

VDPP • RUNDBRIEF

22. Jahrgang

11 / 2010

Mitteilungen des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten



Unsere Ziele:

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

- unabhängig
- überparteilich
- patientenorientiert

RB aus dem
79 INHALT

Geriatrische Pharmazie

Mitgliederversammlung
2010 – Nachlese

VDPP-Herbsttagung

Ek subah – ek shaam

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

zunächst einmal müssen wir uns für das verspätete Erscheinen dieses Rundbriefs entschuldigen und geloben Besserung.

In dieser Ausgabe findet ihr nicht nur die üblichen Berichte von Mitgliederversammlung und Herbsttagung, sondern u. a. auch zwei Beiträge von Mitgliedern, die ihrer pharmazeutischen Tätigkeit gerade auf dem indischen Subkontinent nachgehen bzw. nachgingen.

Vielleicht versteht die eine oder andere LeserIn, die/der ebenfalls wenigstens gelegentlich außerhalb der konventionellen pharmazeutischen Berufsfelder tätig ist, das als Anregung, darüber auch einmal einen Beitrag für den Rundbrief zu verfassen. Die Redaktion freut sich über jede Unterstützung.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

das Redaktionsteam

*Redaktionsschluss für den
VDPP-Rundbrief Nr. 80:
15. Januar 2011*

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

Grußwort des Vorstands

Florian Schulze 3

Heimversorgungsverträge : JA – Pharmazeutische Geriatrie: NEIN

Ingeborg Simon 4

„Ek subah, ek shaam“

Christl Trischler 6

45 Jahre Pharmazie Ost (Teil 2)

Ingeborg Simon 10

Report from Kolkata

Jana Boehme 15

Der zweite Artikel vom Pilger Bernd

Bernd Rehberg 16

Protokoll der MV 2010 18

Bericht der Referentin zur MV

Katja Lorenz 22

Rechenschaftsbericht des Vorstands

Thomas Schulz 22

Finanzbericht 2009

G. Meiburg / J. Große 25

Finanzplan 2010 26

Vorstand 20.06.10

Vorstand 24.07.10

Vorstand 19.09.2010

Anne Paschke 27

Webadressen für Wissensdurstige

Ulrike Faber 28

Jahrestreffen von HAI Europe

Anne Paschke 29

VDPP-Herbsttagung

Anne Paschke 30

Stellungnahme zum AMNOG 34

TERMINE 36

DOKUMENTATION

Heftige Kritik an Plänen zur Nutzenbewertung

Kirsten Sucker-Sket 37

Verum oder Placebo?

Stephanie Schersch 38

Einstieg in die Kopfpauschale 39

Kooperation Uni Köln / Bayer soll offengelegt werden 40

ÄrztInnen sind keine Brötchenverkäufer! 40

Eine sozialpolitische Ohrfeige 41

Presseerklärung zum GKV- Finanzierungsgesetz vdää 42

Lizenzen für bezahlbare Forschungsergebnisse

BUKO-Pharmakampagne 42

Schreiben Pharmafirmen Gesetze? 43

Grußwort des Vorstands

Liebe Freundinnen und Freunde,

der Herbst ist heiß, zumindest in der Gesundheitspolitik. Zu Recht haben wir uns als Pharmazeuten auf das AMNOG (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz) gestürzt, eine umfassende Stellungnahme erarbeitet und ein erfolgreiches Herbstseminar veranstaltet. Über die Diskussion um das AMNOG dürfen wir aber nicht vergessen, dass ein noch wichtigeres Gesetzvorhaben im parlamentarischen Verfahren ist: das GKV-Finanzierungsgesetz (FinG). Laut Umfragen lehnen zwar 80 Prozent der Menschen das Gesetz ab, aber nur eine Minderheit weiß, was es tatsächlich beinhaltet.

Der Inhalt in Kürze: Die Zusatzbeiträge können künftig in beliebiger Höhe und unabhängig vom Einkommen erhoben werden. Die Belastung der bzw. des Einzelnen wird auf durchschnittlich 2 Prozent des jeweiligen beitragspflichtigen Einkommens begrenzt. Abhängig von der Krankenkasse kann die zu entrichtende Summe aber auch deutlich darüber oder darunter liegen. Den Teil der Zusatzbeiträge, der über den durchschnittlichen 2 Prozent liegt, bezahlt per Steuerzuschuss der Bund. Die bisherigen einkommensabhängigen Beiträge werden für 2011 leicht angehoben und auf diesem Niveau eingefroren.

Was bedeutet diese nüchterne Aufzählung für die Menschen?

Das FinG markiert nicht weniger als einen Paradigmenwechsel in der Finanzierung des Gesundheitssystems. Die Zusatzbeiträge, eine unrühmliche Hinterlassenschaft der großen Koalition, werden als Einstieg in das Kopfpauschalensystem genutzt. Sie werden künftig pauschal erhoben, die Sekretärin bezahlt also den gleichen Betrag wie die Personalchefin. Menschen mit niedrigen Einkommen werden viel höher belastet als Gutverdienende. Die zweiprozentige Obergrenze klingt nach einer nur mäßigen Belastung – sie muss aber nach Abzug aller Steuern, Beiträge und Fixkosten (Miete, Energie, Nahrungsmittel, Mobilität etc.) bezahlt werden und addiert sich natürlich

mit der bestehenden Belastungsgrenze bei den Zuzahlungen. Schnell sind 10 Prozent des frei verfügbaren Einkommens dafür ausgegeben.

Der „Sozialausgleich“ hat diesen Namen nicht verdient. Natürlich bezahlt jeder Mensch Steuern, auch wenn er keine Einkommensteuer zahlt. Einkommensunabhängige Steuern machen über zwei Drittel des Steueraufkommens aus. Konsumsteuern wie die Mehrwertsteuer zahlen gerade ärmere Menschen überproportional, sind diese doch gezwungen, den größten Teil ihres Lohns für den Lebensunterhalt auszugeben. Der „Sozialausgleich“ speist sich also aus einem Topf, der in nicht unerheblichem Maße von den Hilfeempfängern selbst gefüllt wird.

Die Fixierung der einkommensabhängigen Beiträge ist vor allem eine Entlastung der Arbeitgeber und der Besserverdiener. Das FDP-Ziel der Entkopplung von Arbeits- und Gesundheitskosten ist damit erreicht – zumindest für künftige Kostensteigerungen. Diese werden über Zusatzbeiträge allein die Versicherten tragen.

