte Gesundheitswesen ist zunehmend nach betriebswirtschaftlichen Kriterien organisiert. Der Wettbewerb unter den Akteuren soll die Probleme lösen. In solchen Zeiten erscheint es besonders wichtig, einen Verein zu haben, der für sein Berufsfeld soziale und solidarische Alternativen formuliert. Wünschenswert wäre für die nächsten 20 Jahre wieder eine engere Kooperation zwischen VDPP und VDÄÄ, um beispielsweise auf die Gefahren und Nebenwirkungen der aktuellen Gesundheitspolitik hinzuweisen.

Dr. med. Bernhard Winter
für den vdää

Grußwort des Bundesverbandes der Apotheker im Öffentlichen Dienst (BApÖD)

Ich gratuliere dem VDPP deshalb auf diesem Wege zu seinem 20-jährigen Bestehen.

Anders als in den Kammern, in denen jede Apothekerin/jeder Apotheker Pflichtmitglied ist, organisieren sich Kolleginnen und Kollegen in anderen Berufsverbänden auf freiwilliger Basis. Die Bereitschaft zum Engagement ist dabei oft auch mit zusätzlichen Kosten/Beiträgen verbunden.

Da sich Kolleginnen und Kollegen nicht ausreichend durch ABDA/BAK vertreten sahen, haben Apothekerinnen und Apotheker u. a. in Tätigkeitsfeldern außerhalb der öf-

fentlichen Apotheken in neuen Verbänden zusammengeschlossen: AdKA, WIV, BApÖD.

Diese Verbände sehen Ihre Aufgabe insbesondere in der Interessenvertretung ihrer Mitglieder in ihren Tätigkeitsfeldern.

Nach meiner Einschätzung unterscheiden sich diese Verbände deutlich vom VDPP, der seit seiner Gründung Apothekerinnen und Apotheker aus allen Gebieten zusammenführte, die ein fachliches Interesse mit einem gesamtpolitischen Interesse verband. Mit begründeten, fachlichen Vorschlägen war und ist nicht selten auch deut-

liche Kritik an bestehenden Strukturen im Gesundheitswesen verbunden.

Ihre Vorschläge zum Versandhandel und zu Pick-up-Stellen in den letzten Monaten waren gut begründet und fanden im Gesetzgebungsverfahren dennoch keine Berücksichtigung.

Ich wünsche Ihrem Verband weiterhin engagierte Mitglieder und Erfolg in ihrer Arbeit zum Wohle einer ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln.

Beste Grüße
Dr. Gerd Mattern
(Vorsitzender des BApÖD)

Protokoll der VDPP-Mitgliederversammlung vom 20. bis 21. Juni 2009 in Hamburg

Anwesend: siehe Anwesenheitsliste

Samstag, 20. Juni 2009

Thomas Schulz eröffnet die MV fast pünktlich und stellt fest, dass form- und fristgerecht eingeladen wurde und die MV somit beschlussfähig ist.

TOP 1: Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn

Leitung: Jana Böhme
Protokoll: Uschi Blöcker für Samstag, Renate Rathmann für Sonntag

Jana übernimmt die Leitung und nach einer Vorstellungsrunde – nicht jeder kennt jeden – beginnt die Arbeit.

TOP 2: Bestätigung der Tagesordnung

Die Tagesordnung wurde ohne Änderungen genehmigt. Für TOP 15 wurden MV 2010, Frauenseminar, Herbstseminar und Armutskongress vornotiert.

TOP 3: Genehmigung des Protokolls der letzten MV (siehe RB 71)

Das Protokoll wurde ohne Änderungen genehmigt.

TOP 4: Bestätigung von neuen Mitgliedern

Zwei neue Mitglieder: Ute Heinrich Gräfe aus Dresden und Daniel Fleer aus Sieburg, der anwesend ist und sich selbst vorgestellt hat. Beide wurden einstimmig in den Verein aufgenommen.

Drei Austritte gab es im Geschäftsjahr ebenfalls aus gesundheitlichen Gründen und wegen Eintritts in den Ruhestand.



TOP 5: Rechenschaftsbericht des Vorstands

Thomas Schulz trug den Rechenschaftsbericht des Vorstands vor (siehe Anlage, S. 19 in diesem Rundbrief).

TOP 6: Bericht der Referentin

Der Bericht von Katja Lorenz ist ebenfalls im Anhang zu finden (Seite 22 in diesem RB). Die Zusammenarbeit mit dem Vorstand klappt sehr gut

TOP 7: Diskussion zu TOP 5 und TOP 6

Der Newsletter wird als sehr gut empfunden. Udo zum geplatzten Herbstseminar: ein Externer kann die Vorbereitung kaum leisten – nur eigene inhaltliche Vorbereitung ist möglich – das finden auch Thomas und Katja und schlagen vor, dass die Ideengeber in Zukunft das Konzept vorgeben und Referentenkontakte herstellen. Organisation, Raumplanung, Catering = Organisation des Umfeldes übernimmt der Vorstand. Herbstseminar 2009: wird auf der konstituierenden Sitzung des neuen Vorstands im Anschluss an die MV am Sonntag

schon mal angedacht. Ein Entwurf für eine neue Beitragsordnung liegt schon in der Schublade, soll auf der nächsten MV 2010 abgestimmt werden. Dieses Jahr sollen die Mitglieder zu einer freiwilligen Aufstockung der Mitgliedsbeiträge animiert werden.

TOP 8: Kassenbericht

Der Finanzbericht 2008 liegt allen vor, Rundbrief 74, Seite 20 und wird von Jürgen kurz erläutert.

Bei einem jährlichen Unterschuss von ca. 5000 Euro sind unsere Finanzen am 31.12.2012 erschöpft – es steht dringender Handlungsbedarf, Spenden einzuwerben und die Mitgliedsbeiträge zu erhöhen.

TOP 9: Bericht der Rechnungsprüfer

Jürgen Große und Thomas Hammer haben alle Belege und die Buchführung überprüft, es gab keinen Anlass zu Beanstandungen. Es wurden keine Gelder für satzungsfremde Zwecke ausgegeben.

Bei der Diskussion wurde noch einmal die Erhöhung der Mitgliedsbeiträge als sehr dringend herausgestellt.

**TOP 10:
Entlastung des Vorstands**

Bei vier Enthaltungen wurde der Vorstand entlastet.

**TOP 11:
Wahl des neuen Vorstandes**

Dieser TOP wurde von Jürgen Große moderiert.

Einstimmig wurde beschlossen, dass vier Vorstandsmitglieder gewählt werden.

Jana Böhme, Florian Schulze, Thomas Schulz und Bernd Rehberg stellten sich erneut zur Wahl. Einstimmig wurde eine offene Abstimmung beschlossen.

Einstimmig beschlossen bilden diese vier den neuen Vorstand. Die Gewählten nehmen die Wahl an.

**TOP 12:
Entlastung und Wahl der Rechnungsprüfer**

Die Rechnungsprüfer Thomas Hammer und Jürgen Große wurden mit 22 Stimmen und 2 Enthaltungen entlastet und stellten sich wieder zur Wahl.

Mit 23 Ja-Stimmen und einer Enthaltung behielten sie ihr Amt.

**TOP 13:
Vorstellung des Entwurfs des überarbeiteten Programms,**

Diskussion und Verabschiedung

Die Programmüberarbeitung war auf der MV 2007 in Hannover beschlossen worden. Jedem Mitglied war die Möglichkeit zur Mitarbeit gegeben.

Im Januar 2009 fand ein Programmseminar in Berlin statt und alle Mitglieder wurden immer wieder über E-Mails vom Stand der Diskussionen informiert und zur Stellungnahme aufgefordert. Dank vor allem an Regina und Katja.

Die Neufassung wurde allen Mitgliedern mit dem Rundbrief 74 zugesandt. Schriftliche Anträge für Änderungswünsche liegen nicht vor.

Das Layout wird nach der Verabschiedung durch die MV noch einmal nachgearbeitet, außerdem wird noch einmal professionell Korrektur gelesen.

Kapitelweise wurde der vorliegende Entwurf noch einmal diskutiert und kleine Änderungen beschlossen. Teilweise wurde über Verbleib oder Streichung einzelner Sätze abgestimmt.

Katja nahm die Änderungswünsche sofort in den vorliegenden Programmwurf auf.

14 Uhr 40 – Beendigung des ersten Teil der MV 2009 und Beginn der Feier zum 20. Jahrestag der Gründung des VDPP.

Sonntag, 21. Juni .09

**TOP 13
Programmwurf Fortsetzung**

I Pharmazie und Berufsalltag

1. Die öffentliche Apotheke, Apotheke heute, Apotheke der Zukunft, Apotheke und Arzneimittelpolitik: keine Änderungen.

2. Sozialpharmazie und Verbraucherschutz

Es wird angeregt die Definition von Prof. Rosenbrock für Sozialpharmazie zu übernehmen und den Begriff Pharmahersteller durch „Pharmazeutische Industrie“ zu ersetzen (zweiter Punkt). Beides soll bei der letzten Überarbeitung diskutiert werden.

3. Krankenhauspharmazie
Ebenfalls bei der letzten Überarbeitung soll ggf. eine Forderung eingearbeitet werden bezüglich eines angemessenen Verhältnisses von Apothekern zur Patientenzahl im Krankenhaus. Der Vorschlag, zur Ökonomisierung der Krankenhausapotheken Stellung zu nehmen, wird verworfen.

4. PharmazeutInnen in anderen Berufsfeldern
Der letzte Satz des ersten Absatzes wird gestrichen, der letzte Satz des vorletzten Absatzes wird umformuliert, im letzten Absatz wird nach „Gesundheitsdienst“ eingefügt: „in der PTA-Ausbildung“

5. Berufliche Qualifizierungen
Der letzte Satz des ersten Absatzes wird gestrichen.

6. Frauen in der Pharmazie
Ohne Anmerkungen bzw. Änderungen.

7. Standespolitik
Punkt 2: in der Formulierung soll deutlich werden, dass der Apothekertag den Haushalt beschließen soll.

II Pharmazie und Gesellschaft

1. Gesundheitspolitik
Zum Punkt „Der Arzneimittelbegriff ...“ schlägt Ingeborg eine andere Formulierung vor, die beinhaltet,



dass die Behörden auf Grund finanzieller und personeller Rahmenbedingungen den Markt nicht mehr überwachen könnten. Auch der letzte Punkt („Neue Vertriebsformen ...“) muss umformuliert werden. (Formulierungen bei der Referentin)

2. Geschichte der Pharmazie

Die Formulierung bezüglich der „... Zwangsarbeiter der IG-Farben ...“ sei zu schwach (Udo). Nach längerer Diskussion beendet ein Antrag zur Geschäftsordnung die Debatte (drei Gegenstimmen). Udo wird um eine konkrete Änderungsformulierung gebeten; mit großer Mehrheit bei einer Enthaltung angenommen.

3. Globale Arzneimittelversorgung und geistiges Eigentum

Diskutiert wird eine Position des VDPP zum Zivilschutz, der Vorschlag nicht weiter verfolgt.

5. Umweltschutz

Der letzte Punkt wird umformuliert. (Formulierungen bei der Referentin)

6. Bioethik

Zwei kleine Änderungen erfolgen (Absatz nach „Regenerationsmedizin“; Jahresangabe 2008 statt „letzten Jahres“) die auf Seite 13 unten genannten Firmen werden nicht namentlich aufgeführt in einem weiteren Punkt soll die Unterstützung des „Gen-ethischen Netzwerks“ formuliert werden.

Abstimmung: bei zwei Enthaltungen angenommen.

Es folgt die **Abstimmung über das Programm** mit den beschlossenen Änderungen: keine Gegenstimme,

Es wird diskutiert, dass so eine öffentliche Präsentation gepflegt werden muss. Katja erklärt sich bereit, die Inhalte – sofern erforderlich – zu aktualisieren; dies könnte in die Vorstandsarbeit aufgenommen werden. Abstimmung: ohne Gegenstimmen bei einer Enthaltung angenommen.

Die Homepage des VDPP wird oft besucht, es gibt öfter Anfragen zu den Tätigkeiten des Vereins und zu allgemeinen Fragen der Pharmazie.

Anlässlich des Apothekertages 2009 ist wieder eine Extra-Ausgabe des Rundbriefs vorgesehen. Alle werden um Anregungen bzw. Artikel gebeten.

TOP 15 Arbeitsschwerpunkte

Das **Herbstseminar** soll sich mit dem Themenbereich Apotheke und Sozialpharmazie bzw. Gesundheitsförderung befassen. Es soll am 7. November stattfinden (trotz bezüglich des Termins geäußelter Kritik wegen der zu erwartenden Feiern zum 20. Jahrestag des Mauerfalls); als Zeitrahmen ist 11 bis 16 Uhr angedacht.

Udo schlägt als Referenten vor: einen von dem Themenaspekt Betroffener, z.B. aus der Gruppe der Behinderten, von der Landesvertretung Herr Kroetsch aus Bayern, den Experten Gerd Glaeske sowie einen Referenten, der ein erfolgreiches Projekt vorstellt, z. B. vom „Netzwerk Diabetes“ aus Krefeld. Udo und der Vorstand kümmern sich um potentielle Referenten (dies sollte bis zum 30. Juni erfolgen!). Die Moderation könnte ein VDPP-Mitglied übernehmen, oder Stefan Pospiech wird vorgeschlagen.

Für eingeladene Presse sollte eine Pressemappe vorlegt werden; Christiane erklärt sich bereit, dies zu übernehmen. Zusätzliche Kosten für das Seminar sind im Finanzplan einzubauen. Abstimmung: einstimmig angenommen, ohne Enthaltungen. Der **Armuts- und Gesundheitskongress** findet am 4. und 5. Dezember statt, veranstaltet von



Die Abkürzungen TRIPS und IGWG müssen (einmal) ausgeschrieben werden. Weitere Änderungen auf Vorschlag von Ingeborg: 3. Absatz: Statt „Sie behindern ...“: „Die Patente behindern ...“ / 4. Absatz: Streichung des Textes in der Klammer / 5. Absatz: der letzte Satz wird umformuliert (Formulierungen bei der Referentin) 4. Frieden und Gesundheit 2. Absatz: „Wir achten ...“ ist anders zu formulieren. Der letzte Satz sollte gestrichen werden.

Abstimmung: angenommen bei fünf Nein-Stimmen und drei Enthaltungen.

keine Enthaltungen. Damit ist das neue Programm des VDPP einstimmig angenommen.

Alle Anwesenden danken den Mitgliedern, die besonders viel Arbeit in den Entwurf investiert haben, insbesondere Christiane, Jana und Regina!

TOP 14 Öffentlichkeitsarbeit

Gudrun Hahn schlägt vor, dass sich der VDPP in der „Bewegungstaz“ vorstellt, einer Initiative der „tageszeitung“, Adresse: www.bewegungstaz.de



Gesundheit Berlin e. V.; Veranstaltungsort ist das Schöneberger Rathaus. Ingeborg referiert darüber. Er wird von sachkundigem Publikum besucht. Pro Kurs sind zwei Moderatoren zu nennen, es besteht noch Bedarf. Udo ist beteiligt zum Thema „Apotheken: Ihr sozialpharmazeutischer Auftrag und ihr Potential für die Gesundheitsförderung“; voraussichtlich wird ein Projekt aus NRW dargestellt.

Es wird diskutiert, ob und warum der VDPP sich beteiligen sollte; es bietet sich an, das Wesen der Sozialpharmazie darzustellen oder die Probleme der Selbstmedikation zum Thema zu machen. VDPP und VDÄÄ könnten an einem gemeinsamen Tisch auftreten.

Abstimmung: bei zwei Enthaltungen wird befürwortet, dass sich der VDPP beteiligt.

Zum **Frauenseminar 2010** schlägt Ingeborg ein Mai-Wochenende vor; das Thema sollte aus dem Bereich „Frauen und Gesundheit“ gewählt werden, als Ort schlägt sie ein Kloster im Nordharz vor (Kosten pro Person 29 Euro). Zusätzliche Kosten müssen im Finanzplan eingeplant werden. In längerer Diskussion wird gefordert, das Thema genauer zu formulieren und die Verantwortlichkeiten zu konkretisieren (z. B. die Suche nach Referentinnen), alle Interessenten werden dazu aufgefordert. Entscheidungen sollen in den nächsten zwei Monaten fallen.

Die Abstimmung über dieses Verfahren findet breite Zustimmung, ohne Gegenstimme bei vier Enthaltungen.

Eine Änderung der **Apothekenbetriebsverordnung** ist in diesem Jahr zu erwarten; Udo schlägt vor, dass der VDPP eine Arbeitsgruppe einrichtet, in der sich Interessierte mit den geplanten – oder aus Sicht des VDPP vorzunehmenden – Änderungen befasst. Jürgen Große erklärt sich bereit, eine Mailing-Liste einzurichten, in der inhaltliche Vorarbeit stattfinden kann. Die Hamburger Gruppe wird gebeten, die Diskussionen inhaltlich vorzubereiten.

Es wird einstimmig beschlossen, so zu verfahren.

Sollte es eine/n **Fachapotheker/in für Public Health** geben? Christiane regt die Diskussion dazu an; es wird beschlossen, dass die Regionalgruppen sich damit befassen.

Welche Modelle gibt es zur **Vernetzung der Heilberufe**? Auch dies soll den VDPP weiter beschäftigen. Das „Kinzigtal-Projekt“ könnte genauer betrachtet, ggf. von Helmut Hildebrandt im Rundbrief dargestellt werden.