Nach den gegenwärtigen Berechnungen werden in zehn Jahren alle Menschen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze abhängig vom „Sozialausgleich“ sein, denn die Zusatzbeiträge werden ab 2012 schnell ansteigen und 2020 ca. 100 Euro betragen, wenn sich die Einnahme- und Ausgabenseite weiter wie bisher entwickeln. Und entsprechend hoch ist dann die Belastung des Bundeshaushaltes. Der Finanzminister wird damit ein direktes Mitspracherecht bei der Gesundheitsversorgung der Versicherten haben. Die Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages soll nicht ohne Grund schon jetzt in Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Finanzministerium erarbeitet werden. Zum Schluss kann die Überlastung des Bundeshaushaltes nur zwei Konsequenzen nach sich ziehen: Entweder die individuellen Belastungen werden weiter angehoben, z. B. durch die Anhebung der

2-Prozent-Grenze („Stärkung der Eigenverantwortung“ in der Sprache von Wirtschaft und Regierung) oder die Gesundheitsversorgung wird auf eine Basisversorgung reduziert. Eine umfassende Versorgung nach aktuellem Standard wird dann nur noch durch Zusatzversicherungen möglich sein („Erhöhung der Wahlfreiheit“ im Regierungsjargon).

Der Umbau des Gesundheitssystems kann als dritter großer Angriff auf den Sozialstaat gewertet werden – nach dem rot-grünen Hartz IV und der Zerschlagung der Rentenformel.

Gerade die Leistungserbringer im Gesundheitswesen, z. B. die Offizin-apothekerinnen und -apotheker, sind einerseits Antennen und andererseits auch Multiplikatoren. Sie können aus den Gesprächen mit den Patientinnen und Patientinnen die Stimmung ablesen, aber auch beeinflussen. Und so haben nicht zuletzt wir in unserem Berufsumfeld die Möglichkeit, gegen die zutiefst unsozialen Pläne der Regierung zu arbeiten und sie zu entlarven. Denn Politik ist das, was zwischen den Menschen geschieht (nach Hannah Arendt).

Nun ist das Grußwort doch eher zu einer Streitschrift geraten. Naja, was soll man machen ...

Florian Schulze
(für den Vorstand)



Heimversorgungsverträge : JA – Pharmazeutische Geriatrie: NEIN

von Ingeborg Simon

Zwei Geschichten sollen hier erzählt werden, die zusammen betrachtet das uralte Lied von dem Konflikt zwischen Ethik und Mone-tik anstimmen.

Geschichte Nr. 1

Heimversorgende Apotheken sind nach § 12a Abs. 1 Apothekengesetz (ApoG) verpflichtet, zur Versorgung von Bewohnern von Heimen mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten mit dem Heimträger einen schriftlichen Vertrag zu schließen, der der Genehmigung der zuständigen Behörde bedarf. Da sich diese Regelung gesetzlich verpflichtend bisher nur an den Apotheker richtete und nicht an den Heimträger, kam es nur dann zum Abschluss von Verträgen, wenn eine Heimleitung sich freiwillig dazu bereit erklärte. Diese Situation hat sich inzwischen geändert. Nachdem die Zuständigkeit für die Heimgesetzgebung aufgrund der Föderalismusreform vom Bund auf die Länder übergegangen ist, sind die Länder in der Pflicht, landeseigene Heimgesetze zu erlassen.

In Berlin ist seit dem 1. Juli 2010 ein solches Gesetz in Kraft, das „Gesetz über Selbstbestimmung und Teilhabe in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen“ (Wohnteilhabe-gesetz – WTG). Auf Initiative der Apothekerkammer Berlin wurde eine mit dem Text des ApoG korrespondierende Regelung zur Verpflichtung des Heimträgers, Versorgungsverträge mit einer Apotheke abzuschließen, in das WTG aufgenommen. Nach § 11 Abs. 3 Nr. 3 WTG haben der Leistungserbringer und die Leitung einer stationären Einrichtung mit Inhabern einer öffentlichen Apotheke vor Aufnahme der Versorgung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten einen Versorgungsvertrag nach § 12a ApoG zu schließen,

sofern die Versorgung der BewohnerInnen durch eine oder mehrere öffentliche Apotheken organisiert wird. Nach § 11 Abs. 2 Nr. 9 WTG hat der Heimträger im Land Berlin sicherzustellen, dass Arzneimittel bewohnerbezogen und ordnungsgemäß aufbewahrt werden und die zur Pflege und Betreuung eingesetzten Personen mindestens einmal im Jahr über den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln beraten werden, soweit Leistungserbringer diese verabreichen. Die Apothekerkammer, die die Chance zu dieser rechtlich bindenden Fest-schreibung im WTG erkannte und nutzte, freut sich jetzt über ihren Erfolg. Zu Recht! Auch wenn der Abschluss eines Versorgungsvertrages noch kein Geld in die Kasse bringt, so besteht damit jetzt für alle heimversorgenden Apotheken die berechtigte Hoffnung auf einen für sie lukrativen Zugang zu Menschen, deren Bedarf an Arzneimitteln und Medizinprodukten über-durchschnittlich hoch ist. Aber: Der Gesetzgeber sieht in dieser gesetzlichen Verpflichtung auch eine Maßnahme, die der Arzneimittelsicherheit der HeimbewohnerInnen und einer hohen Versorgungsquali-tät zu dienen hat (s. Begründung).

Hier endet die Geschichte Nr. 1.

Geschichte Nr.2

Auf Initiative der Fraktion Gesundheit mussten sich der Vorstand und der Ausschuss für Weiterbildung der Apothekerkammer Berlin im Frühjahr 2010 mit einem Prüfantrag der Fraktion auseinandersetzen. Thema dieses Antrags war das Weiterbildungsgebiet „Geriatrische Pharmazie“ – eine Zusatzqualifikation, mit der sich aufgrund ihrer Aufnahme in die Musterweiterbildungsordnung der Bundesapothekerkammer jede Kammer auseinandersetzen sollte. Sie muss prüfen, ob diese in die Weiterbildungsord-

nung des Landes übernommen werden soll. Die laufenden öffentlichen Debatten über die Probleme des demografischen Wandels und seine Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung legen die Prüfung eines solchen berufsspezifischen Beitrags zumindest nahe – auch in Berlin.

Wichtige Anregungen und Entscheidungshilfen dafür lassen sich insbesondere für die Apotheken in dem im Mai 2009 veröffentlichten Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen finden (Sondergutachten 2009 „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“). Hier wird der Versorgung älterer Menschen mit Medikamenten viel Aufmerksamkeit gewidmet und der bestehende große Handlungsbedarf dargestellt in Verbindung mit konkreten Empfehlungen.

Die Berliner Ärztekammer hat im Februar 2010 ihr Geriatriekonzept 2010 vorgestellt, um als Körperschaft des Öffentlichen Rechts ihren Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung älterer BürgerInnen in Berlin zu leisten. Da spielt natürlich auch die Pharmakotherapie eine große Rolle. Allerdings taucht in diesem Konzept der Apotheker überhaupt nicht auf, nicht einmal als Randfigur.

Und die Apothekerkammer? In einer Anfrage des zuständigen Staatssekretärs der Senatsgesundheitsverwaltung zum Thema „Geriatrischen Pharmazie“ kam von der Kammer die Antwort, ihre Erfahrungen mit einem Seminartag in 2009 hätten gezeigt, dass die Nachfrage zu diesem Bereich in Berlin begrenzt sei und daher aus Sicht des Weiterbildungsausschusses für die Aufnahme der 100 Stunden umfassenden Weiterbildung

mit der Zusatzbezeichnung „Geriatrische Pharmazie“ kein Handlungsbedarf bestünde. Man verwies stattdessen auf bestehende Fortbildungsangebote der Kammer, die auch die Versorgung Älterer mit Arzneimitteln zum Thema hätten. Diese Argumentation lässt den Schluss zu, dass es für die Berliner Apothekerkammer keine signifikanten Unterschiede zwischen der Fort- und der Weiterbildung gibt. Überflüssig noch anzumerken, dass der o.g. Antrag der Fraktion Gesundheit von der Kammer abgelehnt wurde.

Hier endet die Geschichte Nr. 2 und es beginnt die Gesamtschau auf beide Geschichten.

Wenn es um die Monetik geht wie im Fall der Heimversorgungsverträge entdeckt die Apothekerkammer zielsicher ihre Chancen zur Korrektur gesetzlicher Unstimmigkeiten zwischen Heimgesetz und Apothekengesetz. Das ist ihr gutes Recht als Körperschaft. Aber wenn von Seiten der Aufsichtsbehörde die damit im engen inhaltlichen und zeitlichen Zusammenhang zu sehende Frage gestellt wird, wie die Apothekerkammer mit dem Weiterbildungsfach „Geriatrische Pharmazie“ umzugehen gedenkt, dann wird kein Handlungsbedarf gesehen, weil „die Nachfrage zu diesem Thema in Berlin begrenzt ist.“

Und hier wird für mich das Vorgehen der Kammer fragwürdig. Wie kann es möglich sein, dass eine Körperschaft des Öffentlichen Rechts, der staatliche Verantwortung zur Wahrnehmung von Aufgaben für das Allgemeinwohl übertragen wurde, die berechtigte Frage der Aufsichtsbehörde nach einem Weiterbildungsangebot „Geriatrische Pharmazie“ ausschließlich mit dem Hinweis auf das fehlende Interesse ihrer Mitgliedern beantwortet, ohne eine inhaltlich begründete nachvollziehbare Erläuterung vorzulegen. Das nenne ich dreist und einer Körperschaft unwürdig, weil sie damit ihre berufsethische Verantwortung negiert.

Darum frage ich die Apothekerkammer Berlin: Welche fachlichen Gründe veranlassten die Bundesapothekerkammer, die Zusatzqualifikation „Geriatrische Pharmazie“ in ihre Musterweiterbildungsordnung aufzunehmen? Hat man sich in Berlin damit auseinandergesetzt, bevor man sich dagegen entschied?

Warum hat Nordrhein-Westfalen diese Weiterbildungsdisziplin längst eingeführt? In diesem Bundesland gab es bereits Ende 2009 über 150 KollegInnen, die diesen Weiterbildungsgang abgeschlossen haben. Warum? Die Antwort darauf lässt sich nachlesen in der Deutschen Apothekerzeitung Nr. 43 vom 23.10.2008 (S. 94). In NRW ist man der Meinung, dass diese Qualifikation als FachapothekerInnen für Geriatrische Pharmazie dazu beiträgt, den Medikationsprozess in den Alten- und Pflegeheimen zu optimieren, um Medikationsfehler zu reduzieren, den Pflegeaufwand zu vermindern und die Lebensqualität der SeniorInnen zu verbessern! Diese Erfahrungen der BerufskollegInnen aus NRW machen deutlich, dass der Abschluss von Heimversorgungsverträgen für die BewohnerInnen nur dann hilfreich ist, wenn auf Seiten der Apotheken das entsprechende fachliche Wissen bei der Versorgung mit Medikamenten im Alter auch vorhanden ist. Sicherlich kann Fortbildung hier nützlich sein. Aber ist sie allein ausreichend angesichts der komplexen Problemlage der „Geriatrischen Pharmazie“? (Hier sei noch mal auf das zitierte Gutachten des Sachverständigenrats hingewiesen).

Die Berliner Weiterbildungsordnung wurde Mitte letzten Jahres geändert. „Geriatrische Pharmazie“ fehlt – immer noch!

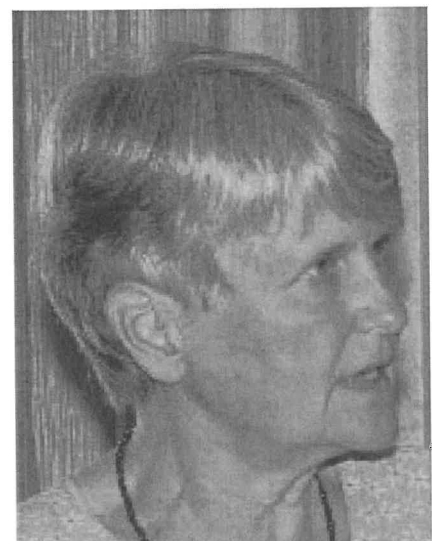
Ich empfehle den Berliner Heimleitungen dringend, die zukünftige Vergabe von Versorgungsverträgen vom Vorliegen einer Zusatzqualifikation für „Geriatrische Pharmazie“ abhängig zu machen und bestenfalls als Übergangslösung den Nachweis anerkannter Fortbildungsveranstaltungen zum

Thema der Versorgung älterer Menschen mit Arzneimitteln zuzulassen.