Bei einer Gegenstimme, ohne Enthaltungen, wird beschlossen, diesen Arbeitsschwerpunkt im Blick zu behalten.

Die **MV 2010** soll vom 18.-20.6.2010 im Raum Erfurt, Halle oder Weimar stattfinden; der Vorstand sucht eine geeignete Tagesstätte und übernimmt weitere Planungen.

Auf dem **Apothekertag in Düsseldorf**, 24.-26. September, sollte der Verein wieder präsent sein. Es gelingt nicht, Personen zu benennen.

Der Antrag auf Schluss der Debatte wird ohne Gegenrede angenommen und der Vorstand wird aufgefordert, sich mit der Beteiligung am Apothekertag zu befassen.

TOP 16 Anträge

Es liegen keine Anträge vor.

TOP 17 Finanzplan

Der Finanzplan 2009 wird von Jürgen Große erläutert. Eine Steigerung auf der Einnahmenseite ist dringend erforderlich. Folgende Änderungen werden vorgenommen:

1. Einnahmen: Beiträge 11500 Euro, Spenden 2500 Euro.
2. Ausgaben: Öffentlichkeitsarbeit (nur) 1000 Euro, Geschäftsstelle 6000 Euro, davon 4000 Euro Personalkosten und 2000 Euro Sachkosten.

Alle Mitglieder werden gebeten, bereits jetzt ggf. ihren Jahresbeitrag freiwillig zu erhöhen und/oder in 2009 zu spenden. Der Vorstand wird diesbezüglich ein Bittschreiben versenden.

Abstimmung über den Finanzplan 2009: bei einer Enthaltung angenommen. (Siehe S. 24)

TOP 18 Verschiedenes

Es gibt keine Meldungen.

Jana dankt allen Anwesenden für den gelungenen Ablauf der Mitgliederversammlung; besonderer Dank geht an die Referentin des Vereins Katja Lorenz und an Gudrun Meiburg von der Geschäftsstelle für ihre im vergangenen Jahr geleistete Arbeit.

Uschi Blöcker, Renate Rathmann (Protokollführerinnen)

Jana Böhme (Versammlungsleiterin)

Rechenschaftsbericht zur Mitgliederversammlung 2009

Der Berichtszeitraum umfasst ein Jahr (Juni 2008 bis Juni 2009). Der Vorstand traf sich fünfmal. Der Rundbrief erschien viermal.

Die Vorstandsarbeit wurde durch die Wahl eines weiteren Mitgliedes gestärkt, wir arbeiten nun nicht mehr mit dem absoluten Minimum sondern sind – dank Florian Schulze – vier Vorstandsmitglieder. Es wäre allerdings wünschenswert, wenn der VDPP seinem Anspruch nach gleichberechtigter Repräsentanz von Frauen im Vorstand gerecht werden würde und das dritte Jahrzehnt der Vereinsarbeit mit einem entsprechend gestärkten Vorstand beginnen könnte.

Im Einzelnen fanden die Vorstandssitzungen statt am:

17.08.08 in Berlin,
05.10.08 in Berlin,
13.12.08 in Berlin,
21.02.09 in Berlin und am
03.05.09 in Berlin.

Die Sitzungsorte der Vorstandssitzungen machen deutlich, dass sich die Vorstandsarbeit nach Berlin verlagert hat, drei der Vorstandsmitglieder kommen aus Berlin und Bernd Rehberg als Hamburger war zumindest im ersten Teil der Amtszeit des Vorstandes auf dem langen Weg nach Santiago de Compostela. Leider ist in Berlin das Interesse der Mitglieder an einer Teilnahme an den Vorstandssitzungen nach wie vor gering. Als Vorstand möchten wir daran erinnern, dass wir den Anspruch, den wir im Vereinsnamen tragen, ernst nehmen und die interessierten Mitglieder gern auch an der Diskussion und Meinungsbildung im Vorstand beteiligen wollen. Auf den Vorstandstreffen diskutierten wir intensiv und entwickelten so z. B. eine Meinung zum Versandhandel von Arzneimitteln, die dann auch in einer Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages vertreten wurde.

In Umsetzung des Beschlusses der Mitgliederversammlung in Dresden erscheinen nun Zusammenfassun-

gen der Vorstandssitzungen im Rundbrief, während die Protokolle im zugangsbeschränkten Bereich der VDPP-Website veröffentlicht werden.

Die Mitgliederzahl blieb fast konstant: Drei Austritten stehen zwei Neumitglieder gegenüber, sodass wir nun bei 111 Mitgliedern angekommen sind.

Veranstaltungen

Den Elan des letzten Jahres konnten wir zwar erhalten aber wir kamen auch an die Grenzen unserer Möglichkeiten. So mussten wir das Herbstseminar, für das auf dem Apothekertag geworben wurde, kurzfristig absagen. Als Vorstand möchten wir daran erinnern, dass wir ehrenamtlich arbeiten und daher nicht die Kapazität für die konzeptionelle Arbeit in der Seminarvorbereitung haben. Dies ist die Aufgabe der Verantwortlichen, die sich auf der Mitgliederversammlung für diese Tätigkeit zur Verfügung stellen. Beim Herbstseminar waren es Ingeborg und Udo.

Zum besseren Verständnis wird hier noch einmal kurz dargestellt, was eine Seminarplanung ausmacht:

- a) Entwicklung eines Konzeptes mit dem Rahmenthema und den einzelnen Themen, die dargestellt und diskutiert werden sollen.
- b) Suche nach geeigneten Personen für die unter a) genannten Themen, ggf. Weiterentwicklung und Umgestaltung des Konzeptes nach telefonischer Kontaktaufnahme.
- c) Wenn die Personen unter b) definiert wurden, folgt die Terminfindung.
- d) Suche nach einem Tagungsort, Technik, Quartieren für die Referenten und Teilnehmer sowie der Verpflegung für die Veranstaltung.

Der Vorstand kann mit der Geschäftsstelle und der Referentin Unterstützung in organisatorischen Dingen die unter c) und d) genannt

wurden, wie Anmietung von Tagungsräumen, Einladung der Referenten, Organisation der Verpflegung und Akkreditierung bei den zuständigen Stellen anbieten, wobei die Möglichkeiten außerhalb von Hamburg und Berlin aus nahe liegenden Gründen deutlich beschränkter sind. Die Verantwortung für die Punkte a) und b) sehen wir als Vorstand bei den Seminarverantwortlichen liegen.

Als Veranstaltungserfolg bewertet der Vorstand die organisatorische Unterstützung der Jahreshauptversammlung von Health Action International (HAI) in Berlin. Der VDPP, das heißt konkret die Referentin Katja Lorenz, kümmerte sich um den Versammlungsort und die Erfüllung der technischen Wünsche unserer holländischen Freunde. An der öffentlichen Veranstaltung, die das Thema „Klinische Studien“ hatte, nahmen mehr als 60 Personen teil. Der VDPP war durch zwei Vorstandsmitglieder und weitere Mitglieder vertreten.

Ebenfalls als Erfolg lässt sich das Programmseminar im Januar 2009 in Berlin betrachten. Im Vorfeld hatte die Arbeitsgruppe um Regina Schumann, Jana Böhme und Katja Lorenz viele Vereinsmitglieder zur Überarbeitung von Passagen des Programms motiviert. Die einzelnen Abschnitte wurden von der Arbeitsgruppe zusammengetragen, überarbeitet und an die Mitglieder verschickt. Zur Vorbereitung der Diskussion auf dem Programmseminar wurde eine Newsgroup ins Leben gerufen, die als einzigen Inhalt den elektronischen Gedankenaustausch zum Programm hatte. Es lässt sich feststellen, dass die hohen Erwartungen, die wir hatten enttäuscht wurden. Unsere Mitglieder wollten anscheinend lieber zusammen sitzen und diskutieren ... Inzwischen wurde der Entwurf soweit abgeschlossen, dass er noch einmal an alle Mitglieder verschickt wurde und nun auf der MV abschließend diskutiert und – hoffentlich – verabschiedet werden kann.

Am 25. April fand dann zum ersten Mal seit vielen Jahren ein Frauenseminar in Berlin statt. Mehr als 20 Teilnehmerinnen, Apothekerinnen und auch Ärztinnen, nahmen teil. Über die Veranstaltung wurde ausführlich im Rundbrief und in der Pharmazeutischen Zeitung berichtet. Der Vorstand bewertet das Frauenseminar als Erfolg und würde es sehr begrüßen, wenn im nächsten Jahr wieder ein Frauenseminar stattfinden würde.

Im Vorfeld der Bundestagswahl hatten wir geplant, eine Veranstaltung mit Wahlprüfsteinen durchzuführen. Wir versuchten Vertreter der fünf im Bundestag vertretenen Parteien einzuladen, um Antworten auf einige Fragen zu erhalten. Da nur drei von fünf Parteien zusagten entschieden wir uns für eine schriftliche Fragestellung. Die Grünen und die Unionsfraktion konnten zu dem vorgeschlagenen Termin leider keinen Vertreter entsenden. Die Ergebnisse der Anfragen werden wir auf der VDPP-Website und im Rundbrief veröffentlichen, sowie den Fachmedien zur Veröffentlichung anbieten.

Die Vorbereitungen für das Herbstseminar 2009 sind angelaufen. Aus Sicht des Vorstandes fehlt derzeit noch das klare Konzept. Wir sind uns der Tatsache bewusst, dass die endgültige Entscheidung über das Herbstseminar 2009 der Mitgliederversammlung in Hamburg vorbehalten ist; wir halten eine gute Vorbereitung aber für eine Grundvoraussetzung einer erfolgreichen Veranstaltung und hoffen auf kurzfristige deutliche Fortschritte. Eine erneute Ankündigung und Absage eines Herbstseminars ist nicht im Interesse des VDPP und muss daher vermieden werden.

Aus den Erfahrungen des vergangenen Jahres hat der Vorstand beschlossen, dass für jedes zukünftige Seminar jeweils ein Vorstandsmitglied benannt wird, das den Kontakt zu den konzeptionell Verantwortlichen hält und den verbleibenden Vorstand regelmäßig über Planungsfortschritte informiert.

Öffentliche Stellungnahmen

Die Versuche der EU-Kommission, die Arzneimittelwerbung unter dem Deckmantel der Verbraucherinformation zu erleichtern, beschäftigten uns und unsere Bündnispartner (BUKO Pharmakampagne, HAI, IPPNW, VDÄÄ u. a.) auch in diesem Jahr. Wie Ihr Euch erinnert, hatte der VDPP bereits im Frühjahr 2008 bei der EU-Kommission seine Einwände gegen eine Ausweitung der Arzneimittelwerbung vorgebracht und sich an Stellungnahmen der o. g. Bündnispartner beteiligt. Auch in diesem Jahr beteiligten wir uns an verschiedenen öffentlichen Stellungnahmen, wie z. B. einem offenen Brief an den Vorsitzenden der EU-Kommission Barroso, und werten daher die Entscheidung der EU-Kommission auf diese umstrittene Vorlage zu verzichten als Erfolg. Uns ist klar, dass die wirtschaftsfreundlichen Kräfte in der EU-Kommission auch in Zukunft wieder versuchen werden, die Arzneimittelwerbung auszuweiten, wir werden dieses Thema daher im Auge behalten.

Auch zum Thema Versandhandel nahm der VDPP Stellung. Hier hatte der Vorstand eine Position erarbeitet, die eine Ablehnung des Versandhandels mit Arzneimitteln beinhaltet und von Florian Schulze in der Anhörung im Gesundheitsausschuss vertreten wurde. Die VDPP-Position wurde in der Fachpresse wiedergegeben und fand Beachtung.

Weniger erfolgreich verlief die Stellungnahme zu den SPD-Plänen in Sachen Abgabe von hormonellen Kontrazeptiva durch Sozialämter: Unsere Stellungnahme wurde zu voreilig veröffentlicht, über die Honorarfrage, die dann von Apotheke-adhoc zum Aufmacher einer Meldung gemacht wurde, hatte es keine abschließende Meinungsbildung gegeben. Die eigentliche Kernaussage, dass wir als VDPP eine Aufweichung der Apothekenpflicht für Arzneimittel ablehnen, wurde praktisch nicht beachtet. Wir haben das zum Anlass genommen, im Vorstand dar-

über zu sprechen, wie wir solche Ereignisse in Zukunft vermeiden können.

Unsere Stellungnahme zum EuGH-Urteil konnten wir am Tag der Entscheidung verschicken, Veröffentlichungen fanden statt bei Apotheke-adhoc, Pharmazeutischer Zeitung und Deutscher Apothekerzeitung. Die Erarbeitung der EuGH-Stellungnahme möchte ich als ein positives Beispiel der Vorstandsarbeit vorstellen: Wir erarbeiteten zwei Stellungnahmen – es hätte ja auch anders kommen können – in einem längeren Diskussionsprozess und konnten die fertige Stellungnahme am 19.05.09 gegen Mittag an die üblichen Verdächtigen verschicken. Am folgenden Montag mailte Herr Ditzel von der DAZ die Geschäftsstelle mit einer dringenden Frage an (Termin, Dienstag, 10.00 Uhr). Die Anfrage wurde von Gudrun am Abend an die Vorstände weitergeleitet, worauf Florian noch in der Nacht einen Entwurf schrieb, der am folgenden Vormittag von mir im wesentlichen übernommen und pünktlich an Ditzel geschickt wurde.

Wir gehen davon aus, dass nach diesem Urteil die Freunde der Großkonzerne noch lange nicht aufgeben werden. Wir werden uns weiterhin kritisch mit den Entwicklungen auf dem Apothekenmarkt auseinandersetzen.

Der VDPP beteiligte sich an einem offenen Brief an die Universität Köln, in dem die Veröffentlichung eines Kooperationsvertrages der Universität Köln mit der Bayer AG gefordert wurde.

Finanzen

Über das Geld wird üblicherweise nicht im Rechenschaftsbericht geredet sondern erst im Kassenbericht. Als Vorstand weichen wir insofern davon ab, als dass wir auf die Notwendigkeit einer Verbesserung unserer Einnahmesituation hinweisen müssen. Die Abnahme der finanziellen Reserven ist keine Überraschung sondern das erwartete Ergebnis der Entscheidungen der zurückliegenden

den Mitgliederversammlungen, auf denen wir uns für die Einstellung und die Weiterbeschäftigung der Referentin entschieden haben. Nun sind wir an einem Punkt angekommen, wo wir als Vorstand den Mitgliedern Maßnahmen zur Verbesserung der Einnahmesituation vorschlagen wollen: Zum einen werden wir nach der MV in einer Ausendung an alle Mitglieder appellieren, die deutlich verbesserte Arbeit des Vereins durch Spenden zu unterstützen, hierbei soll auch auf die Steuerabzugsfähigkeit der Spenden hingewiesen werden. Sollte diese Maßnahme nicht den gewünschten Erfolg haben, werden wir auf der nächsten Mitgliederversammlung eine neue Beitragsordnung vorlegen. An dieser Stelle möchten wir Euch daran erinnern, dass der VDPP inzwischen einen niedrigeren Beitrag fordert als zur Gründung im Jahr 1989: Damals lag der Monatsbeitrag bei 10 DM und heute beträgt er 5 Euro.

Öffentlichkeitsarbeit und weitere Arbeiten

Im Vorstand wurde intensiv über die E-Card diskutiert. Der Referent der Linkspartei informierte uns in einem ausführlichen Gespräch, zwei Vorstandsmitglieder nahmen an einem Fachgespräch der Fraktion Bündnis90/Die Grünen teil. Der Vorstand war ernüchert von der Tatsache, dass die möglichen Fortschritte (im Bereich der Dokumentation der Arzneimittelverordnung), die so eine Karte bringen könnte, gar nicht auf Tagesordnung stehen. Florian hat den Erkenntnisgewinn in einem Artikel für den Rundbrief zusammengefasst und in der Überarbeitung des Programms wurden diese Informationen auch berücksichtigt. Öffentlich haben wir allerdings noch keine Position bezogen.

Der VDPP hat inzwischen intensiven Kontakt mit der BUKO-Pharmakampagne und der IPPNW-Regional-

gruppe Berlin, die sich inzwischen engagiert um arzneipolitische Themen kümmert.

Der Rundbrief erscheint weiterhin viermal im Jahr, im Einzelnen erschien die Ausgabe 71 im Oktober 2008, die Nr. 72 im Dezember, die Nr. 73 im März 2009 und die Nr. 74 im Juni. Hier wäre es für die Zukunft wünschenswert, wenn einfach mehr Artikel von den Mitgliedern eingereicht werden würden, der letzte Rundbrief zeigte ja schon Entwicklungen in die richtige Richtung. Der Vorstand dankt Jürgen Große, der nun seit 10 Jahren den Rundbrief herausgibt und allen, die für den Rundbrief schreiben.

Neben dem Printmedium hat sich der Newsletter, den unsere Referentin Katja Lorenz herausgibt, sehr bewährt. Über den Newsletter wird alle ein bis zwei Monate 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.



Zu den offenen Baustellen gehört der Kontakt zu den Studenten: Wir können immer noch keine Erfolge vorweisen. In einem Jahr werden Kontakte zu Studenten im BPhD hergestellt, im nächsten Jahr sind schon wieder ganz andere Studenten aktiv ...

Die Arbeit des Vorstandes wurde durch zwei Personen unterstützt, vorbereitet und ermöglicht: Katja Lorenz als Referentin und Gudrun Meiburg in der Geschäftsstelle, die dort den Alltag des Vereins managt. Wir danken beiden an dieser Stelle herzlich für Ihre Arbeit.