Das ist nicht realisierbar? Wer das für überzogen oder abwegig hält, dem empfehle ich die Lektüre des jüngsten Rundschreibens der Apothekerkammer Berlin vom September 2010. Unter der Überschrift „Die Uhr tickt – Qualitätsmanagement in der Apotheke“ wirbt die Apothekerkammer Berlin für den Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems in den öffentlichen Apotheken mit folgender Begründung: In den aktuellen Hilfsmittellieferverträgen der Barmer/GEK und der TK werden die Apotheken aufgefordert, innerhalb von 4 Jahren QM-Systeme zu etablieren und zu zertifizieren. Hier reagiert die Kammer sofort und kommt der Aufforderung der Kostenträger nach! Die Ausübung des ökonomischen Drucks zeigt eindeutig Wirkung!

Was den Krankenkassen da offenbar so einfach gelingt, sollte doch bitte auch der Aufsichtsbehörde und den Heimträgern möglich sein! Was für Windeln, Bettunterlagen und Kompressionsstrümpfe recht ist, sollte doch wohl für die Absicherung einer qualifizierten Pharmakotherapie in den Pflegeeinrichtungen billig sein!

Wir brauchen bundesweit die Aufnahme der Zusatzqualifikation „Geriatrische Pharmazie“ – und zwar schnell.



„Ek subah, ek shaam“

ایک صبح ایک شام

Eine morgens, eine abends

von Christl Trischler



September 2010

„Ek subah, ek shaam“ – „Eine morgens, eine abends“, das waren 2010 ein paar sehr wichtige Worte in Urdu, der Amtssprache Pakistans.

In der Monsunzeit 2010 wurde Pakistan von einer unglaublich gewaltigen Flutkatastrophe heimgesucht. Die Flut begann im Juli mit heftigen ausdauernden Regenfällen, zunächst im Norden in der Gegend um Gilgit. Die Wassermassen erreichten schnell das Industal und überschwemmten großflächig die weiten fruchtbaren Flächen bis hinunter zum Meer. Das ist etwa eine Distanz von 2000 km. Das Wasser bedeckte zeitweise etwa 160.000 km². Das entspricht 40 % der Fläche Deutschlands.

Das Wasser fließt sehr langsam ab. In manchen Bereichen steht es jetzt Ende September noch immer etwa 80 bis 150 cm hoch. Manchmal hat sich in den Reisfeldern eine stinkende schwarze Brühe angesammelt

20 Millionen Menschen sind davon betroffen, etwa 10 % der Bevölkerung Pakistans. 10 Millionen sind

obdachlos geworden. 1,8 Millionen Häuser sind nicht mehr bewohnbar.

Die anstehende Reisernte ist weitgehend vernichtet. Der Weizen, der jetzt ausgesät werden müsste, ist fortgeschwemmt und der Boden noch viel zu nass für eine neue Aussaat.

Straßen, Brücken, die vielen kleinen Geschäfte in den Basaren und an den Dorfstraßen, die Stromleitungen und das Wassersystem sind zerstört.

Zusammen mit ihren Tieren versuchten die Leute festen Boden unter die Füße zu bekommen. Sie übernachteten seitdem in improvisierten Zelten oder unter freiem Himmel z. B. an Straßenrändern oder Straßenkreuzungen, an Plätzen, die ein bisschen höher liegen.

Viele der Betroffenen haben nur so viel bei sich, wie sie tragen konnten, und viele wissen noch gar nicht, was mit ihren Häusern geschehen ist. Sie brauchen dringend ein Dach über dem Kopf, sie brau-

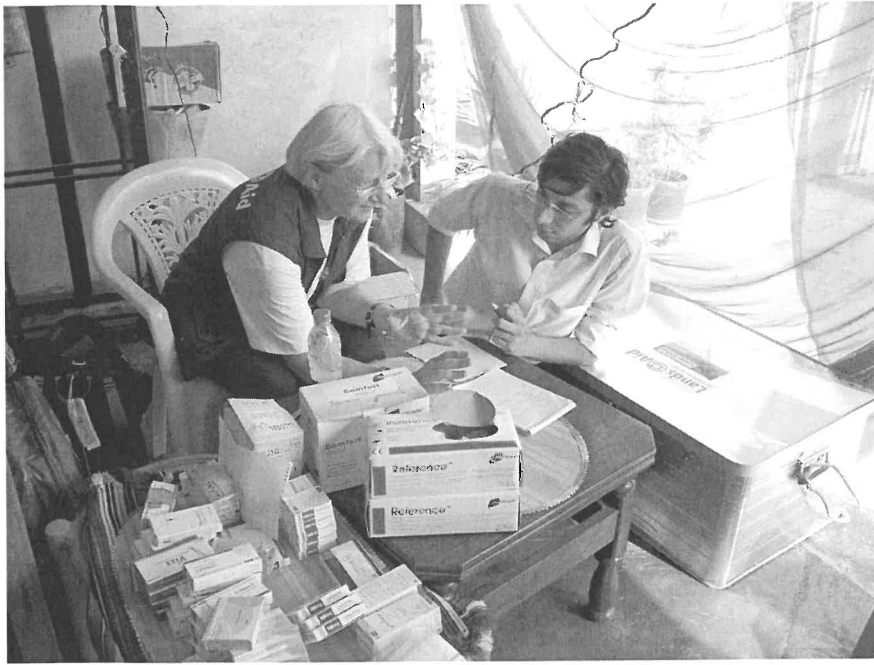
chen etwas zu essen, sie brauchen Trinkwasser und medizinische Hilfe. Kurz, es fehlt an allen.

Viele der Menschen können vorerst nur per Militärhubschrauber erreicht werden. Sämtliche Hubschrauber sind pausenlos im Einsatz, und an der Wiederherstellung der Straßen wird fieberhaft gearbeitet.