Wenn wir nun auf die Welt außerhalb des VDPP schauen, lässt sich sagen, wir haben ein hochinteressantes Jahr hinter uns. Wir erlebten den Zusammenbruch der neoliberalen Seifenblasen und wundersamen Geldvermehrung. Plötzlich war das Geld weg, wobei es nicht wirklich weg ist, es haben nur andere ... Auf einmal wurden ungeahnte Mengen an Steuergeldern mobilisiert, um Banken und Großunternehmen zu retten. Betrachtet man die Steuergelder, die z. B. in die Commerzbank flossen, müsste diese Bank eigentlich ein volkseigener Betrieb sein ... Unter irreführenden Begriffen, wie „Umweltprämie“ werden Steuergelder zur Subvention des Automobilkaufs ausgegeben. In den Monaten bis zur Bundestagswahl werden wir noch viele Versuche des mehr oder minder direkten Stimmenkaufs erleben. Eines ist sicher, am Abend der Bundestagswahl wird für uns alle Zahltag sein. Danach werden alle ökonomischen Grausamkeiten auf den Tisch kommen und es wird um so nötiger sein, dass dann der VDPP im dritten Jahrzehnt seines Bestehens kraftvoll für eine rationale Arzneimittelpolitik werben und für alte und bewährte Modelle, wie z. B. das Solidarprinzip in der Krankenversicherung eintreten wird.

In diesem Sinne wünschen wir uns im Vorstand Eure Unterstützung, sei es durch Mitarbeit im Vorstand, Spenden oder Vorarbeiten für den Vorstand. Auf die nächsten 20 Jahre!

Thomas Schulz
für den Vorstand

Bericht der Referentin zur Mitgliederversammlung 2009

von Katja Lorenz

Meine Aufgaben bestanden im Wesentlichen 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. Neu hinzugekommen ist,

ich alle Mitglieder ohne bekannte E-Mail-Adresse angeschrieben und den Verteiler so erweitern können.

Ich habe die Programmüberarbeitung koordiniert. Gemeinsam mit Regina und Jana habe ich verschiedene Fassungen, insbesondere nach dem Programmseminar im Januar, erarbeitet und im Rundbrief vom Stand der Dinge berichtet.

Tagung haben wir unsere Kontakte zu BUKO und medico international wiederbeleben können.

Im Frühjahr war ich mit der Organisation des Frauenseminars in Berlin beschäftigt, wobei die Planung des inhaltlichen Teils Ulrike Faber übernommen hatte. Das heißt: das Konzept stand, die Referentinnen waren gefunden und ich war nur noch für Raum, Verpflegung, Werbung zuständig. So sollte m.E. die Seminargestaltung bei uns laufen. Dann ist es für die/den Einzelne/n nicht so aufwändig, dass man überfordert ist!

Aktuell war ich mit der Vorbereitung dieser MV, der Überarbeitung des Programms und ersten Vorbereitungen für das Herbstseminar 2009 beschäftigt.

Die Zusammenarbeit mit dem Vorstand klappte in diesem Jahr wesentlich besser. Aufgaben und Zuständigkeiten sind klarer verteilt. Jedoch sind die VorständlerInnen beruflich vielfach beschäftigt. Es wäre gut, wenn sie Verstärkung bekämen!

Mein Dank geht vor allem an Gudrun Meiburg, mit der ich sehr gern und sehr angenehm zusammenarbeite.



dass ich – seit die ausführlichen Protokolle nur noch auf der Homepage stehen – nach den Sitzungen einen zusammenfassenden Bericht für den Rundbrief verfasse. Regelmäßiger (E-Mail- und Telefon-) Kontakt zu den Vorstandsmitgliedern und der Geschäftsstelle sind selbstverständlich.

Die Aktualisierung der Homepage gehört zu meinen ständigen Aufgaben. Inzwischen gibt die Startseite Hinweise auf Neues. Der interne Bereich wurde erweitert. Hier sind die Protokolle der Vorstandssitzungen zu finden. Außerdem wurde jede Fassung der Programmbearbeitung eingestellt.

Den Newsletter habe ich alle zwei Monate, also sechsmal verschickt. Dazu kamen diverse Rundmails zum Stand der Programmüberarbeitung. Wie im letzten Jahr geplant, habe

Im September war ich wieder auf dem Apothekertag. Diesmal war ich nur als Vertretung des VDPP dort, nicht auch noch als Delegierte der Apothekerkammer, weil ich mich auf eine Sache konzentrieren wollte. Wir hatten wieder einen Sonder-rundbrief erstellt, den ich verteilte. Leider konnte ich diesmal kein Herbstseminar bewerben. Überhaupt fand ich es recht anstrengend, allein einen ganzen Verein zu repräsentieren. Das sollte in diesem Jahr unbedingt anders werden. Auch der Vorstand muss beim Apothekertag Gesicht zeigen.

Im November fand die Jahrestagung von Health Action International in Berlin statt. HAI hatte uns um organisatorische Unterstützung gebeten. Diese lag im Wesentlichen in meiner Hand. Es war anstrengend, hat Spaß gemacht und war auch erfolgreich. Im Zuge der HAI-



Finanzbericht 2008

von Gudrun Meiburg und Jürgen Große

	Ist 2008	Ist 2007	Index (2007 = 100)	Plan 2008	Index (Plan = 100)
Einnahmen:					
Beiträge	10536,70	11510,19	91,5	11500,00	91,6
Spenden	0,00	658,00	0,0	500,00	0,0
Zinsen	418,61	464,11	90,2	300,00	139,5
Verkauf Rundbrief (Abos)	120,00	120,00	100,0	40,00	300,0
Summe Einnahmen	11075,31	12752,30	86,8	12340,00	89,7
Ausgaben:					
Mitgliederversammlung	973,81	953,70	102,1	1200,00	81,2
Seminare	0,00	1427,03	0,0	1500,00	0,0
Projekte	0,00	0,00		0,00	
Spenden	358,00	0,00		500,00	71,6
Öffentlichkeitsarbeit	938,72	3833,46	24,5	2000,00	46,9
VorstandsreferentIn	5340,02	4156,68	128,5	7000,00	76,3
Vorstand	898,89	330,90	271,7	500,00	179,8
Rundbrief	2134,45	3532,67	60,4	2150,00	99,3
<i>davon:</i>					
<i>Redaktionshonorare</i>	<i>0,00</i>	<i>1000,00</i>	<i>0,0</i>	<i>250,00</i>	<i>0,0</i>
<i>Druck</i>	<i>1467,90</i>	<i>2110,97</i>	<i>69,5</i>	<i>1500,00</i>	<i>97,9</i>
<i>Versand</i>	<i>666,55</i>	<i>421,70</i>	<i>158,1</i>	<i>400,00</i>	<i>166,6</i>
Geschäftsstelle	4471,29	5038,19	88,7	5300,00	84,4
<i>davon:</i>					
<i>Personalkosten</i>	<i>3347,50</i>	<i>3653,03</i>	<i>91,6</i>	<i>3800,00</i>	<i>88,1</i>
<i>Sachkosten</i>	<i>1123,79</i>	<i>1385,16</i>	<i>81,1</i>	<i>1500,00</i>	<i>74,1</i>
Regionalgruppen	0,00	0,00		300,00	0,0
Verschiedenes	169,00	169,00	100,0	200,00	84,5
Summe Ausgaben	15284,18	19441,63	78,6	20650,00	74,0

Vermögensentwicklung:

Einnahmen 2008	11075,31
Ausgaben 2008	15284,18
Über-/Unterschuss	-4208,87
Vermögen 1. 1. 2008	21331,66
Korrektur	0,00
Vermögen 31. 12. 2008	17122,79

Vermögensaufteilung:

Vermögen 31. 12. 2008	17122,79
davon Kasse	5,75
Postgiro	307,10
EDV	1,00
GLS-Bank Festgeld	12818,74
Postbank Festgeld	3990,20
Außenstände	0,00

Finanzplan 2009

(beschlossen von der Mitgliederversammlung)

	Plan 2009	Plan 2008	Index (Plan 2008 = 100)	Ist 2008	Index (Ist 2008 = 100)
Einnahmen:					
Beiträge	11500,00	11500,00	100,0	10536,70	109,1
Spenden	2500,00	500,00	500,0	0,00	
Zinsen	300,00	300,00	100,0	418,61	71,7
Verkauf Rundbrief (Abos)	40,00	40,00	100,0	120,00	33,3
Summe Einnahmen	14390,00	12340,00	116,6	11075,31	129,9
Ausgaben:					
Mitgliederversammlung	2500,00	1200,00	208,3	973,81	256,7
Seminare	1500,00	1500,00	100,0	0,00	
Projekte	0,00	0,00		0,00	
Spenden	200,00	500,00	40,0	358,00	55,9
Öffentlichkeitsarbeit	1000,00	2000,00	50,0	938,72	106,5
VorstandsreferentIn	6000,00	7000,00	85,7	5340,02	112,4
Vorstand	900,00	500,00	180,00	898,89	100,1
Rundbrief <i>davon:</i>	2150,00	2150,00	100,0	2134,45	100,7
<i>Redaktionshonorare</i>	<i>0,00</i>	<i>250,00</i>	<i>0,0</i>	<i>0,00</i>	
<i>Druck</i>	<i>1500,00</i>	<i>1500,00</i>	<i>100,0</i>	<i>1467,90</i>	<i>102,2</i>
<i>Versand</i>	<i>650,00</i>	<i>400,00</i>	<i>162,5</i>	<i>666,55</i>	<i>97,5</i>
Geschäftsstelle <i>davon:</i>	6000,00	5300,00	113,2	4471,29	131,2
<i>Personalkosten</i>	<i>4000,00</i>	<i>3800,00</i>	<i>105,3</i>	<i>3347,50</i>	<i>119,5</i>
<i>Sachkosten</i>	<i>2000,00</i>	<i>1500,00</i>	<i>133,3</i>	<i>1123,79</i>	<i>178,0</i>
Regionalgruppen	200,00	300,00	66,7	0,00	
Verschiedenes	200,00	200,00	100,0	169,00	118,3
Summe Ausgaben	20650,00	20650,00	100,0	15284,18	135,1



Vorstandssitzung am 2. August 2009 in Berlin

von Katja Lorenz

Die ausführlichen Protokolle können im internen Bereich unserer Homepage eingesehen oder über die Geschäftsstelle angefordert werden.

Hatte sich der Vorstand bei der letzten Sitzung im Mai insbesondere mit der Vorbereitung der Mitgliederversammlung beschäftigt, lag diese nun schon wieder hinter uns, und es galt die nächsten Ereignisse vorzubereiten. Dazu gehörten das Herbstseminar, die Befragung der Gesundheitspolitiker in Vorbereitung der Wahlen zum Bundestag und die Herausgabe unseres überarbeiteten Programms. Natürlich sollte auch die MV ausgewertet werden. Das heißt: es gab wieder eine volle Tagesordnung!

In Vorbereitung der Wahlen hatten wir zunächst eine Veranstaltung mit den gesundheitspolitischen SprecherInnen der im Bundestag vertretenen Parteien geplant. Es war jedoch unmöglich, wenigstens mit einer Mehrheit einen gemeinsamen Termin zu finden. Schließlich wollten wir erst das EuGH-Urteil abwarten. Zu diesem Zeitpunkt ging dann aber auch der Wahlkampf langsam los und Termine waren kaum noch zu bekommen. Deshalb hatte der Vorstand um schriftliche Beantwortung der Fragen gebeten. Die PolitikerInnen waren ausnahmslos an der Beantwortung interessiert. Das Ergebnis ist in diesem

Rundbrief abgedruckt. Vorab waren die Antworten bereits auf unserer Homepage und – sehr gut aufgemacht, nämlich über sechs Seiten! – in der DAZ zu lesen!

Schwieriger gestaltet sich wieder die Vorbereitung des Herbstseminars, das am 7. November in Berlin stattfinden wird. Es mussten noch weitere Referenten für das Thema „Gesundheit fördern – Netzwerke aufbauen; Was können Apotheken leisten?“ gefunden und natürlich die organisatorischen Details geklärt werden. Wie immer wollen wir das Thema aus möglichst vielen Blickwinkeln betrachten, den Tag aber auch nicht überfrachten, die Kosten gering halten, um eine Teilnahme erschwinglich für jede/n zu machen. Es gibt noch einiges zu tun, aber der Stand der Dinge sieht hoffnungsvoll aus!

Auf der MV wurde auch das überarbeitete Vereinsprogramm verabschiedet. Einige stilistische Änderungen, die Erstellung einer Druckfassung mit entsprechendem Layout waren noch nötig. Nun liegt die Broschüre vor, kann neben dem Sonderrundbrief und der Ankündigung des Herbstseminars auf dem Apothekertag verteilt werden. Selbstverständlich bekommt jedes Mitglied ein Exemplar zugeschickt. Die DAZ berichtete auch bereits.

Die Auswertung der MV war der erfreulichste Teil der Sitzung. In diesem Rundbrief wird viel darüber zu lesen sein. In der PZ war ein ausführlicher Bericht abgedruckt. Wir haben ungeheuer viel geschafft, besprochen, vereinbart. Die Organisation stand diesmal vor besonderen Herausforderungen. Schließlich gab es einen öffentlichen Teil zur Feier des 20-jährigen Bestehens des Vereins mit vielen Gästen, mit dem Aufbau unserer Ausstellungen, mit einer sehr schönen Barkassenfahrt am Abend. Insbesondere der Hamburger Regionalgruppe und Gudrun Meiburg gilt nochmals der Dank des Vorstandes. Es hat alles wunderbar geklappt. Sogar die Kosten blieben unter dem Plan! Die finanzielle Situation des Vereins wurde, wie bereits im letzten Bericht zu lesen, auf der MV diskutiert. Der Vorstand hat alle Mitglieder aufgefordert, nach Möglichkeit ihren Beitrag zu erhöhen. Es gibt erste Reaktionen: vielen Dank dafür!

Zum Thema passend: wir haben noch einige Exemplare unseres Buches „Wechselwirkungen“, die wir für 5 Euro plus 2 Euro Versand über die Geschäftsstelle verkaufen. Sollte es noch Mitglieder geben, die das Buch nicht besitzen oder falls mal ein besonderes Geschenk gesucht wird; Anruf oder E-Mail genügen!

Die nächste Vorstandssitzung findet am 25. Oktober in Hamburg statt.



PUBLIC EYE ON BERLIN

Alternativkonferenz zum „World Health Summit“

Freitag, 16. Oktober 2009 13:00 bis 18:00 Uhr
Kaiserin Friedrich Saal Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

Öffentliche Protestaktion vor dem Eingang zum „World Health Summit“,
8:30 Uhr Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin

PUBLIC EYE ON BERLIN

Freitag, 16. Oktober 2009

Vom 15. bis 18. Oktober 2009 veranstaltet die Berliner Charité unter Schirmherrschaft von Angela Merkel und Nicolas Sarkozy den „World Health Summit“ (WHS). Nicht Fragen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge bestimmen das Programm, sondern Überlegungen, wie Forschung und private Gesundheitswirtschaft zur Verbesserung individueller Versorgung beitragen können. Damit droht das öffentliche Gut Gesundheit zu einer Ware zu werden, die nur noch von technischen und betriebswirtschaftlichen Kriterien bestimmt wird.

Deshalb lädt ein breites Bündnis von gesundheits- und entwicklungspolitischen Initiativen und Gewerkschaften zu einer öffentlichen Protestaktion und einer Alternativkonferenz ein. Die öffentliche Aktion und Alternativkonferenz lassen diejenigen zu Wort kommen, die in der Charité nicht dabei sind und das auch nicht wollen. Beteiligt sind u.a. Aktionsbündnis gegen AIDS, attac AG Soziale Sicherung, Büros für medizinische Flüchtlingshilfe, BUKO Pharmakampagne, Evangelischer Entwicklungsdienst (EED), Studierendeninitiative GandHI, IPPNW, medico international und Oxfam, VDÄÄ und VDPP, die gesundheits- bzw. sozialpolitischen Fachbereiche der Vorstände von DGB, IG Metall und ver.di.

Öffentliche Protestaktion vor dem Eingang zum „World Health Summit“, 8:30 Uhr

Ort: Langenbeck-Virchow-Haus, Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin

Alternativkonferenz „Public Eye on Berlin“

Programm

13:00–13:15 **Begrüßung und Einführung**

Thomas Gebauer, medico international

13:15–14:45 Panel 1:

Zustand der Weltgesundheit

Eine Bestandsaufnahme

Dr. Reinhard Huss, University Leeds (angefragt)

Soziale Determinanten von Gesundheit

Prof. Dr. Raimund Geene, Hochschule Magdeburg-Stendal

Demokratische Partizipation – Gesundheit von unten

Herbert Weisbrod-Frey, ver.di Bundesvorstand

Ökonomisierung und soziale Verantwortung von Ärzt/innen

Dr. Nadja Rakowitz, Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Moderation: Carola Gold, Gesundheit Berlin-Brandenburg

14:45–15:15 Pause

15:30–16:00

Live-Schaltung nach Bangalore, Indien

Gespräch mit Mitarbeiter/innen von Basic Needs India und der Community Health Cell / Centre for Public Health and Equity (CHC / CPHE)

16:00–17:30 Panel 2:

Zugang zu Gesundheit für alle

Krankenschein für alle!