Zum ersten Mal, war ich in Pakistan beim Erdbeben 2005. Diese Katastrophe damals beschränkte sich auf ein kleines Gebiet im Norden. Jetzt ist das gesamte Industal betroffen. Dieses Mal war ich mit einer Hilfsorganisation aus Landsberg unterwegs: LandsAid (www.landsaid.org). Unsere pakistanische Hilfsorganisation war dieselbe wie 2005 Pakistan-Relief (www.pakistan-relief.org).

Unser Team bestand aus zwei Ärzten, Dr. Nicolas Leitz und Dr. Zarqa Khawaja, einer Krankenschwester, Christine Lechner, unserem deutschen Koordinator, Hans Musswessels, und unserem pakistanischen Koordinator, Nauman Kayani, sowie drei Freiwilligen von Pakistan Relief, Pharmazeuten im letzten Semester. Die drei jungen Leute waren uns eine sehr große Hilfe, u. a. deshalb, weil sie perfekt übersetzen konnten, große Sachkenntnisse besaßen und überall mit anpackten.

Mitgebracht aus Deutschland hatten wir eine große Spende u. a. von Apotheker helfen e.V., nämlich zwei Emergency Health Kits, die alles enthielten, was man zur medizinischen Versorgung im Katastrophenfall braucht, ausreichend für je 10.000 Personen für drei Monate sowie eine weitere Spende von action medeor mit speziellen Arzneimitteln, vor allem Malariamittel, Skabiescreme, Durchfallmittel u. v. m.



Wir kamen am 1. September an und hatten etwa eine Woche Zeit, alles zu organisieren: Unterkunft, Lagerraum für die vielen Kisten (ca. 60, etwa 2 t) und vor allem den Transport ins Zielgebiet. Unsere Koordinatoren hielten Kontakt zu den offiziellen Stellen der UN, zu OCHA (UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), zur deutschen Botschaft und zu unseren Gastgebern. Es ist völlig unmöglich, ohne diese Vernetzungen zu arbeiten. Dank dieser Arbeit gelang es, unsere Kisten nach kurzer Zeit aus dem Zoll zu bekommen.

An zwei Tagen ließen wir unseren Koordinator in Islamabad zurück und es gelang uns, d. h. unserem medizinischen Team, in einem Gesundheitsposten nördlich von Islamabad zu „arbeiten“. Die Straße dorthin war wieder frei geworden. Entlang der Straße gab es eine Reihe von Flüchtlingslagern. Es war ein erster Vorgeschmack von dem, was uns erwartete.

Wir konnten im ersten Stock eines Hauses, im Wohnzimmer des Hausbesitzers, die Patienten behandeln, und ich musste meinen Medikamententisch auf der Terrasse aufbauen. Wir hatten, obwohl wir nicht angekündigt waren, etwa 100 Patienten am Tag. Im Erdgeschoss sah man noch die Wasserlinie in ca. 2 m Höhe.

Unser eigentliches Ziel war Usta Mohammad, ein kleiner Ort in der Provinz Belutschistan im Distrikt Jafarabad, weit ab von großen Straßen. Unseren Koordinatoren gelang es, einen Transport mit einer amerikanischen Transportmaschine zu organisieren. Wir mussten über Quetta fliegen, eine Stadt, die schon ziemlich nah der afghanischen Grenze in den Bergen liegt und voller Militär ist. Wir wurden dort vom pakistanischen Militär weitergeleitet zum Flughafen der pakistanischen Armee und dann mit einem Helikopter nach Usta Mohammad geleitet. So ganz wohl war uns dabei nicht, aber es gab keine andere Möglichkeit.

Vom Heli aus sahen wir dann die überfluteten Flächen im Industal, eine glitzernde Fläche mit kleinen gelben Quadraten. Das waren die Reste der Häuser. Die meisten waren aus Lehm gebaut, und es war nicht mehr viel von ihnen übrig.

In Usta Mohammad wohnt in einem großen Anwesen, gut geschützt durch meterhohe Lehm-mauern, der dortige Großgrundbesitzer mit seiner großen Familie. Er bot uns Unterkunft und Verpflegung, stellte uns zwei Autos zur Verfügung und sorgte für unsere Sicherheit. Ohne seine Einwilligung hätten wir dort gar nichts machen können. Er meinte bei der Begrü-

ßung unseres Teams an die pakistanischen Pharmaziestudenten gewandt, jetzt lernten sie das wirkliche Pakistan kennen. Das Leben in den Großstädten wie Islamabad, Lahore und Karatschi ist nicht zu vergleichen mit dem Leben auf dem Land.

Von unserem Standort aus fuhren wir jeden Morgen soweit es ging mit dem Auto und suchten uns dort einen Platz zum Arbeiten, z. B. eine leer stehende Tankstelle oder einen Lagerschuppen. Dabei hatten wir immer eine große Kiste mit den notwendigen Medikamenten, eine Kiste mit Verbandmaterialien und medizinischem Equipment sowie meist zu wenig Wasser. Nur mit Mühe gelang es uns, Tische, Stühle und so etwas wie eine Liege zu organisieren. Einmal musste unser Arzt auf einem Reissack sitzen, und ich konnte meine Medikamente nur auf einem Bett ausbreiten. Auch das musste ich einmal in Windeseile räumen, weil ein junger Mann direkt davor zusammengebrochen war und ganz schnell eine Infusion bekommen musste.

Manchmal gab es sogar Strom und wir konnten einen Ventilator aufstellen, der uns und den Patienten ein wenig Linderung verschaffte. Wir arbeiteten mit spärlichem Sonnenschutz bei 45 Grad im Schatten. Gott sei Dank regnete es nur noch in den Abendstunden, sonst wären uns auch noch die Medikamente verdorben.

Die Menschen, die bei uns Hilfe suchten, hatten Durchfall (30 %), schlimme Hauterkrankungen (30 %) und zu etwa 20 % Atemwegsinfektionen. Vor allem Kinder waren voller Skabies. Malaria war noch kein Problem, wird aber in den nächsten Wochen rasant zunehmen, da die Mücken in den überschwemmten Reisfeldern eine ideale Brutstätte finden. Auch Cholera könnte ausbrechen.