Ysabel Vornhecke od. Ole Baumann, Büro für med. Flüchtlingshilfe Berlin und Philipp Dickel, Büro für med. Flüchtlingshilfe Hamburg

Essentielle Forschung und Entwicklung

Dr. Christian Wagner-Ahlf, BUKO Pharmakampagne

Solidarische Gesundheitsfinanzierung

Dr. Andreas Wulf, medico international

Globale Vernetzung

Dr. Sonja Weinreich, Evangelischer Entwicklungsdienst (EED) Judith Kasper, Globalisation and Health Initiative (GandHI)

Moderation: Tobias Luppe, OXFAM Deutschland

17:15–18:00

Zusammenfassung und Ausblick

Public Eye on Berlin – Wie weiter?

Kurze Statements beteiligter Gruppe zu Fragen der weiteren Planung und Vernetzung

Moderation: Dr. Peter Tinnemann, Charité

Public Eye on Berlin

Erklärung zum „World Health Summit“

Vom 15. bis 18. Oktober 2009 veranstaltet die Berliner Charité unter Schirmherrschaft von Angela Merkel und Nicolas Sarkozy den „World Health Summit“ (WHS). Die Organisatoren streben eine alljährliche Zusammenkunft von Medizinern, Wissenschaftlern, Politikern und Vertretern der privaten Gesundheitswirtschaft an. Gesundheitswirtschaft soll künftig enger mit dem Weltmarkt verbunden werden. In Anlehnung an den G8- Club der führenden Wirtschaftsnationen ist die Einrichtung eines „M8“ geplant, einer Allianz der international führenden Forschungseinrichtungen.

Nicht Fragen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge bestimmen das Programm des Berliner Gipfels, sondern Überlegungen, wie Forschung und private Gesundheitswirtschaft zur Verbesserung individueller Versorgung beitragen können. Damit droht das öffentliche Gut Gesundheit zu einer Ware zu werden, die nur noch von technischen und betriebswirtschaftlichen Kriterien bestimmt wird.

Dieser Gesundheitsgipfel ist nicht geeignet, weltweite Gesundheitsprobleme anzugehen. Aufgrund

seiner inhaltlichen wie organisatorischen Ausrichtung droht der Gipfel eher zu den Problemen beizutragen, die er vermeintlich zu lösen gedenkt.



Der beispiellose medizinische Fortschritt erreicht eine Mehrheit der Weltbevölkerung nur unzureichend – oder gar nicht. Noch immer sterben alljährlich Millionen von Menschen an Krankheiten, die gut behandelbar wären. Das Menschenrecht auf Gesundheit ist oft nur ein bloßer Schein. 2 Mrd. Men-

schen haben keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser; 1 Mrd. leiden an Hunger und Unterernährung; ein Drittel der Weltbevölkerung kann sich nicht einmal lebensnotwendige Arzneimittel leisten.

Gleichzeitig wächst die Sorge vor der globalen Ausbreitung neuer Epidemien oder den Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit, von dem wiederum diejenigen am meisten betroffen sind, die am wenigsten dazu beigetragen haben. Für viele arme Menschen sind es meist die alt bekannten Armutskrankheiten, die heute wieder auf dem Vormarsch sind, allen voran die Tuberkulose, Malaria oder auch HIV und Aids.

Ein Weltgesundheitsgipfel, der diesen Namen verdiente, müsste

- das Streben nach sozialer Gerechtigkeit und demokratischer Partizipation als Grundvoraussetzung für Gesundheit in den Vordergrund stellen,
- das Recht auf den Zugang zu Gesundheitsdiensten für alle – unabhängig von der Kaufkraft – garantieren,

- eine Forschung fördern, die konsequent an den Gesundheitsbedürfnissen der Menschen ausgerichtet ist,
- allen Menschen, auch den Bewohnern von Armutsregionen und „Menschen ohne Papiere“ bestmögliche Versorgung zuteil werden lassen,
- diejenigen an der Erarbeitung von Lösungen beteiligen, um deren Gesundheit es schließlich geht,
- ein Augenmerk auf diejenigen richten, die durch die Krankheit ihrer PartnerInnen, Kinder oder Eltern in soziale Not geraten,
- das öffentliche Gut Gesundheit durch Förderung solidarischer Finanzierungssysteme unterstützen,
- die bestehenden und in einem weitaus höheren Maße legitimierten Strukturen der Weltgesundheitsorganisation WHO stärken, statt ein neues Gremium von „Machern“ zu schaffen,
- den eingeschlagenen Weg der Privatisierung von Gesundheit korrigieren.

„Medizin ist eine soziale Wissenschaft“ stellte schon Rudolf Virchow, der große Sohn der Berliner Charité vor bald 150 Jahren fest. Aber genau die Grundsätze einer solchen sozialen Wissenschaft lässt die Berliner Veranstaltung auf sträfliche Weise außer Acht.

Angesichts der globalen Gesundheitsprobleme ist das Bedürfnis, endlich entschlossen zu handeln, nur zu gut verständlich. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des WHS sollten aber nicht dem Irrglauben erliegen, Gesundheit könne schlicht von oben verordnet und technisch realisiert werden. Soziale Veränderungen, die Verbesserung der gesundheitlichen Lage und funktionierende soziale Dienste, die für alle gleichermaßen zugänglich sind, verlangen demokratische Beteiligung. Nur dort, wo die Grundsätze sozialer Gerechtigkeit und demokratischer Partizipation gewährleistet sind, können auch wirksame Verbesserungen erreicht werden.

In diesem Sinne werden wir den „World Health Summit“ im Blick behalten: Auf der Grundlage einer in vielen Jahren gewachsenen Zusammenarbeit mit Gesundheitsaktivisten und -Initiativen in aller Welt.

Unterzeichner:

Aktionsbündnis gegen AIDS,
 attac AG Soziale Sicherung,
 Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin,
 Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Hamburg,
 BUKO Pharmakampagne,
 Deutsches Institut für Ärztliche Mission (Difäm),

Evangelischer Entwicklungsdienst (EED),
 Globalisation and Health Initiative (GandHI),
 IPPNW Deutschland – Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges - Ärzte in sozialer Verantwortung,
 medico international,
 Missionsärztliches Institut Würzburg,
 OXFAM Deutschland,
 Verein der demokratischen Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ),
 Verein der demokratischen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP),
 Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) – Bundesvorstand, Bereich Gesundheitspolitik,
 Annelie Buntenbach, Mitglied des Geschäftsführenden Bundesvorstands des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB),
 Hans-Jürgen Urban, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied der Industriegewerkschaft Metall (IGM)

Kontakt:
 medico international e.V.,
 Burgstr. 106,
 60389 Frankfurt/Main,
 Tel. 069 94438-0

Mehr Infos unter:
www.medico.de/publiceye

Gesundheit fördern – Netzwerke aufbauen

Was können Apotheken leisten?

Eine öffentliche Veranstaltung für alle Interessierten

mit:

Dr. Udo Puteanus

Apotheker, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW,
 zuständig für Arzneimittelsicherheit und Sozialpharmazie

Dr. Helmut Schlager

Apotheker und Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts für Prävention im Gesundheitswesen (WIPIG) bei der Bayerischen Landesapothekerkammer

Prof. Gerd Glaeske

Professor für Arzneimittelversorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Manfred Krüger

Apotheker, Inhaber der Linner-Apotheke, Krefeld.

Die Veranstaltung findet statt im Rahmen des diesjährigen Herbstseminars des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

am Sonnabend, dem **7. November 2009**, von 11 bis 16 Uhr,

in Berlin, in der Nachbarschafts- und Begegnungsstätte „Club Spittelkolonnaden“, Leipziger Str. 47, 10177 Berlin.

Anmeldung – bitte möglichst bis 25.10.09 – unter: VDPP e.V., Neptun-Apotheke, Bramfelder Chaussee 291, 22177 Hamburg, Fax: 040 / 6391 7724, E-Mail: geschaeftsstelle@vdpp.de

Die Teilnahmegebühr von 25 € (ermäßigt 15 €) überweisen Sie bitte auf folgendes Konto: VDPP, Postbank Berlin, Konto-Nr. 200 47 105, BLZ 100 100 10, Verwendungszweck: Herbstseminar 2009, oder Sie bezahlen am Veranstaltungstag in bar.

Weitere Informationen unter: www.vdpp.de

Was denn nun noch: Rahmenverträge, Anträge für Hilfsmittel, QMS, Kontrolle der Ausgangsstoffe, Notdienste usw. lassen doch schon keine Luft mehr für die Beratung, oder? Jetzt also noch „netzwerken“?

Apotheken sind Teil des solidarisch finanzierten öffentlichen Gesundheitswesens

Wir ApothekerInnen als Angehörige eines Heilberufs müssen immer wieder nachweisen, dass wir unserem gesetzlichen Versorgungsauftrag nachkommen. Möglicherweise werden sich die Rahmenbedingungen weiter verschlechtern. Trotzdem muss für PatientInnen, Meinungsbildner und GesundheitspolitikerInnen erlebbar sein, dass Apotheken in der heutigen Form die Bevölkerung im Interesse der Gesundheit des Einzelnen und der Gesamtheit ordnungsgemäß mit Arzneimitteln versorgen. Beratungs- und Informationsverpflichtungen rund um das Arzneimittel stehen dabei im Vordergrund. Wer welche Arzneimittel braucht und wer wie erfolgreich

Arzneimittel anwendet kann nicht nur naturwissenschaftlich-medizinisch beantwortet werden. Soziale und kulturelle Rahmenbedingungen sowie psychologische Faktoren müssen ebenso einbezogen werden.

Herausforderungen durch die Ottawa-Charta der WHO

Die WHO entwickelte 1986 mit der Ottawa-Charta ein Konzept zur Stärkung der Gesundheitsressourcen des Einzelnen und der Bevölkerung insgesamt und formulierte hier auch Anforderungen an alle Angehörigen des Gesundheits- und Sozialwesens. Wir müssen also auch unter Beweis stellen, wie wir diese Zielvorgaben umsetzen und uns dabei in Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung integrieren.

Was leistet die Apothekerschaft?

Bisher sind diese Herausforderungen und Chancen nur vereinzelt von uns ApothekerInnen und un-

serer Standesvertretung erkannt und wahrgenommen worden. Folglich treten ApothekerInnen bei Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung, wo es um Strategien und deren Umsetzung, um Bündnispartner und die Bildung von Gesundheitsnetzen geht, als Akteure offiziell nicht auf oder leisten nur marginale Beiträge. Unsere Fähigkeiten und Leistungen auf diesem Gebiet werden jedoch zukünftig mit darüber entscheiden, ob die öffentliche Apotheke in unserem Gesundheitswesen weiter eine Daseinsberechtigung haben wird.

Wie können sich Apotheken besser in Public Health-Strukturen einbringen?

Welche Chancen für die öffentliche Apotheke und auch die Attraktivität unseres Berufes ergeben sich daraus?

Was erwarten wir von unseren Standesvertretungen?

BUCHBESPRECHUNGEN

45 Jahre Pharmazie in Deutschland Ost

von Ingeborg Simon

Im Jahr 2007 erschien ein lesenswertes Buch auf dem Markt. Es ist nicht nur gewichtig mit seinen 2,5 kg, es ist auch gewichtig, soweit es seinen Inhalt betrifft. Dieses Werk enthält Beiträge zur Geschichte des Arzneimittel- und Apothekenwesens der Deutschen Demokratischen Republik. Anhand dokumentierter Fakten, aber auch persönlicher Erinnerungen, werden auf knapp 650 Seiten alle relevanten Bereiche dieses Themas in dem Zeitraum von 1945 bis 1990 detailliert beschrieben.

Die Autoren dieser Veröffentlichung sind Pharmazeuten, die am Aufbau und der Entwicklung der DDR-Pharmazie einen großen Anteil haben. Sie haben hier die historischen Fakten in Verbindung mit persönlichen Erlebnissen im Arzneimittel- und Pharmaziewesen der DDR zu Papier gebracht mit der Zielstellung zu verhindern, „ dass die Entwicklung des Arzneimittel- und Apothekenwesens in der Sowjetischen Besatzungszone und später der DDR in Vergessenheit gerät.

Während die Lektüre für Bürger der ehemaligen DDR der Erinnerung dienen kann, ist sie für die in der alten Bundesrepublik lebenden Kollegen vermutlich die erste Gelegenheit, überhaupt vom DDR-Pharmaziewesen etwas zu erfahren. Bis zum Ende der DDR haben die westdeutschen Standesorganisatio-

nen der Pharmazeuten offiziell nie darüber berichtet oder gar diskutiert. Die DDR war nicht nur in diesem Bereich ein absolutes Tabu. Ideologische Sichtweisen und ein bis heute wirkender Antikommunismus haben es nicht zugelassen, im Rahmen eines Systemvergleichs die Strukturen der anderen Seite ins Blickfeld zu rücken.

Nicht einmal in Zeiten der Wende ergab sich eine Chance, gemeinsam in den damals gebildeten Ost-West-Kommissionen und Delegationen zu prüfen, inwieweit sich voneinander lernen lässt, um zu abgestimmten neuen Entwicklungen zu gelangen. Die offizielle Standespolitik West hat im Einvernehmen mit der herrschenden Politik der Regierung der alten BRD den Repräsentanten und Verhandlungspartnern der DDR-Pharmazie das Westmodell verordnet und übergestülpt..

Damit wurde die Chance vertan, voneinander zu lernen und gemeinsam abzuwägen, inwieweit die Vorzüge des jeweiligen Systems hätten übernommen werden können in ein gemeinsames Arzneimittel- und Apothekenwesen. Insofern bleibt tatsächlich jetzt nur noch die Möglichkeit, mit Erinnerungshilfen, wie sie dieses Buch in vorbildlicher Weise bietet, Fakten und Entwicklungen als Vergangenes, Historisches kennen zu lernen.

Ich werde zukünftig in unseren Rundbriefen auf einzelne Bereiche näher eingehen in der Hoffnung, dass sich dennoch im konkreten Einzelfall z.B. im Bereich der Weiterbildung, der Arzneimittelprüfung oder der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker Lehren ziehen lassen, Anregungen gegeben werden können für die zukünftige Gestaltung des gesamtdeutschen Pharmaziewesens.

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



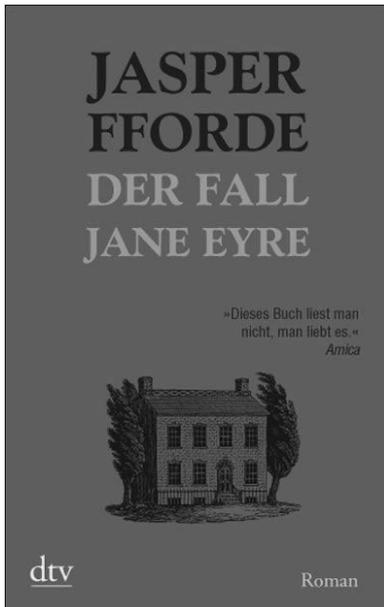
Zeit-Reisen

von Regina Schumann

Diesmal möchte ich Euch auf sehr ungewöhnliche Reisen mitnehmen, die erste geht ins Vereinigte Königreich und spielt eigentlich in der Jetzt-Zeit, wenn da nicht die irritierenden Erinnerungen der Protagonistin an den Krimkrieg von 1984 wären ... Aber der Reihe nach: Jasper Ffordses Krimi „The Eyre Affair“

beginnt in London. Die junge Polizistin Thursday Next hadert mit ihrem Vorgesetzten und ihren Aufgaben – erstmal ist nichts ungewöhnliches an ihren Gedanken und Selbstgesprächen, wenn nicht die seltsamen Begegnungen mit ihrem Vater wären – ein Zeitreisender, der seinen (Polizei)-Job quittieren musste,

weil er nicht mehr dauerhaft in der Gegenwart leben kann. Thursday wird zu einem Routineauftrag in die englische Provinz geschickt, ungewöhnliche Diebstähle von Originalausgaben britischer Literatur sollen untersucht werden. Sie muss ausgerechnet in ihre Heimatstadt, in der auch ihr Onkel lebt. Thursdays On-



kel ist Erfinder, ein wenig erinnert er an den Professor aus „Zurück in die Zukunft“ und seine Erfindungen stoßen auf keine große Gegenliebe außerhalb der Familie. Begeistert probiert er immer wieder seine Erfindungen aus. Leider geht dabei ab und zu etwas schief. In ihrer Heimatstadt lebt natürlich auch Thursdays Mutter, die in letzter Minute von der Renovierungsfarbe für das Wohnzimmer abgehalten werden muss; Thursdays Vater hatte Thursday darum gebeten, da er in der Zukunft das scheußlich modernisierte Wohnzimmer bereits gesehen hatte. Das Gespräch mit ihrer Mutter ist natürlich nicht sehr förderlich für das Mutter-Tochter-Verhältnis, außerdem trifft Thursday noch ihre alte Liebe, ist also emotional sehr beschäftigt.

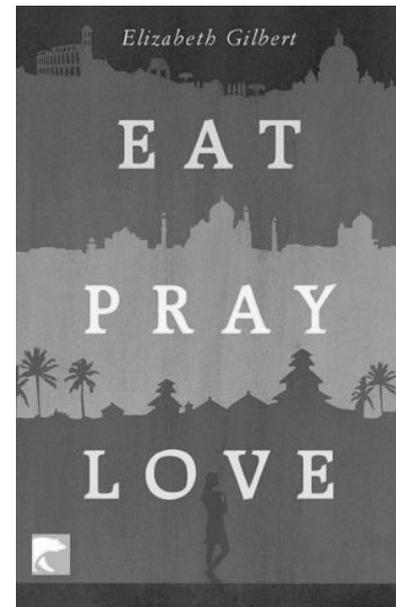
Thursdays Fall kulminiert in der Einführung der Romanfigur Jane Eyre aus dem Originalmanuskript, was gleichzeitig das Verschwinden von Jane Eyre in allen Buchausgaben zur Folge hat. Eine Katastrophe für die Briten, die das Buch „Jane Eyre“ und dessen Autorin Charlotte Brontë als nationales Erbe hoch verehren. Aber Thursday ist nicht umsonst eine der besten Polizistinnen in der SpecOps-Abteilung (*Special Operation Networks*), und so kann sie nicht nur ihre Tante, die in einer Parallelwelt eines Gedichtes gefangen gehalten wurde, ihren Onkel und Jane Eyre befreien, sondern auch wirklich schwierige Situationen meistern, wie z. B. ein Zeitloch



stopfen! Wer Lust auf einen verrückten Roman hat, wer britische Literatur liebt und englischen Humor versteht, dem wird auch „The Eyre Affair“ gefallen. Die „Jane Eyre Affäre“ ist das erste Buch mit Fällen von Thursday Next. Es gibt natürlich noch weitere Fälle von Thursday, einen Fanclub und die Möglichkeit auf der Webseite von Jasper Fforde die Bücher umzuschreiben oder weiter zu spinnen (<http://www.jasperfforde.com/>).

Keinen Gefallen fand ich an „The Time Traveler's Wife“ von Audrey Niffenegger, zu konstruiert und zu wenig nachvollziehbar ist die Geschichte, die beiden Protagonisten erreichten weder mein Herz noch meinen Kopf. Henry reist von ihm nicht zu kontrollieren in viele verschiedene Zeiten. Auf mehreren dieser Zeitreisen trifft er Claire, seine zukünftige Frau, als Kind. Die Liebesgeschichte wird von beiden getrennt erzählt und ich war oft damit beschäftigt, die Geschichte in meinem Kopf zusammenzupuzzeln. Der Stoff ist dieses Jahr verfilmt worden, Kinostart in Deutschland ist im Herbst.

Wärmstens empfehlen möchte ich eine „Auszeit“-Reise von Elisabeth Gilbert „Eat, pray, love“. Die Autorin nimmt sich nach einer persönlichen Krise ein Jahr Auszeit und reist um die Welt: Sie verbringt zunächst 4 Monate in Italien, dann 4 Monate in einem indischen Ashram und zum Schluss 4 Monate auf Bali, wo



sie ein neues Leben beginnt. Ich habe diesen Roman verschlungen, er ist witzig, Gilbert ist selbstironisch und ehrlich. Ein Stück von mir hat mitgelebt und auch ich habe überlegt, was mir mein Leben bedeutet und was ich verändern will und kann. So radikal wie die Protagonistin habe ich mein Leben zwar nicht verändert, aber ich habe mir zeitliche Freiräume geschaffen, um zu leben und nicht nur zu funktionieren.

¹ *The Eyre Affair*, 2001 (dt.: *Der Fall Jane Eyre*, dtv, München 2004. ISBN 3-423-24379-1, 8,95 Euro)

² *The Time Traveler's Wife*, 2003. ISBN 978-0156029438 (dt.: *Die Frau des Zeitreisenden*. Fischer, Frankfurt, ISBN 3-596-16390-0, 9,95 Euro)

³ *Eat, pray, love*, 2007 (dt. bei Bvt Berlin, ISBN 3-833-30473-1, 11,90 Euro)



TERMINE

Regionalgruppe Berlin

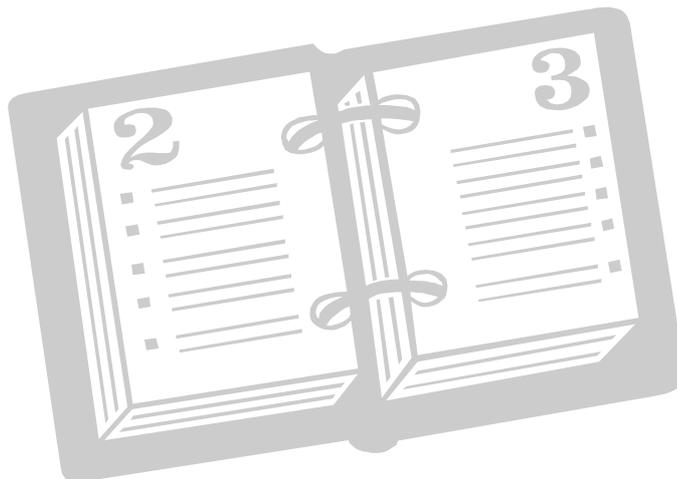
Das nächste Treffen der Regionalgruppe Berlin findet am Montag, dem 16. November 2009, um 19.30 Uhr statt. Der Ort liegt noch nicht fest und ist zu erfragen bei Regina Schumann, Tel. 030 7951471, E-Mail: Sander.schumann@gmx.de.

Regionalgruppe Hamburg

Die Regionalgruppe trifft sich alle zwei Wochen mittwochs um 19.30 Uhr bei Bernd Rehberg, Isestraße 39, 20144 Hamburg. Nächste Termine: 21. Oktober, 4. und 18. November 2009.

Regionalgruppe Hessen

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



Public Eye on Berlin

Die Alternativveranstaltung zum „World Health Summit“ findet am 16. Oktober 2009 in Berlin statt. Näheres siehe S. 26 in diesem RB.

VDPP-Vorstand

Die nächste Vorstandssitzung wird am Sonntag, dem 25. Oktober 2009, in Hamburg stattfinden.

vdää-Jahreshauptversammlung

Die diesjährige Jahreshauptversammlung des vdää findet vom 23. bis 25. Oktober 2009 in der ver.di-

Bildungsstätte Gladenbach (bei Marburg) statt. Weitere Informationen: www.vdaee.de

VDPP-Herbstseminar

Das Herbstseminar zum Thema „Gesundheit fördern – Netzwerke aufbauen“ wird am Sonnabend, dem 7. November 2009, von 11 bis 16 Uhr, in der Nachbarschafts- und Begegnungsstätte „Club Spittelkolonnaden“, Leipziger Straße 47, 10177 Berlin, stattfinden. Weiteres siehe S. 28 in diesem RB.

Kongress

„Armut und Gesundheit“

Der Kongress findet am 4. und 5. Dezember in Berlin statt.

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

DOKUMENTATION

Spendenaufruf für die BUKO-Pharmakampagne

Liebe Leserinnen und Leser, diesen Brief der BUKO-Pharmakampagne möchten wir euch zur Kenntnis geben, verbunden mit der Bitte, über eine Spende an BUKO nachzudenken. Angesichts unserer dank gesteigerter Aktivitäten etwas angespannteren Haushaltssituation kann der VDPP als Verein momentan bestenfalls einen mehr oder weniger symbolischen Betrag spenden. Die BUKO-Pharmakampagne ist übrigens auch gemeinnützig, die Spenden sind also steuerlich absetzbar. Jeder Cent, den ihr an BUKO spendet, ist auch im Sinne unserer Vereinsziele ganz ausgezeichnet angelegt. Die Redaktion

Liebe MitstreiterInnen für unabhängige Patienteninformation,

zurück aus den Sommerferien geht es nun in Bezug auf den EU-Gesetzesvorschlag zu Patienteninformation in die heiße Phase.

Das EU-Parlament hat sich neu formiert und somit auch die Ausschüsse. In den für Patienteninformation relevanten ENVI-Ausschuss (Environment, Public Health and Food Safety) sind ebenfalls einige neue Mitglieder. Es geht jetzt darum, besonders die neuen, aber auch die älteren Mitglieder mit kritischen Informationen zu diesem

Gesetzesvorschlag zu versorgen. Dazu planen wir bereits eine Informationsveranstaltung, die wir gemeinsam mit anderen europäischen gesundheitspolitischen Gruppen durchführen wollen. Dies erfordert einiges an Vorbereitung, um ein optimales Ergebnis erzielen zu können. Neben der direkten Ansprache von EU-ParlamentarierInnen muss auch die (europäische) Presse mit entsprechenden Papieren versorgt werden. Sie haben in der vergangenen Zeit gezeigt, wie sehr Ihnen das Thema am Herzen liegt und mit unserer Hartnäckigkeit haben wir bereits sehr viel erreicht.

Leider habe ich auch eine nicht so gute Nachricht. Anfang August haben wir (die Pharma-Kampagne) erfahren, dass ein EU-Projektantrag für die BUKO Pharma-Kampagne im Umfang von 40.000 Euro abgelehnt wurde. Dies hat zur Folge, dass wir uns in der nächsten Zeit auf Projekte und Kampagnen konzentrieren müssen, die finanziert sind. Bisher haben wir das Thema DTCA – auch ohne direkte Projektfinanzierung – immer intensiv mitbearbeitet, da wir der Auffassung sind, dass DTCA eine rationale Arzneimitteltherapie unterminiert. Zudem hat die EU-Politik eine Art Vorbildcha-

rakter für viele andere Länder der Welt. Sollte also in der EU der Damm in Bezug auf die Änderungen für Patienteninformation gebrochen werden, so hätte dies auch fatale Signale auf Entwicklungsländer. Insofern liegt uns das Thema sehr am Herzen und wir würden gerne weiter am Ball zu bleiben.

Sollten Sie in Ihren Organisationen Möglichkeiten sehen, uns auf irgendeine Weise finanziell zu unterstützen, so dass wir uns in der Kampagne weiter aktiv engagieren können, so würden wir uns sehr freuen.

Mit herzlichen Grüßen
Hedwig Diekwisch

BUKO Pharma-Kampagne
August-Bebel-Str. 62
33602 Bielefeld
Tel.: 0521 - 96879481
oder 0521 - 60550

www.bukopharma.de

Damit Sie nicht alles schlucken müssen ...
Spendenkonto:
Gesundheit und Dritte Welt e.V.
Sparkasse Bielefeld
Kto. 105 627
BLZ 480 501 61

Generika: BAYER-Klage gegen indische Regierung abgewiesen

Ohrfeige für Konzern: Gericht verhängt Strafzahlung wegen ungerechtfertigter Rechtsmittel



In einem richtungsweisenden Urteil hat das oberste indische Gericht gestern eine Klage des Pharmaunternehmens BAYER gegen die indische Regierung und den Generika-Produzenten Cipla abgewiesen. Bayer hatte mit der Klage die Zulassung eines generischen Krebsmedikaments verhindern wollen.

Der Vorsitzende Richter, Ravindra Bhat, nennt das Vorgehen von BAYER „schikanös“ und hebt in dem Urteil hervor, dass Generika keine unerwünschten Präparate sind. Die Klage von BAYER sei ein Versuch gewesen, juristische Regeln auszuhebeln. Der Wortlaut des Urteils kommt dabei einer Ohrfeige gleich: „Der Antragsteller verfügt zweifellos über enorme Ressourcen, die ihm solche Vorstöße erlauben. Selbst wenn solche Klagen nicht zum Erfolg führen, haben sie jedoch häufig den kurzfristigen Effekt, dass Konkurrenten durch einstweilige

Verfügungen blockiert werden. Dies geschah auch im vorliegenden Fall. Der Antragsteller hat eine unabhängige Bewertung von Ciplas Antrag erfolgreich verzögert.“ Um BAYER von ähnlichen Vorstößen abzuhalten, wurde dem Konzern die Übernahme der juristischen Kosten von Regierung und Cipla auferlegt.



Philipp Mimkes von der *Coordination gegen BAYER-Gefahren (CBG)*: „Preiswerte Medikamente aus Indien sind unersetzlich für die Patientenversorgung in aller Welt. Das Urteil des High Court in Neu Delhi ist daher ein großer Erfolg! Die öffentliche Gesundheitsvorsorge muss Vorrang haben gegenüber Patenten und monopolistischen Profiten der Pharmaindustrie. Es bleibt zu hoffen, dass die deutlichen Worte des

Gerichts den Konzern von weiteren juristischen Schikanen gegen Generika-Hersteller abhalten.“

Dr. Christiane Fischer von der *BUKO Pharma-Kampagne* ergänzt: „Dass die Klage von Bayer abgewiesen wurde, ist eine gute Nachricht, denn Indien muss sein Patentrecht nun nicht weiter verschärfen. Für die Armen weltweit wird es so nicht noch schwerer, an günstige Generika zu kommen!“

Dr. Dieter Lehmkuhl vom Vorstand der deutschen Sektion der Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges (IPPNW): „Die EU-Kommission ist nun aufgefordert, in ihren Verhandlungen über bilaterale Handlungsbeziehungen und geistige Eigentumsrechte mit Indien dem Menschenrecht auf Gesundheit Vorrang vor Handels- und Gewinninteressen einzuräumen.“ BAYER hatte die indische Zulassungsstelle für Pharmazeutika Ende letzten Jahres verklagt, da diese dem Unternehmen Cipla eine Zulassung für den patentgeschützten Wirkstoff Sorafenib erteilt hatte. In Indien können Zulassungen für generische Pharmazeutika erteilt werden, auch wenn für die Substanzen noch Patentschutz besteht. Hierdurch soll erreicht werden, dass nach Auslaufen eines Pa-

tents preiswerte Nachahmer-Produkte ohne Verzögerung auf den Markt kommen. Gesundheitsinitiativen aus Indien und Deutschland, darunter *Health Action International*, das indische *Peoples Health Movement*, die *Coordination gegen BAYER-Gefahren*, die *BUKO Pharma-Kampagne*, der *Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte* und *medico international*, forderten BAYER im Frühjahr auf, die Klage zurückzuziehen. Die Verbände befürchteten, dass im Fall eines Erfolges von BAYER die Zulassungspraxis von Generika in Indien generell gefährdet wür-

de und dass im Fall einer eingeschränkten Versorgung mit bezahlbaren Medikamenten der Tod Tausender Patienten drohe.

Weitere Informationen:

Der vollständige Text des Urteils (bes. Punkte 53 und 54): <http://lobis.nic.in/dhc/SRB/judgement/18-08-2009/SRB18082009MATC78332008.pdf>

Presse Info *Preiswerte Medikamentenversorgung in Gefahr*: www.bukopharma.de/uploads/file/

Presse/pm_gem_20090211_Patentklage Bayer Indien.pdf

Artikel der *Times of India*: <http://timesofindia.indiatimes.com/news/business/india-business/HC-rejects-Bayers-plea/articleshow/4908492.cms>

Pressemitteilung vom 19. August 2009

Christiane Fischer
BUKO Pharma-Kampagne

Philipp Mimkes
Coordination gegen BAYER-Gefahren

Die Bundeskoordination Internationalismus (BUKO) ist ein Netzwerk von über 200 Dritte Welt Gruppen in Deutschland. 1980 begann BUKO eine Kampagne gegen unververtretbare Geschäftspraktiken international tätiger Pharmakonzerne. Die Pharma-Kampagne der BUKO setzt sich für einen rationalen Gebrauch von Arzneimitteln ein. Sie arbeitet mit ÄrztInnen und PharmazeutInnen, Verbrauchergruppen und StudentInnen zusammen. Die BUKO Pharma-Kampagne hat durch die Mitarbeit im Netzwerk Health Action International (HAI) Kontakt mit Gruppen in über 70 Ländern in aller Welt.

Bankverbindung: Gesundheit und Dritte Welt e.V., Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 61) · Konto: 105 601 · Spendenkonto: 105 627

Ärzteblattuntersuchung zeigt: Fast der Hälfte aller Kassenpatienten werden IGeLeistungen angeboten

vdää fordert: IGeL-freie Kassenpraxen

Im Deutschen Ärzteblatt vom 26. Juni wurde eine Umfrage an 2.100 gesetzlich Versicherten zur Häufigkeit des Angebotes von so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) bei ihren Kassenärzten veröffentlicht. Danach sind in den vergangenen zwölf Monaten über 40 Prozent der Versicherten IGeLeistungen angeboten worden.

**verein
demokratischer
ärztinnen
und ärzte**



Diese alarmierenden Zahlen belegen, dass IGeL keine Randerscheinungen mehr sind, sondern sie das Sachleistungsprinzip – also die Regel, dass nur die Kasse bzw die KV, nicht aber der Patient, mit dem Kassenarzt abrechnet – zunehmend untergraben. Es wird geschätzt, dass mit diesen Leistungen zwischen einer und drei Milliarden Euro Umsatz gemacht wird. Eine bis drei Milliarden Euro für Leistungen,

die niemand kontrolliert, deren Indikation nicht überprüft wird, deren Nutzen oder Schaden für den Patienten nicht bekannt ist.

Seit einigen Jahren schon bieten Kassenärzten ihren Patienten Leistungen an, die nicht von den gesetzlichen Krankenkassen vergütet werden und daher von den Patienten bar bezahlt werden müssen – die IGeLeistungen. Den Begriff prägte die Kassenärztlichen Bundesvereinigung im März 1998, als sie – im Kontext der Kostendebatte im Gesundheitswesen und als Reaktion auf die Furcht vor sinkenden Honoraren der Vertragsärzte – eine offizielle Liste mit Individuellen Gesundheitsleistungen herausgab, die, so der damalige KBV-Vorsitzende W. Schorre, eindeutig darauf gerichtet sei, „die Eigenverantwortung des Versicherten für individuelle Zusatzwünsche zu bekräftigen und auf diese Weise das System der gesetzlichen Krankenversicherung von Ausgaben zu befreien“ – und den Ärzten ein lukratives Zusatzgeschäft zu ermöglichen, müsste man kritisch hinzufügen. Obwohl eine me-

dizinische Indikation meist nicht vorliegt und ein Gesundheitsnutzen für den Patienten nicht belegt ist, sind diese Angebote von der Umsatzsteuer befreit.