Probleme gab es jeden Morgen, wenn alle Patienten gleichzeitig behandelt werden wollten. Unsere Krankenschwester versuchte dann, die schweren Fälle herauszufinden.

Das war nicht so einfach, denn manche Frau trug ganz versteckt unter ihrer Burka oder ihren vielen Tüchern ihren todkranken Säugling. Jeden Tag hatten wir so ein kleines Wesen, halb verdurstet und verhungert, das dann unter primitivsten Umständen an den Tropf gehängt wurde, bis es nach einiger Zeit wieder langsam zu sich kam, die Augen wieder aufmachte und seine Füßchen und seine Ärmchen wieder bewegte.

Entscheidend für das Überleben dieser Kleinkinder wird sein, wann es endlich gelingt, die Straße wieder befahrbar zu machen. Dann können nämlich per LKW Nahrungsmittel inkl. Milchpulver angeliefert werden. Außerdem wird es wichtig sein, so schnell wie möglich wieder Trinkwasser zur Verfügung zu stellen. LandsAid hatte von Islamabad aus bereits eine große Lieferung mit Kompaktnahrung und Hygieneartikeln zusammengestellt. Diese Hilfe müsste inzwischen angekommen sein.

Die Leute hatten nur das verdreckte Flusswasser zur Verfügung. Es gab keine Toiletten. Kein Wunder, dass so viele Menschen Durchfälle hatten. Zur Behandlung reicht oft eine Salzlösung. Damit wird der Mineralverlust ausgeglichen, und die Patienten fühlen sich wieder gut. Meist ist der Durchfall nach ein bis drei Tagen wieder weg. Wenn kleine Kinder zwei bis drei Tage keine Salzlösung zu trinken bekommen und austrocknen, wird es lebensgefährlich. Ich habe viele kleine Kinder gesehen, die soviel Durst hatten, dass sie die salzige Lösung bereitwillig, fast schon gierig getrunken haben.

Wir haben versucht, Micropur-Tabletten zu verteilen. Eine Tablette auf 2 Liter Wasser genügt, um wenigstens die Keime zu vernichten. Nachdem wir ca. fünf Familien damit versorgt hatten, hat einer von unseren Pharmazeuten Alarm geschlagen. Er hat, wie es sich gehört, nachgefragt, ob sie die Anweisung verstanden haben. „Ja, ja natürlich.“ Dann hat er sich von den Leuten noch mal erklären lassen, wie

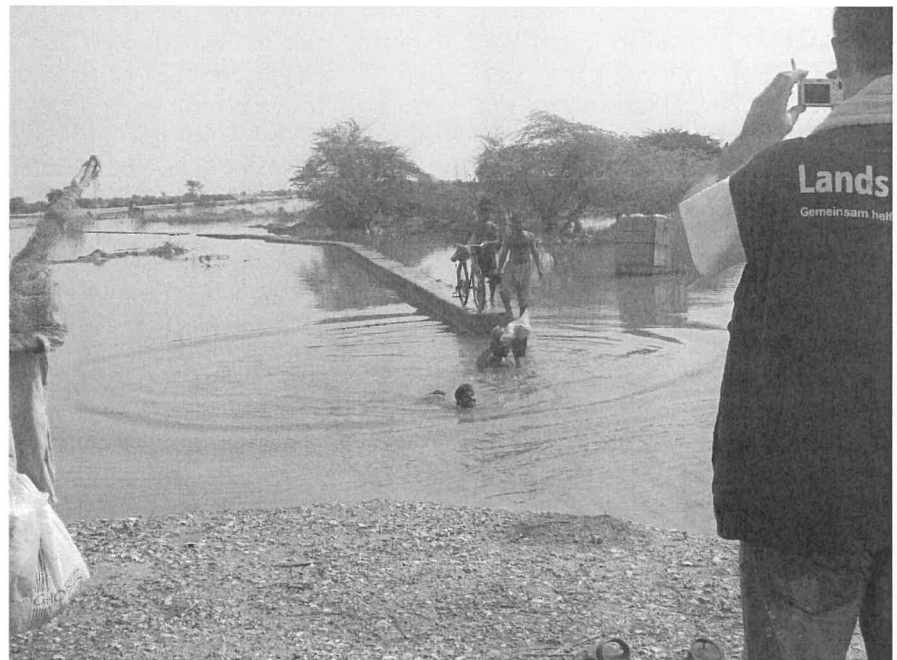
sie die Tabletten anzuwenden hätten. Sie sagten: „Ich nehme eine Tablette, lege sie unter die Zunge und trinke das Wasser.“ Wir haben uns viel Mühe gegeben, den Leuten genau zu erklären, wann und wie sie ihre Arzneimittel einzunehmen hätten und haben immer wieder nachgefragt. Mehr konnten wir nicht tun.

Tückisch ist z. B. der Satz „Dreimal täglich einen Teelöffel (5 ml)“. Die Löffel, die dort vorhanden sind, sind viel größer als unsere Teelöffel, und in unserem Fall hatten sie gar keine Löffel mehr.

Oder „Dreimal täglich nach dem Essen“! Wann haben diese Menschen das letzte Mal gegessen? Bestimmt nicht dreimal täglich! Außerdem war Fastenzeit, und tagsüber haben wir nie jemand essen oder

Probleme hatten wir auch mit den vielen Kindern voller Krätze. Wir hatten viel zu wenig Skabiessalbe zur Verfügung. Als Alternative gab es eine Lösung zum Abwaschen der betroffenen Flächen. Wir hatten nur leere Wasserflaschen zum Abfüllen. Die Flüssigkeit sieht aber aus wie Milch. Die Verwechslungsgefahr war viel zu groß. Wir hätten einen sauberen Raum und eine zusätzliche Krankenschwester gebraucht, um all die Kinder zu waschen. Die Krätzemilben in den Kleidern und Matratzen und Decken wären damit aber noch lange nicht vernichtet worden.

Die Leute dort sind zu 90 % Analphabeten. Eigentlich wäre es wichtig, den Leuten hier die einfachsten Hygienemaßnahmen beizubringen und mehr für Gesundheitserziehung zu tun. Vielleicht zwingt diese



trinken gesehen. Morgens vor 4 Uhr gibt es Frühstück, ein bisschen Brot, und abends nach 19 Uhr wieder ein bisschen Brot und Reis. Auch unsere pakistanischen Mitarbeiter hielten sich an diese Regel. Ab Mittag um eins hielten sie sich kaum noch auf den Beinen. Aber sie hatten den Ehrgeiz durchzuhalten, und sie haben es geschafft. Es war für sie kein Problem, dass wir Europäer uns mittags für eine halbe Stunde zurückgezogen haben. Das war unsere Cola- und Kekspause, ohne die wir nicht hätten weiterarbeiten können.