Direkte Bezahlung von Leistungen verführt die Ärzte zur Erbringung von unnötigen Leistungen. Sie untergräbt das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient. Kassenärzte aber sollten ihre Leistungen unabhängig von finanziellen Interessen erbringen können. Der Patient muss vom behandelnden Arzt erwarten können, dass er seine medizinischen Entscheidungen unabhängig von eigenen finanziellen Interessen trifft. Das ist bei IGeL nicht der Fall. Der Arzt ist kein Kaufmann.

Deshalb fordert der vdää das Verbot aller IGeLeistungen.

Medizinisch notwendige Leistungen müssen von den Kassen übernommen werden. Unnötige Leistungen sind unethisch und sollten nicht erbracht werden. Auch Untersuchungen wie z. B. auf Reisefä-

higkeit, Tauch- oder Sporttauglichkeit müssen von den Kassen übernommen werden, da die Folgekosten von Reiseerkrankungen oder Sportunfällen auch von den Kassen – also der Versicherungsgemeinschaft – getragen werden.

Viele Kassenärzte sehen nach der Honorarreform in eine unsichere finanzielle Zukunft und intensivieren deshalb das Geschäft mit IGeLeistungen. Es darf aber nicht sein, dass der Patient mit seinem Geld eine verfehlte Honorarpolitik kompensieren muss.

Niemand kontrolliert Qualität und Preis dieser Leistungen. Ein Verbot ist allerdings juristisch schwierig umzusetzen. Deshalb ist als Übergang zu fordern, dass auch diese nicht von den Kassen getragenen Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden müssen. Nur so kann die Berechtigung der erbrachten Leistungen zumindest in Ansätzen kontrolliert werden. Die Untersuchung des Deutschen Ärzteblatts zeigt, welch erschreckendes Ausmaß dieses Geschäft mit medizinisch oft fragwürdigen Leistungen schon angenommen hat. Die Patienten wur-

den inzwischen daran gewöhnt, neben Chipkarte auch das Portemonnaie zum Arztbesuch mitzubringen. Sie werden dadurch schon heute darauf vorbereitet, zukünftig weitere Zuzahlungen zu akzeptieren.

Deshalb: Bargeld gehört nicht ins Wartezimmer!

Keine IGeLeistungen in der Kassenpraxis!

11. Juli 2009

Prof. Dr. Wulf Dietrich

Vorsitzender des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Presseerklärung des vdää und der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP)

Zur aktuellen Debatte um wachsende Zahlen von ärztlichen Behandlungsfehlerprozessen

Die Patientinnen und Patienten, die einen möglichen Behandlungsfehler erlitten haben, stehen vor großen Schwierigkeiten, zu ihrem Recht zu kommen, da:

- ihre Rechtsstellung gegenüber den Anbietern von Gesundheitsleistungen vielfach unzureichend ist; z. B. ist die Produkthaftung bei Medizinprodukte-Herstellern nicht genügend realisiert; die Beweislast liegt bei den potentiell oder tatsächlich Geschädigten;
- die Möglichkeiten zur Sanktionierung bei Fehlbehandlungen (z. B. durch Entzug der Zulassung oder Approbation) nicht greifen;
- die Krankenkassen zu einer Unterstützung ihrer Versicherten bei Behandlungsfehlern bisher nicht verpflichtet sind;
- die Krankenkassen trotz der vorhandenen Möglichkeiten zu selten Regressansprüche gegenüber Leistungserbringern und Herstellern geltend machen;
- die bei den Ärztekammern angesiedelten Schlichtungsstellen anbieterdominiert und somit keine durch Unabhängigkeit glaubwürdigen Treuhänder der Patienteninteressen sind;

- unabhängige Beratungs- und Vertretungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten (z. B. durch Unabhängige Patientenberatung Deutschland UPD, Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen BAGP, einige Verbraucherzentralen oder Patientenbeauftragte) seltene Ausnahmereisnerungen sind.

**Der vdää und die BAGP schlagen daher vor:
Gleichberechtigte Beteiligung und Mitbestimmung der Patientinnen und Patienten**

Oft wird behauptet, die Anbieter im Gesundheitswesen, allen voran Ärztinnen und Ärzte, seien die besten Anwälte ihrer Patientinnen und Patienten. Dies ist ein paternalistischer Irrtum. Die derzeitige Versorgung tendiert vor allem aus wirtschaftlichen Gründen dazu, Abhängigkeiten und Regressionstendenzen zu stärken, statt Selbstbestimmung zu fördern. Die Versicherten bzw. Verbraucher sollten Möglichkeiten erhalten, ihre Interessen selbst bzw. über Ombudspersonen zu vertreten. Zwar sind alle im Gesundheitswesen Tätigen an ethische, rechtliche und fachliche Vorgaben gebunden, dennoch können die Interes-

sen von Anbietern und Patienten nicht überall deckungsgleich sein. Es geht darum, die Divergenz der Interessen zu akzeptieren und sie offen zu legen, sich über sie zu verständigen und in partnerschaftlicher Weise, auf vertraglicher Grundlage ein konstruktives Behandlungs- und Arbeitsbündnis unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes zu schaffen. In einer säkularen, demokratischen und pluralistischen Gesellschaft sollte „Empowerment“ im Sinne der Ottawa-Charta der WHO, die Stärkung der Selbstbestimmung und der Gestaltungsmöglichkeiten des Einzelnen, seines Umfeldes und der Gesellschaft als ganzer das entscheidende Kriterium für die Beziehung zwischen Helfenden und Hilfesuchenden werden. Statt „Eigenverantwortung“ gleichzusetzen mit Privatisierung von Lebensrisiken, fordern wir für Patientinnen und Patienten neue Formen der Beteiligung und Mitbestimmung, z. B. bei der Qualitätsbeurteilung der von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen, bei der Steuerung des Gesundheitswesens (z. B. Stimmrecht zumindest bei Verfahrensfragen für die Patientenvertreter im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und in den Landesausschüssen der Ärztekammern; Aufnahme von Patien-

tenvertretern in die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, die „Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin“ bei der Bundesärztekammer, in die bestehenden Ethik-Kommissionen, in den Ethik-Beirat des Bundesgesundheitsministeriums und in die Zentrale Ethik-Kommission der Bundesärztekammer) und bei der Ahndung von Verstößen, z. B. durch die Berufung medizinischer „Laien“ in die Berufsgerichte der Ärzte- und Zahnärztekammern und deren Gutachter- und Schlichtungsstellen.

Patientenschutzgesetzgebung, Stärkung einer unabhängigen Patientenberatung und -vertretung

Es sollte u. a. zusammenfassende Regelungen der Patientenrechte in einem Patienten-Rechte-Gesetz geben, das auch den Schutz nicht-einwilligungsfähiger Patienten umfasst. Die unabhängige Patientenberatung muss gestärkt und regelmäßig gefördert werden. Die Beratung bei Behandlungsfehlern muss dort ein Schwerpunkt werden. Sinnvoll wären darüber hinaus hauptamtliche, qualifizierte Patientenvertrauenspersonen/PatientenfürsprecherInnen in größeren Gesundheitseinrichtungen als Teil des Qualitätsmanagements, die Einrichtung von unabhängigen Patientenbeauftragten auf kommunaler und Landesebene (Wiener Modell) mit bedarfsgerecht ausgebautem Beratungsangebot und einer anbieterunabhängigen Schlichtungsstelle als Alternative zu den Schlichtungsstellen der Ärztekammern. Grundlage sollte eine Patientencharta sein, deren konkrete Umsetzung ein zusammengefasstes Patienten-Rechte-Gesetz auf Bundesebene.

Neuer Umgang mit Behandlungsfehlern, umfassendes Beschwerdemanagement

• Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei Behandlungsfehlern durch die Krankenkassen

Die Versicherten – unabhängig davon, ob privat oder gesetzlich versichert – müssen ein gesetzlich ver-

brieftes Recht erhalten, bei Verdacht auf Behandlungsfehler eine (Rechts-)Beratung ihrer Krankenkasse in Anspruch nehmen zu können. Dies würde den Kassen – sozusagen „nebenbei“ – wichtige Hinweise auf Versorgungsdefizite und Kontrollbedarfe geben. Zurzeit zahlen die Krankenkassen (auch die privaten) oft selbst dort noch, wo nachweislich überflüssige, unvollständige oder sogar fehlerhafte Behandlungen vorliegen. Die Kostenträger, auch die Beihilfestellen, sollten gesetzlich verpflichtet werden, Anbieter von Gesundheitsleistungen und Medizinprodukten für Fehler, Mängel und gesundheitsschädigende Folgen ihrer Behandlungen oder Produkte in Regress zu nehmen. Als Voraussetzung wären entsprechende Gewährleistungsklauseln in den bestehenden Gesamtverträgen oder eigene Gewährleistungsverträge z. B. mit Zahnärzten sinnvoll.

• Einführung einer verschuldensunabhängigen Schadenshaftung

Bei medizinischen Behandlungsfehlern sollten Entschädigungen – ähnlich wie in der Unfallversicherung – unabhängig von der Haftung in zivil- oder strafrechtlicher Hinsicht geleistet werden können (z.B. Schmerzensgeld oder Rente). Das Behandlungsfehlerrisiko wiederum sollte auf möglichst viele Schultern verteilt werden, um ausreichend hohe Deckungssummen gewährleisten zu können. Bei kollektiver Schadenshaftung wäre es einem Verursacher z.B. möglich, einen Fehler offen einzuräumen und sogar anzuzeigen. Derzeit ginge damit in der Regel der Versicherungsschutz verloren, da Haftpflichtversicherer bei Selbstbezeichnung meist nicht zahlen. Vorbild können die skandinavischen Länder sein, wo eine verschuldensunabhängige Schadensregulierung seit Jahren mit Erfolg praktiziert wird.

• Mitteilungsrecht bei Verdacht auf Behandlungsfehler

Die im Gesundheitswesen Tätigen haben oft nicht den Mut, einen Behandlungsfehlerverdacht den zuständigen Stellen zu melden. Zu tief

sitzt die Angst vor einer Verletzung des Kollegialitätsgebotes oder vor anderen persönlichen Nachteilen. Alle Medizin-„Skandale“ der Vergangenheit zeigen, dass viele der im Umfeld Tätigen die Probleme längst erkannt hatten, darüber jedoch nicht zu reden wagten. Ein früheres Durchbrechen des Schweigekartells hätte vielen Patientinnen und Patienten Gesundheit und Leben retten können. Es sollte daher ein gesetzlich und in den Berufsordnungen verankertes Recht geben, bei begründetem Verdacht auf Verstöße gegen die Bestimmungen der Sorgfaltspflicht bzw. der Heilberufs- und Ärztegesetze diese anzuzeigen, wenn vor Ort keine Abhilfe geschaffen werden kann.

• Verbesserte Sanktionsmöglichkeiten bei Behandlungsfehlern

Die bisherigen Regelungen zum Entzug bzw. zum Ruhen der Approbation oder Zulassung sollten um die Tatbestände einer Verletzung der Berufspflichten laut Berufsordnung sowie die Tatbestände der unerlaubten Handlung (§ 825 BGB) und der positiven Vertragsverletzung (§ 276 BGB) ergänzt werden.

• Erfassung von Behandlungsfehlerprozessen und gerichtlichen Entscheidungen

Schadensersatzforderungen und Behandlungsfehlerprozesse sowie gerichtliche Entscheidungen sollten in Zusammenarbeit mit den Haftpflichtversicherern bundesweit und anonymisiert an neutraler Stelle zentral erfasst werden (z. B. bei den Statistischen Landesämtern). So könnten die Schadensentwicklung, tatsächlich anfallende Fehlerkosten, Einsparpotentiale und Handlungsfelder für Qualitätspolitik und -management besser erkannt werden. Es würde vermutlich auch einer Entlastung der Gerichte bzw. Fachsenate dienen, die sich leichter vernetzen und abstimmen könnten.

• Patientenrechte sind Menschenrechte. Ihr Ausbau bedeutet Demokratisierung, Partnerschaft statt professionellen Übergewichts.

31. August.2009

Dr. Winfried Beck

(Mitglied des erweiterten Vorstands
des vdää)

Peter Friemelt

Bundesarbeitsgemeinschaft der Pa-
tientInnenstellen und -Initiativen

BAGP

Waltherstraße 16a, 80337 Mün-
chen, Tel. 089-76755522,
Fax 089-7250474
E-Mail: mail@bagp.de
www.bagp.de

Presseerklärung des vdää zu den Bestechungsgeldern von Krankenhäusern an niedergelassene Ärzte

Der Patient ist eine Ware – und Politiker und Ärztefunktionäre vergießen Krokodilstränen

Bundesweit ist das Entsetzen dar-
über groß, dass Ärzte Kopfgelder für
die Einweisung ihrer Patienten in be-
stimmte Kliniken von diesen Klinik-
trägern erhalten haben. Von Minis-
terin Schmidt bis zum Kammerpräsi-
denten Hoppe sind alle erschüttert
über das unethische Verhalten dieser
Ärzte. Dabei sind die jetzt bekannt
gewordenen Fälle nur das Symptom
einer schon lange bestehenden Ent-
wicklung: Seit Jahren wird das Ge-
sundheitswesen kommerzialisiert,
Krankheit ist immer mehr zur Ware
geworden und der Arzt deren Ver-
käufer. In der irrigen Vorstellung,
Konkurrenz könne die Kosten des
Gesundheitswesens senken und
zugleich die Qualität der Versorgung
steigern, wurden die Krankenkassen
zu konkurrierenden Dienstleistungs-
unternehmen, die Krankenhäuser zu
Anbietern von Gesundheitsleistun-
gen und die Ärzte zu Verkäufern
möglichst lukrativer medizinischer
Leistungen.

So ist es von der Politik gewollt.
Wenn Gesundheit oder Krankheit
zum Objekt von Profitinteressen
werden, warum soll der Vermittler
nicht auch profitieren? So mag die
zynische Entschuldigung der Betei-
ligten klingen. Doch untergräbt die
Annahme von Bestechungsgeldern
und anderer geldwerter Vorteile
massiv das vertrauensvolle Arzt-
Patienten-Verhältnis – und ist ver-
werflich.

Wenn die Ministerin Schmidt und
ihr Gesundheitsberater Lauterbach
jetzt ihre Empörung öffentlich laut-
stark formulieren, so ist das verlog-
gen, denn schließlich sind sie für die

se Entwicklungen mitverantwortlich.
Gesundheit soll eine Ware sein und
da ist die Verwertung des Patienten
als gewinnbringendes Objekt nur
konsequent. Krankenhäuser werden
zu ruinösem Wettbewerb gezwun-
gen, bei dem nicht die überleben
sollen, die die beste Medizin für ihre
Patienten bieten, sondern die die
lukrativsten Patienten akquirieren
und somit am besten wirtschaften
können – und sei es durch Beste-
chung, um an diese Patienten zu
kommen. Wir haben ein wirtschaftli-
ches Umfeld, in dem ein Manager,
der seinen Konzern mit 11 Milliar-
den € Schulden hinterlässt, noch 50
Millionen € Abfindung kassiert, ein
anderer seinen Betrieb in die Insol-
venz führt und dafür noch 15 Millio-
nen € erhält. So funktioniert das Sys-
tem und wenn es – übrigens auch
von vielen Ärzten – so gewollt wird,
dass Ärzte den Managern gleichen,
darf man sich nicht wundern über
das, was nun öffentlich wird.

Die Kritik von Montgomery und
Hoppe ist unlauter: Seit Jahren sind
Praktiken wie die jetzt öffentlich ge-
wordenen in der Ärzteschaft üblich.
So wurden früher offiziell Rabatte
von Großlabors auf kleinere Labor-
leistungen gewährt, wenn der Arzt
bestimmte teure Untersuchungen
bei diesem Labor anforderte. Ortho-
päden haben wirtschaftliche Bezie-
hungen zu Röntgeninstituten oder
unterhalten diese verdeckt sogar
selbst. Onkologen wurden von Apo-
theken, als es noch profitabel war,
dafür honoriert, dass sie bei ihnen
teure Krebsmittel für ihre Patienten
bestellten – ein Betrug an Patient

und Krankenkasse. Auch Kliniken
sind groß im Geschäft: Herzchirurgi-
sche Kliniken finanzieren Herzkathe-
termessplätze in kleineren Kranken-
häusern unter der Bedingung, dass
ihnen die dabei anfallenden Patien-
ten zur Operation zugewiesen wer-
den. Auch mit Reha-Kliniken gibt es
Absprachen. Diese Praktiken sind
lange bekannt und keine Einzelfälle,
sondern reichen inzwischen flächen-
deckend von Rabattabmachungen
bis zur direkten Bestechung. Doch
die Kammern haben kaum etwas
dagegen unternommen. Daher ist
weder die Empörung der Kammer-
funktionäre noch ihre Beteuerung,
es handele sich nur um Einzelfälle,
glaubhaft.

Der vdää sieht in den jetzt bekannt
gewordenen Kopfgeldern für einwei-
sende Ärzte ein Symptom für die
Kommerzialisierung des Gesund-
heitswesens, wie sie von der Politik
seit Jahren vorangetrieben wird.

**Der vdää fordert strafrechtliche
Konsequenzen in allen Fällen, wo
Patienten geschädigt oder die Gel-
der der Krankenkassen veruntreut
wurden, und die Bekanntmachung
der Namen der Ärzte und betrof-
fenen Kliniken. Die Ärztekammern
werden aufgefordert, die aufge-
zeigten Fälle nicht mehr als Einzel-
fälle zu bagatellisieren, sondern
die ärztliche Berufsordnung kon-
sequent anzuwenden.**

4. September 2009

Prof. Dr. Wulf Dietrich
Vorsitzender des Vereins Demokrati-
scher Ärztinnen und Ärzte

VDÄÄ
Geschäftsstelle
Nadja Rakowitz

Kantstraße 10
63477 Maintal
Telefon 06181 – 432 348

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

Offener Brief an Bundesverteidigungsminister Jung

Psychotherapeuten und Ärzte für den Frieden

Berlin, 31. August 2009

Sehr geehrter Herr Bundesminister Dr. Jung,

obwohl von Ihrem Haus bestritten, ist die Wahrheit offenkundig: Die Bundesrepublik Deutschland befindet sich in einem völkerrechtswidrigen Krieg in Afghanistan. Der vormalig von der UN sanktionierte Kampf gegen Ausbildungslager für nicht-afghanische Extremisten am Hindukusch ist lange schon Vergangenheit. Der zivile Aufbau im Land wird von den Truppen inzwischen eher behindert denn befördert, Tausende ziviler Opfer bringen die einheimische Bevölkerung gegen die Besatzer auf.

Opfer gibt es mittlerweile auch auf Seiten der deutschen Soldaten. Die Kämpfe werden in internationalen Medien als außerordentlich hart beschrieben. Weitere gefallene, verstümmelte und traumatisierte Soldaten sind zu befürchten. Es ist offensichtlich: Die Mission in Afghanistan ist gescheitert. Die deutsche Öffentlichkeit hat das längst begriffen.

Die Ablehnungsrate beläuft sich laut ARD Deutschlandtrend derzeit auf 69%! Nun soll die Psychotherapie die Heimatfront beruhigen, indem sie der deutschen Zivilbevölkerung die Beherrschbarkeit wenigstens eines Kriegsübels suggeriert. Damit der Krieg letztlich führbar bleibt, werden zudem zusätzliche PsychotherapeutInnen angeworben.

Die Politik erweckt den Eindruck, ein posttraumatisches Belastungssyndrom (PTBS) lasse sich per Psychotherapie dauerhaft beheben. Für traumatisierte Rückkehrer wurde eine Homepage geschaltet, die Hilfe verspricht; Oberfeldarzt Dr. Peter Zimmermann vom Bundeswehrkrankenhaus Berlin gibt Antworten zum Thema PTBS. Der Kriegsunterstützung im Inland dient ein Aufruf

im Bundesmitgliederbrief der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung: „In einem Gespräch im Verteidigungsministerium wurde uns die wachsende Anzahl traumatisierter Soldaten in Auslandseinsätzen deutlich gemacht. Trotz der internen Behandlungsmöglichkeiten bei der Bundeswehr, werden zusätzlich qualifizierte externe Psychotherapeuten gesucht.“ Beigelegt ist ein Formblatt, in dem sich der Therapeut bereit erklärt, kurzfristig einen Therapieplatz zur Verfügung zu stellen, nebst der Aufforderung, „den Aufgabern der Bundeswehr in ihren Auslandseinsätzen nicht ablehnend“ gegenüberzustehen.

Dazu erklären wir:

Wir, Ärzte und Psychotherapeuten, lehnen die Beteiligung der Bundeswehr am Krieg in Afghanistan ab. Wir sind in höchstem Maße besorgt über die gegenwärtige Tendenz der deutschen Bundesregierung, gesellschaftlichen und internationalen Konflikten mehr und mehr militärisch zu begegnen. Aus klinischer Erfahrung mit kriegstraumatisierten Menschen, darunter auch Soldaten, setzen wir uns für eine Gesellschaft und einen Staat in Frieden ein, die alle Anstrengungen konsequent auf gewaltfreie Konfliktbearbeitung konzentrieren. Denn der Krieg selbst ist bereits Ursache schwerer Traumatisierungen in der afghanischen Bevölkerung, und nun auch zunehmend unter den darin verwickelten deutschen Soldaten. Kriegstraumatisierung kann aus unserer Sicht nur in der Art sinnvoll behandelt werden, dass im therapeutischen Prozess klar zwischen Aggressor und Opfer unterschieden wird, zwischen denen, die der Gewalterfahrung ohne ihr Zutun hilflos ausgeliefert waren und denen, die eben diese Gewalt mit hervorbringen. Anderenfalls würden wir eine rein symptomatische Behandlung ohne kausalen Ansatz betreiben. Die Forderung, Therapie ohne kritische Hinterfragung des poli-

tisch-militärischen Kontextes zu betreiben, ist mit unserem Verständnis psychotherapeutischer Arbeit nicht vereinbar. Ist doch das angestrebte Ergebnis einer Therapie in jedem Fall die konsequente Gewalt-Prävention, um Amokläufen oder Suiziden, der Selbst- wie der Fremdgefährdung, vorzubeugen. Mit Horst-Eberhard Richter in der Frankfurter Erklärung (1982) halten wir „alle Maßnahmen und Vorkehrungen für gefährlich, die auf das Verhalten im Kriegsfall vorbereiten sollen“.

Den Aufruf des Verteidigungsministeriums, uns an der Behandlung von traumatisierten Soldaten zu beteiligen und uns damit für die Kriegsführung der Bundeswehr instrumentalisieren zu lassen, weisen wir daher zurück. Das ändert nichts an unserer Verpflichtung und Bereitschaft, in allen Notfällen unsere medizinische und psychotherapeutische Hilfe zur Verfügung zu stellen.

ErstunterzeichnerInnen:

Dr. Angelika Claußen, IPPNW-Vorsitzende
Matthias Jochheim, stellvertretender IPPNW-Vorsitzender
Dipl.-Psych. Michaela M. Müller, Psychologische Psychotherapeutin

Weitere UnterzeichnerInnen: [Hier nicht abgedruckt]

Deutsche Sektion der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges/ Ärzte in sozialer Verantwortung e. V.

International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW)

Bankverbindung IPPNW-Konto:
Bank für Sozialwirtschaft, Konto 22 22 210, BLZ 100 205 00
Körtestr. 10 10967 Berlin Telefon: 030/698 07 40 Telefax: 030/693 81 66

E-Mail ippnw@ippnw.de
www.ippnw.de

Integrierte Gesamtversorgung

Ein Werkstattbericht aus dem Projekt „Gesundes Kinzigtal“

von Helmut Hildebrandt und Werner Witzemath

Die 2005 gestartete Kooperation „Gesundes Kinzigtal“ ist ein bevölkerungsbezogenes Projekt der Integrierten Versorgung. Ausgeklügelte Präventionsangebote sollen helfen, Patienten besser zu betreuen und das Gesundheitssystem langfristig zu entlasten.

Die Finanzierung unserer Gesundheitsversorgung ist sehr auf Leistung orientiert. Um es mit einem Bild zu beschreiben: Sie belohnt den Retter, der mühsam die Menschen aus dem Fluss fischt, die einen Kilometer weiter oben wegen einer defekten Brücke in den Fluss gefallen sind. Aber sie gibt demjenigen keine Wertschätzung und kein Geld, der sich darum bemüht, genau diese Unfälle zu vermeiden.

Die Ärztinnen, die durch kluge Organisation von Lebensbedingungen, sozialen Beziehungen und einer intelligenten Versorgung Gesundheitsnutzen produzieren, dürfen dies in der Regelversorgung gerne tun, aber auf eigene Kosten. Geld verdienen die anderen. Eine Honorierung wäre gefragt die das erzielte Gesundheitsergebnis im Vergleich zur Regelversorgung zum Maßstab der Finanzierung macht. Erst eine solche wäre insofern „gerecht“, als sie die investierte Intelligenz und Organisationskraft refinanzieren und damit belohnen würde.

Ein mutiges Projekt

Mit einem bevölkerungsbezogenen Modell der Integrierten Versorgung (IV), dem Modell „Gesundes Kinzigtal“, glauben wir, eine mögliche Lösung für dieses Problem gefunden zu haben. Anders als in den krankheits- beziehungsweise indikationsbezogenen IV-Modellen übernehmen wir im Kinzigtal dabei die Versorgungsverantwortung für die gesamte Bevölkerung (soweit sie bei den Vertragskrankenkassen ver-

sichert ist). Bei dem Fachpublikum viel diskutiert, von den meisten wegen seines Mutes bestaunt, von der Ärzteschaft durchaus kritisch beäugt, versucht unser Modell Spielräume der IV für dieses Ziel zu nutzen. Die Krankenkassen AOK Baden-Württemberg und Landwirtschaftliche Krankenkasse Baden-Württemberg (LKK) wurden dafür als zwei gewichtige Partner gewonnen und die Zusammenarbeit ist auf einen langfristigen Zeitraum – bis 2015 – vertraglich fest vereinbart. Etwas über die Hälfte der 60.000 EinwohnerInnen des Kinzigtals, das mitten im Schwarzwald liegt, sind Mitglieder der AOK oder LKK. Der folgende Werkstattbericht soll einen Einblick in die Entwicklungen des Projektes geben, die Herausforderungen beschreiben und erste Indikatoren dafür heranziehen, ob wir mit einem Erfolg rechnen können. Erfolg bedeutet dabei einerseits einen wirtschaftlichen Gewinn und andererseits einen erhöhten Gesundheitsnutzen für die Bevölkerung im Kinzigtal. Wie wir dies erreichen möchten, soll in groben Umrissen beschrieben werden.

Die Kooperationspartner

Zwei Kooperationspartner haben das Projekt initiiert: zum einen das Ärztenetzwerk „Medizinisches Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e. V.“ (MQNK). Es besteht seit über 17 Jahren mit der Zielsetzung, innerärztliche Diskussion und Kooperation zu verbessern sowie die regionalen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und die bestmögliche Versorgung der Patienten aktiv mitzugestalten. Zusammengeschlossen haben sich circa 45 Hausärztinnen, Fachärztinnen, Psychotherapeutinnen und Krankenhausärztinnen.

Zum anderen ist es die OptiMedis AG. Sie besteht seit März 2003 mit Sitz in Hamburg und ist eine Aus-

gründung der im Bereich der IV langjährig positionierten Beratungsgesellschaft Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH. Die OptiMedis AG wurde speziell für die Umsetzung und Unterstützung von IV-Verträgen gegründet. Mit der Erfahrung von rund 18 Mitarbeitern und rund 120 Beratungsprojekten im IV-Bereich stellen beide Firmen zusammen ein Kompetenzteam für gesundheitsbezogene Managementleistungen zur Verfügung.

Circa eineinhalb Jahre investierten die Ärztinnen des MQNK wie die Kollegen der OptiMedis AG viel Geld und Zeit, um das Modell einer Integrierten Gesamtversorgung im Kinzigtal aufzubauen. Ende 2005, nach erfolgreichen Verhandlungen mit der AOK Baden-Württemberg erfolgte der Zusammenschluss der Partner zur „Gesundes Kinzigtal GmbH“, einer Managementgesellschaft zur Realisierung des IV-Populationsvertrages nach Paragraph 140 a-d Sozialgesetzbuch V, der seit 1. November 2005 in Kraft ist. Ende 2006 hat sich die LKK Baden-Württemberg dem Vertrag angeschlossen. An der Gesellschaft sind die Netzärztinnen mit 66,6 Prozent, die OptiMedis AG mit 33,4 Prozent beteiligt. Die Geschäftsführung der Gesellschaft hat OptiMedis übernommen.

Patienten aktiv einbeziehen

Patienten nehmen am Projekt „Gesundes Kinzigtal“ teil, indem sie sich einschreiben und einen „Arzt des Vertrauens“ wählen, der sie betreut und die Daten ihrer medizinischen „Karriere“ sammelt. Damit sie keine Einschränkung ihrer Entscheidungsfreiheit hinnehmen müssen, können sie alle anderen medizinischen Einrichtungen der Region und auch darüber hinaus nach eigenem Gutdünken nutzen.

Gleichzeitig mit der Einschreibung werden sie Mitglied von „Gesundes Kinzigtal“. Sie werden zu den jährlich stattfindenden Mitgliederversammlungen eingeladen, erwerben Rechte auf Beteiligung (Wahl des Patientenbeirats, Verfügung über einen Patienten-Ombudsmann für etwaige Beschwerden) und erhalten zusätzliche Leistungen, mit dem Ziel, ihre Gesundheit optimal zu erhalten. Diese zusätzlichen Leistungen sind meist kostenlos. Zum Teil sind sie mit gewissen Kosten verbunden, die bei dauerhafter Beteiligung und Erfolg – zum Beispiel beim Nichtrauchertraining und Nachweis der Nikotinabstinenz nach einem Jahr – wieder erstattet werden.

In der ärztlichen Praxis hat dadurch die Arbeitsbelastung zunächst zugenommen. Die salutogenetische Ausrichtung der Patientenbetreuung, die Gesundheit als Prozess und nicht als Zustand versteht, umfasst eine für jeden Eingeschriebenen zeitaufwändige Eingangsuntersuchung mit Erhebung von Präventionspotenzialen und Risiken. Außerdem beinhaltet sie die Erstellung einer Prognose zur Entwicklung des Gesundheitszustandes durch den Arzt und durch den Versicherten selbst. Auch wird eine gemeinsam erarbeitete risikoangepasste Zielvereinbarung geschlossen.

Die Vereinbarungen werden am Behandlungsauftrag und am individuellen Lebenshintergrund des Patienten ausgerichtet. Die Gesundheitsziele sollen für ihn leicht erreichbar sein, Erfolgsdruck vermieden werden und der Prozess auf Nachhaltigkeit angelegt sein sowie die Bereitschaft des Patienten zur Kooperation und zur Therapietreue gefördert werden. Je nach Art der Erkrankung oder der individuellen Notwendigkeit der Gesundheitsplanung werden regelmäßige Folge-treffen zur Therapie- und Entwicklungsbesprechung vereinbart.

Das Projekt „Gesundes Kinzigtal“ beinhaltet eine Vielzahl von Programmen (siehe nebenstehende Tabelle). Ein Beispiel ist das Pro-

gramm „Psychotherapie akut“. Hier erhält der in einer Hausarztpraxis aufgefallene Patient mit einer eventuell vorhandenen psychischen Begleitproblematik kurzfristige Interventionstermine bei einem der psychologisch oder psychiatrisch tätigen Kollegen. Durch eine zeitnahe Intervention sollen eine Chronifizierung und weitere Somatisierung des eigentlich psychischen Problems verhindert und damit erhebliche Folgekosten eingespart werden.

Aktive Rolle des Managements

Die Managementgesellschaft „Gesundes Kinzigtal GmbH“ trägt die Organisationsverantwortung für den Aufbau und den Ablauf des Projekts, die Reorganisation der Versorgungsabläufe und für die Optimierung der Versorgungssteuerung der eingeschriebenen Versicherten. Sie diskutiert mit den regionalen Leistungspartnern, schließt Leistungserbringerverträge und arbeitet an der Entwicklung der Arztpraxen. Auch plant sie einzelne Projekte und organisiert dafür Kooperationen mit industriellen Interessenten, überwacht den Aufbau der elektronischen Kommunikation, vereinbart die notwendige Evaluation etc.

Ein wichtiges Thema ist die über die einzelne Praxis hinausgehende Organisation von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten, zum Beispiel von Bewegungsangeboten mit den Sportvereinen im Kinzigtal, von Wettbewerben rund um das Thema Ernährung mit Schulen, von Kampagnen zur Nichtraucherförderung mit Gaststätten und gemeinsam mit der AOK einer Kampagne zur Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben. Die Kombination von Managementwissen und vom am Praxisalltag orientierten ärztlichen Wissen vermeidet Fehlentwicklungen. Die Managementgesellschaft steht in ständigem Austausch mit einem ärztlichen Beirat und anderen ärztlichen Leistungsträgern.

Wie vergütet wird

Die Ärztinnen entwickeln in ihren Praxen eine bessere Gesundheitsversorgung in Gemeinschaft mit

dem Management, den Patienten, anderen medizinischen Leistungspartnern und den Krankenkassen. Sie arbeiten mit einem höheren Zeitkontingent für die Belange der Patienten sowie nach evidenzbasierten Leitlinien, die den praktischen Bedürfnissen angepasst sind. 80 Prozent der Praxen haben ein einheitliches Praxisverwaltungssystem mit Internetanbindung und kommunizieren elektronisch vernetzt miteinander und mit den Krankenhäusern der Region. Die persönliche elektronische Patientenakte für Risikopatienten ist fast fertig, die Gründung der Laborgemeinschaft „Gesundes Kinzigtal“ vollzogen. Die Managementgesellschaft versucht, wo immer möglich, eine Verwaltungsminimierung durch Entwicklung und Einführung elektronischer Hilfsmittel zu erreichen, um die Praxen zu entlasten.

Die ärztlichen Leistungspartner werden von der Managementgesellschaft für ihren zusätzlichen Zeitaufwand nach Extra-Tarifen bezahlt, die vom Management und dem ärztlichen Beirat gemeinsam beschlossen werden. Damit erhalten sie eine dem individuellen Engagement und in Teilen eine erfolgsabhängig angepasste Einzelleistungsvergütung. Diese variiert von Praxis zu Praxis und je nach Engagement und Fachrichtung und beläuft sich auf Beträge zwischen 5.000 und 20.000 Euro pro Jahr.

Die zusätzlich generierten Einkommen sollen nicht mehr als 20 bis 25 Prozent des gesamten Einkommens der Ärztinnen betragen, und es soll keine direkte Beziehung zwischen individueller Entscheidung und individueller finanzieller Auswirkung im Anreizsystem bestehen. Neben dieser unmittelbaren und eigentlich nur als „Aufwandsentschädigung“ gedachten Zusatzvergütung erhalten die beteiligten Ärztinnen als Mitglieder des Ärztenetzes und somit Gesellschafter einen Anteil an einem etwaigen Erfolg des Projekts.