Katastrophe die verantwortlichen dazu, in Zukunft mehr für die Bevölkerung in Richtung Aufklärung und Bildung zu tun.

Vorerst läuft unser Projekt noch ein paar Wochen weiter. Zur Zeit ist das zweite Team auf dem Rückweg. Als drittes Team ist ein pakistanisches Team eingeplant. Gleichzeitig ist ein LKW voller Kompaktnahrung, Milchpulver, Hygieneartikeln, vor allem Seife u. ä., unterwegs. Auch die Trinkwasserversorgung wird sich hoffentlich bald bessern.

Trotzdem wird es nach Schätzungen der UN noch bis Anfang 2012 dauern, bis wieder so etwas wie Normalität einkehrt. Und ich hoffe sehr, dass dann alle Kinder wieder gesund und munter aussehen.

Unsere Arbeit war zu Ende, gleichzeitig kamen der letzte Tag des Ramadan, ein Freitag, und dann anschließend das Eid-Fest. Das ist ein Feiertag wie bei uns Weihnachten. Man beschenkt sich, macht Besuche, und vor allem Kinder werden ein bisschen verwöhnt. Wir wären an diesem Feiertag gerne zu den Plätzen, an denen wir gearbeitet hatten, gefahren. Wir hatten uns ausgedacht für die vielen Kinder ein paar Süßigkeiten zu verteilen.



Leider machte uns die hohe Politik einen Strich durch die Rechnung. Es gab wegen einer Preisverleihung an einen dänischen Karikaturisten in Deutschland böse Worte und Drohungen, so dass vom Auswärtigen Amt eine Sicherheitswarnung herausgegeben wurde. Das bedeutete, wir sollten an dem Freitag unsere Räume nicht verlassen. Natürlich blieb in unserem Umfeld alles ruhig und friedlich, niemand hat uns darauf angesprochen.

Am Samstag fanden wir nach langem Warten eine Möglichkeit mit einem Helikopter wieder nach Quetta auszufliegen. Dort durften wir leider das Militärgelände nicht verlassen und waren aus Sicherheitsgründen zu Gast in der Offizierslounge.

Am nächsten Morgen flogen wir weiter nach Islamabad, trafen dort unser Nachfolgeteam. konnten noch ausgiebig erzählen und unsere Unterlagen weitergeben, bevor es dann mitten in der Nacht zu einem langen Flug zurück nach München ging.

Zuletzt noch eine Sufi-Lehrgeschichte: (Sufismus steht im scharfen Gegensatz zum orthodoxen Islam und ist in Pakistan weit ver-

breitet, vor allem in der Provinz Sindh, nicht weit weg von Usta Mohammad.)

Ein Mann betrat ein Dorf und suchte dort den alten Sufimeister auf, einen alten Weisen. Der Besucher sagte: „Ich versuche eine Entscheidung zu treffen, ob ich hierher ziehen soll oder nicht. Ich frage mich, wie wohl die Nachbarn sind. Kannst du mir etwas über die Leute hier erzählen?“

Der Sufimeister verlangte: „Sage mir erst, wie die Leute sind, wo du herkommst.“ Der Besucher antwortete: „Ach, das sind allesamt Wegelagerer, Betrüger und Lügner.“

Und da sagte der Sufimeister: „Ach weißt du, die Menschen hier sind genau vom gleichen Schlag. Der Besucher verließ den Ort und kam nie mehr zurück.“

Kurze Zeit später betrat ein anderer Fremder das Dorf. Er machte den Sufimeister ausfindig und sagte: „Ich trage mich mit dem Gedanken, ob ich hierher, in dieses Dorf ziehen soll. Kannst du mir etwas über die Menschen sagen, die hier leben?“ Wieder bat der Sufimeister: „Erzähle mir erst, welcher Art die Menschen sind, unter de-

nen du bislang gelebt hast.“ Der Fremde entgegnete: „Ach, das sind die liebsten, freundlichsten, sanftesten und mitfühlendsten Menschen. Sie werden mir entsetzlich fehlen.“

Und der Sufimeister sagte: „Von dieser Art sind auch die Menschen in unserem Dorf.“

Diese Geschichte ist entnommen aus dem Buch „Das Tor zum vollkommenen Glück“ von Deepak Chopra.



45 Jahre Pharmazie Ost

Berichte aus einem untergegangenen Land

3. Folge: Die Organisation des Apothekenwesens

von Ingeborg Simon

(inhaltliche Kurzfassung des 2. Kapitels, verfasst von Dr. rer. nat. Hans Probst)

2.2. Etappe von 1945 bis 1957

2.2.1. Neuanfang nach dem II. Weltkrieg

Nach Beendigung des II. Weltkrieges gab es in der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) etwa 1650 privatwirtschaftlich betriebene öffentliche und reichlich 60 staatliche Krankenhausapotheken. Die vorhandenen Besitz- und Betriebsrechte der privatwirtschaftlich betriebenen Apotheken waren sehr verschiedenartig. Auf Grund der historischen Entwicklung gab es Apothekenprivilegien, Real- und Personalkonzessionen nebeneinander.

Ihre territoriale Verteilung war wegen der Unterschiedlichkeit bei den Besitz- und Betriebsrechten sehr ungleichmäßig. Während in den größeren Städten ein dichtes Apothekennetz existierte, gab es in den vor allem dünn besiedelten Regionen nur wenige Apotheken. Ihre Lage orientierte sich eher am zu erwartenden Gewinn als an den Anforderungen der gesundheitlichen Betreuung.

Durch den Krieg wurden viele Apotheken in den Städten zerstört oder stark beschädigt, es herrschten Personal- und Überalterung der Apotheker. Neben einem ca. 25000 Arzneimittel umfassenden Sortiment gab es auch zahlreiche apothekenfremde Waren. Auf Grund fehlender Ressourcen wurde vieles selbst hergestellt aus noch vorhandenen Rohstoffen. Es war die Zeit der Improvisation.