Die Vergütung der anderen Leistungserbringer, wie der Krankenhäuser, der Physiotherapeuten,

Überblick der angebotenen Programme

Programm	Inhalt	Ziel
Starkes Herz	Gesundheitsprogramm für herzinsuffiziente Patienten. 2-Kohorten-Programm entweder (a) mit hausärztlicher intensivierter Betreuung zusammen mit den Arzthelferinnen oder (b) telemedizinischer Betreuung.	Senkung der Mortalität, Erhöhung von Lebensqualität
Rauchfreies Kinzigtal	Multimodales Programm zur Unterstützung von Rauchern, die mit dem Rauchen aufhören wollen. Bestandteile: laufende Betreuung durch den Arzt, vielfältige Entwöhnungsmethoden, Medikation, öffentliche Veranstaltung/Kampagne, Gruppentreffen	Senkung der Raucherquote im Kinzigtal; Steigerung der Lebensqualität und Senkung der Krankheitslast. – Aufmerksamkeit der Bevölkerung durch Nichtraucher Gesetze (BaWü + Bund) nutzen
Psychotherapie-Akut	Patienten in akuten psych. Krisen erhalten zeitnah ein Therapieangebot für eine kurzfristige Krisenintervention	Reduktion der Wartezeitproblematik bei Psychotherapieplätzen in Krisensituationen für eine rechtzeitige Stabilisierung des Patienten
AGiL (Aktive Gesundheitsförderung für Ältere im Kinzigtal)	Leicht verändertes Programm des Albertinenhauses in Hamburg (Dt. Präventionspreis 06). Interdisziplinäres Team aus Geriater, Sozialpädagogen, Ernährungs- und Bewegungstherapeuten schult und berät Personen über 60, die nicht pflegebedürftig sind und sich ohne kognitive Beeinträchtigung zu Hause versorgen, zu den Themen Bewegung, Ernährung, Vorsorge und gesundheitlich relevanten Aspekten.	Public-Health basierter Ansatz zur Verhinderung der Neuentstehung von Krankheit und Behinderung im höheren Lebensalter mit dem Ziel, langfristig schwerwiegende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern.
Gesundes Gewicht	Diabetes Präventionsangebot mit Screeningkonzept, Bewegungsförderung, Ernährungsberatung, evtl. verbesserter Medikationseinstellung	Qualitätsgesteuerte und frühzeitige Erkennung und Versorgung von Patienten mit Metabolischem Syndrom und evtl. Verhinderung der Manifestation des Diabetes mellitus Typ 2
Starke Muskeln – feste Knochen	Multimodales Programm zur Prävention von Frakturen aufgrund von Knochenschwund/Osteoporose. Bestandteile: Bewegungsförderung, Ernährung, leitliniengemäße Medikation, Gehörtraining	Prävention von Knochenschwund und Sturz- und Frakturprävention

der Pflegedienste etc. erfolgt weitestgehend noch nach den jeweiligen Regelversorgungsbedingungen. Erste Abweichungen, also zusätzliche Vergütungen, sind mit den PhysiotherapeutInnen für die gezielte Anleitung von Osteoporosepatienten vereinbart.

Gesunde Patienten sind ein Gewinn

Seit 1. Juli 2007 ist die Phase der Anschubfinanzierung abgeschlossen, in der circa drei Millionen Euro für den Aufbau des Managements, der Qualitätssicherung, der wissenschaftlichen Begleitung und der gewünschten Zusatzleistungen geflossen sind. Das Projekt finanziert sich nun ausschließlich aus selbst generierten Einsparungen beziehungsweise zusätzlich eingeholten Projekt- und Drittmitteln. So hat die „Gesundes Kinzigtal GmbH“ im Wettbewerb des Bundesministeriums für Bildung und Forschung um die „Gesundheitsregion der Zukunft“ einen Preis von 100.000 Euro gewonnen.

Berechnungsgrundlage der Einsparungen sind die normalerweise zu erwartenden Gesamtkosten aller knapp 32.000 AOK/LKK-Mitglieder der Region gegenüber den tatsächlich entstandenen Ist-Kosten. Die Gesamt-Ist-Ausgaben liegen zurzeit bei etwa 54 Millionen Euro.

Die „Gesundes Kinzigtal GmbH“ investiert, leistet und erhält Erträge aus ihrem Erfolg. Sie unterscheidet sich allerdings von einem ganz normalen Unternehmen in einem wichtigen Punkt: Ihr Ertrag entsteht aus ihrem Anteil an den erfolgten Einsparungen der Versorgungskosten für die AOK/LKK-Versicherten. Die Einsparung teilt sie nach einem festen Schlüssel mit den Krankenkassen. Die erwirtschafteten Erträge sind also für alle Partner abhängig von der erreichten Einsparung, das heißt, es besteht eine starke gemeinsame Tendenz, im Interesse der Gesundheit der Patienten zu kooperieren.

Fortlaufende Evaluation

Das Projekt „Gesundes Kinzigtal“ wird über die gesamte Laufzeit evaluiert. Die Koordination der insgesamt auf circa eine Million Euro Kosten veranschlagten Evaluation wird von der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg unter Einbindung wissenschaftlicher Fachgesellschaften und Organisationen im Bereich der Versorgungsforschung durchgeführt.

Gemessen werden die gesundheitsökonomischen Effekte, insbesondere die Ergebnisqualität der medizinischen Ergebnisse, die Patientenzufriedenheit und die Berufszufriedenheit der teilnehmenden Ärztinnen. Zentrale Fragestellungen sind:

- wie weit eine Qualitätsverbesserung und eine stärkere Patientenaktivierung erreicht werden,
- welche Indikatoren gesundheitliche Ergebnisse bei Patienten in niedergelassenen Praxen valide messen können,

- ob das Projekt in die Regelversorgung implementiert werden kann,
- ob es ohne Qualitätseinbußen wirtschaftlicher ist als die Regelversorgung und
- ob die Kommunikation und fachliche Kooperation der Gesundheitsanbieter verbessert werden.

Salutogenese in der Praxis

Die Integrierte Versorgung im Kinzigtal verfolgt einen salutogenetischen Ansatz, weil sie Gesundheit als einen Prozess versteht, in dem Gesundheitspotenziale der Patienten gesehen und gefördert werden und in dem jedes Ereignis eine Chance zur gesundheitlichen Entwicklung darstellt. Allerdings gibt es noch eine ganze Reihe von Problemen: Auch die Ärztinnen im Kinzigtal sind gewöhnt, mehrheitlich

noch klassisch pathogenetisch zu denken, das heißt zunächst an die Defizite der Patienten und nicht an ihre positiven Ressourcen. Es wird nicht so einfach sein, salutogenetisches und pathogenetisches Denken ins richtige Verhältnis zu setzen.

Um als Coach ihre Patienten besser zu unterstützen, werden die Ärztinnen noch manche Techniken erlernen müssen wie Gesprächstechniken für eine partizipative Entscheidungsfindung. Zweifelsfrei wird die salutogenetische Sicht in den Praxen nicht so kompromisslos umsetzbar sein, wie es wünschenswert wäre. Aber der für die Patienten und die ärztliche Arbeit wesentlichste Teil, das Gespräch mit den Patienten bei der Gesundheitsuntersuchung, bei der es um die Motivation zur Eigenverantwortlichkeit und zur Verbesserung eines persönlich

zu erwerbenden Gesundheitspotenzials geht, wird durch diese Ausrichtung eine neue Qualität bekommen.

Helmut Hildebrandt

geb. 1954, ist Apotheker und Gesundheitswissenschaftler in Hamburg. Er ist Geschäftsführer der „Gesundes Kinzigtal GmbH“. hh@gesundes-kinzigtal.de

Werner Witztenroth

geb. 1943, ist hausärztlicher Internist in Gengenbach (Kinzigtal) und Sprecher des Ärztlichen Beirats der „Gesundes Kinzigtal GmbH“. ww@gesundes-kinzigtal.de

Aus Dr. Mabuse, Nr. 177 (Januar/Februar 2009), wir danken Verlag und Autoren für die Genehmigung zum Abdruck.

Die „Gesundes Kinzigtal GmbH“...

... wurde vom Medizinischen Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e. V. und der auf Integrierte Versorgung spezialisierten OptiMedis AG aus Hamburg gegründet.

Die Managementgesellschaft hat das Ziel, mit den Patienten, den Leistungserbringern und den Krankenkassen der Region Kinzigtal eine besser organisierte und stärker auf Prävention ausgerichtete Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung aufzubauen.

Zu diesem Zweck hat sie mit den Krankenkassen AOK Baden-Württemberg und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg (LKK) Verträge zur Integrierten Vollversorgung von circa 32.000 Versicherten über sämtliche Sektoren und Indikationen abgeschlossen.

Etwa die Hälfte der Ärztinnen des Kinzigtals und die St. Josefsklinik Offenburg sind zurzeit dem Modell angeschlossen, weitere Kooperationen bestehen mit anderen Kliniken und Apotheken aus der Region.

Die Autoren des Beitrags laden die Leserinnen ein, die Weiterentwicklung des Projektes auf der Homepage www.gesundes-kinzigtal.de zu verfolgen. Die Managementgesellschaft bietet auch die Möglichkeit für Praktika und Assistentenstellen an. Im Verbund mit Kliniken aus dem Kinzigtal startet sie gerade ein Programm dem sie ein umfassendes Weiterbildungsangebot für alle Stationen in der Allgemeinmedizin ausschreibt. Interessentinnen können sich unter www.foerderprogramm-allgemeinmedizin.de bewerben.

20 Jahre VDPP

Der Traum von sozialer Pharmazie

von Christiane Berg, Hamburg

Den Ausbau der pharmazeutischen Profession zur Stärkung der sozialen Pharmazie forderte in einem Festvortrag anlässlich des 20-jährigen Bestehens des „Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten“ (VDPP) Professor Rolf Rosenbrock, Berlin.

Beispielhaft schilderte er im Ausland praktizierte Kooperationen zur Gewährleistung einer patientenorientier-

ten Pharmazie unter Einbezug von Apotheken. So nehmen Apotheken in Großbritannien neben den üblichen pharmazeutischen Aufgaben auch gesondert honorierte Dienstleistungen wahr, indem sie zum Beispiel im Rahmen des „medicines use review“ (MUR) Patienten ausführlich über die Einnahmemodalitäten der verordneten Arzneimittel informieren. Der behandelnde Arzt erhält Rückmeldung über das Ergebnis der Beratung.

Im französischsprachigen Teil der Schweiz, so Rosenbrock weiter, sind gemeinsame Qualitätszirkel von Ärzten und Apothekern so erfolgreich umgesetzt worden, dass diese Aktivitäten nunmehr landesweit angeboten werden. In den Zirkeln unter Leitung speziell qualifizierter Apotheker werden Verordnungsanalysen zur Verbesserung der Effizienz und Sicherheit der ärztlichen Verordnungen diskutiert.

In Australien wird seit vielen Jahren das Konzept eines „home medicine review“ (HMR) umgesetzt, das auf der Kooperation von Ärzten und Apothekern basiert. Bei Patienten mit komplexer Medikation führen Apotheker auf Anweisung der

Bedarfsgerecht, zugänglich, evidenzbasiert: Die Theorie und Praxis der sozialen Pharmazie, die die sichere Versorgung der gesamten Bevölkerung mit bestmöglichen Medikamenten garantiert, müsse Bestandteil einer rationalen und

mit der offiziellen Meinung ist und somit als Stachel im Fleisch auch der Berufsorganisationen wirkt, sprach Petra Kolle, die die Grüße des Vorstands der Apothekerkammer Hamburg überbrachte.

PZ PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG

Hausärzte beim Patienten zu Hause eine Analyse der eingenommenen Arzneimittel durch und prüfen, ob gegebenenfalls eine Umstellung der Medikation notwendig ist.

Übernahme von Verantwortung

„Unterschiedliche Versorgungsmodelle implizieren unterschiedliche Rollen für den Apotheker“: Allen gemein ist, das diese durch Übernahme professioneller Verantwortung ihren Beitrag zur patientenorientierten und somit sozialen Pharmazie in Kooperation mit anderen Anbietern im Gesundheitswesen auf Basis qualifikationsfördernder Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen leisten, sagte Rosenbrock. Derartige Managed-care-Modelle hätten wie alle gesundheitspolitischen Steuerungsmaßnahmen neben den erwünschten Effekten durchaus auch unerwünschte Wirkungen, so der Referent. So gebe es ökonomische Anreize zur Leistungsverweigerung und auch zur Ausgrenzung von Patienten, die aus gesundheitlichen oder sozialen Gründen einen höheren Aufwand benötigen. Dem könne nur durch verbindliche Qualitätssicherung, durch angemessene Qualifikation der Leistungserbringer sowie durch Stärkung der Patientenrechte entgegengewirkt werden.

Bei der Einbindung von Apotheker/innen in Konzepte der integrierten Versorgung erweitert sich ihr Auftrag. Im Fokus steht dann zum Beispiel die gemeinsam mit Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe umzusetzende und arbeitsteilig organisierte pharmazeutische Betreuung, die Zusammenführung und Bewertung von Versorgungsdaten oder aber die Auswahl und der Einkauf von Arzneimitteln.

humanen Gesundheitspolitik sein. Diese wiederum müsse dafür sorgen, dass „jeder Mensch mit einem Gesundheitsproblem zur richtigen Zeit den richtigen Eingang in die Versorgung findet und dort auf integrierte und nutzerfreundliche, vernetzte Strukturen trifft, in denen gut ausgebildete Fachkräfte unter ergebnisorientierten Anreizen und mit geeigneter Technologie qualitativ gesichert, freundlich, respektvoll und ressourcenorientiert diagnostizieren, therapieren, rehabilitieren, pflegen und unterstützen“.

„Diese Vorstellung ist noch ein Traum, doch Träume sind wichtig, da man sonst nicht weiß, wofür man kämpft“, sagte Rosenbrock. Für den VDPP als Verfechter der sozialen Pharmazie werde es immer wieder darauf ankommen, die gegenwärtige Lage zu analysieren, um dann Schritte zur Erfüllung des Traumes einzuleiten. Rosenbrock sprach von einem „unabsehbar langen Prozess“. Um die Chancen für ein glückliches Ende zu erhöhen, seien Vereinigungen wie der VDPP unabdingbar. Diesem, so Rosenbrock, wünsche er für die nächsten Jahrzehnte viel Erfolg im Kampf um eine dem Stand der Möglichkeiten entsprechende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Stachel im Fleisch

Das nunmehr zwanzigjährige Engagement des VDPP begrüßte auch Götz Schütte, der im Namen der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände – ABDA, Berlin, ein Grußwort sprach. „Ihr kleiner, aber feiner Verein wird gebraucht. Unterschätzen Sie nicht die Effekte Ihrer Arbeit auch auf die Standesvertretungen“, so Schütte. Von der dringenden Notwendigkeit eines Vereins, der nicht immer kongruent

„Wer etwas verändern will, muss es selbst tun. Er muss sich selbst kümmern“, sagte Kolle. Sind im VDPP Kollegen und Kolleginnen aus Bundes- und Landesbehörden, Krankenkassen, Verbänden, Forschung und Lehre, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, der Industrie oder aber Organisationen des Verbraucherschutzes vertreten, so gebe es kaum eine weitere Vereinigung, in der so zahlreiche Repräsentanten der unterschiedlichen Bereiche der Pharmazie miteinander zusammenwirken und sich austauschen, sagte sie.

Als weitere Gäste konnte VDPP-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Schulz auch Repräsentanten der BUKO-Pharmakampagne, des „Verbands demokratischer Ärztinnen und Ärzte“ (VDÄÄ), des „Bundesverbandes der Pharmaziestudierenden in Deutschland“ (BPhD), des „Bundesverbandes der Apotheker im öffentlichen Dienst“ (BApÖD), der „Apotheker ohne Grenzen“ sowie des Aktionsbündnisses „medico international“ begrüßen. Schulz verwies auf VDPP-Aktivitäten der nächsten Jahre, die auf der Mitgliederversammlung im Vorfeld des Festaktes diskutiert worden sind. Der VDPP hat sich die Demokratisierung des Gesundheitswesens auf Basis des Solidaritätsprinzips und transparenter Strukturen auf die Fahnen geschrieben. „Angesichts der fortschreitenden Privatisierung und Ökonomisierung des Gesundheitswesens, verbunden mit dem gleichzeitigen Abbau sozialstaatlicher Verantwortung, unterstreichen wir mit unserer Namensgebung die Bedeutung demokratisch legitimierter Entscheidungen und Mitbestimmungsstrukturen sowie unseren Anspruch auf Teilhabe“, heißt es im aktuellen VDPP-Programm.

Aus der Pharmazeutischen Zeitung Nr. 27/2009. Wir danken für die Genehmigung zum Abdruck.



**Der nächste VDPP-Rundbrief
erscheint im Dezember 2009.**

**Redaktionsschluss ist
am 30. November 2009.**



Vorstand:

Jana Böhme
rix47@gmx.de

Bernd Rehberg
bernd@bernd-rehberg.de

Dr. Thomas Schulz
TGSchulz@web.de

Florian Schulze
Florian.schulze@web.de

Geschäftsstelle:

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

Tel.: 040 63917720
Fax: 040 63917724

geschaeftsstelle@vdpp.de
www.vdpp.de