2.2.2. Auf- und Ausbau des Apothekenwesens auf der Basis der Länder und der Bezirke.

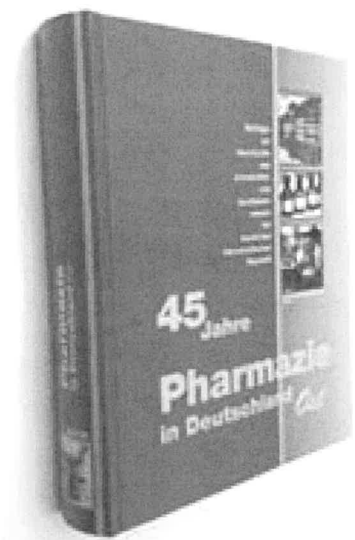
Der vorhandene Wille nach Kriegsende, beim Neuanfang vieles besser zu machen, stellte in allen Tätigkeitsbereichen auch die Frage nach der Veränderung der Eigentumsverhältnisse. Während in einigen westdeutschen Ländern diese Fragestellung konsequenzenlos blieb, spielte in der SBZ das Beispiel der Sowjetunion mit ihren verstaatlichten Betrieben des Gesundheitswesens eine gewichtige Rolle. Allerdings gingen nur im Land Sachsen zum 1. Januar 1946 die Besitzrechte aller Apotheken entschädigungslos auf die dortige Landesverwaltung über. Andere Länder schlossen sich diesem Schritt nicht an. Unterschiedliche Vorschläge wurden diskutiert, ehe eine endgültige Reform schließlich durch die „**Verordnung über die Neuregelung des Apothekenwesens**“ von 1949 erfolgte. An die Stelle der erloschenen vererblichen und veräußerlichen sowie der persönlichen Apothekenbetriebsrechte trat die staatliche Befugnis zum Betreiben einer Apotheke.

Die 1949er Verordnung über die Neuregelung des Apothekenwesens sah folgende Apothekenformen vor:

Landesapotheken, Krankenhausapotheken, Poliklinikapotheken, Apotheken im Privatbesitz, Betriebspoliklinikapotheken.

Von Juni 1949 an gab es eine staatliche Kontrolle der Aufgabenerfüllung aller Apotheken durch einen Kreisapotheker, der Verwalter einer Landes- bzw. Poliklinikapotheke sein musste. Die noch privat betriebenen Apotheken gingen bei Tod des Besitzers in staatliches Eigentum über. Die Verstaatlichung der Apotheken vollzog sich schwerpunktmäßig von 1950 bis 1960.

Um dem weiterhin bestehenden Problem der ungleichen Versorgung zwischen Stadt und Land zu begegnen, wurde ab Mitte der 50er Jahre das Apothekennetz ergänzt um Zweigapotheken, Arzneimittelausgabe- und Rezeptsamenstellen. Die Zweigapotheke war Außenstelle einer Apotheke, bestehend aus Offizin mit Rezeptur, Lagerraum, Arzneimittelkeller und Büro unter der Leitung eines Apothekenassistenten mit mehrjähriger Berufserfahrung. Sie wurden seit 1951 an der in Leipzig ansässigen Fachschule für Pharmazie ausgebildet. In den 70er Jahren verschwanden die Zweigapotheken zunehmend. Sie wurden entweder in Vollapotheken oder in Arzneimittelausgabestellen umgewandelt.



Arzneimittelausgabestellen dienten der Abgabe von Fertigarzneimitteln sowie der in der Stammapotheke hergestellten Arzneien und waren räumlich getrennter Teil einer Apotheke. Die Leitung oblag Apothekenassistenten und in Ausnahmefällen einem erfahrenen Apothekenfacharbeiter.

2.3. Etappe von 1958 bis 1970.

2.3.1. Verordnung über das Apothekenwesen – Apothekenordnung von 1958

Am 27. Februar 1958 erschien die **Verordnung über die Organisation des Apothekenwesens – Apothekenordnung** – und am 2. April 1958 als 1. Durchführungsbestimmung die **Apothekenbetriebsordnung**.

Die Versorgungsaufgaben wurden im betrachteten Zeitraum von etwa 2000 Abgabestellen (Apotheken, Zweigapotheken und Arzneimittelausgabestellen) realisiert.

Unverändert blieben mit der Verordnung von 1958 die bestehenden Befugnisse zum Betrieb einer Apotheke im Privatbesitz oder einer staatlich verpachteten Apotheke. Unabdingbar war die Notwendigkeit der persönlichen Leitung der Apotheke durch den Inhaber der staatlichen Befugnis. Zweigapotheken und Ausgabestellen wurden als Nebenstellen öffentlicher Apotheken definiert.

In der Apothekenbetriebsordnung von 1958 wurde umfassend und detailliert beschrieben, was eine Apotheke darstellt und über welche Voraussetzungen sie zu einem ordnungsgemäßen Betriebsablauf verfügen muss.

Sie gliederte sich in 3 Abschnitte:

- I. Einrichtung und Betrieb der Apotheken,
- II. Leitung der Apotheken und Fachpersonal,
- III. Einrichtung und Betrieb, Leitung und Fachpersonal in Zweigapotheken, Arzneimittelausgabestellen und Apotheken in Krankenhäusern.

Apothekenverordnung und Apothekenbetriebsordnung haben durch ihre generelle Gültigkeit republikweit und im Zusammenhang mit späteren durch das Ministerium für Gesundheitswesen initiierten Typenplänen für Gesundheitsbauten für die Durchsetzung minimaler An-

forderungen beim Neubau und der Rekonstruktion von Apotheken und Arzneimittelausgabestellen gesorgt.

2.3.2. Apothekertage als Orientierung für gemeinsames Handeln im Apothekenwesen.

Auf der Basis eines starken staatlichen Sektors im Apothekenwesen ergaben sich neue Möglichkeiten für die Herausarbeitung einheitlicher Aufgaben- und Zielstellungen für die Arbeit im Apothekenwesen als Teil des staatlichen Gesundheitswesens. So fanden zwischen 1959 und 1966 vier Apothekertage statt, die sich jeweils mit Schwerpunktthemen befassten. Mit durchschnittlich ca. 1000 Teilnehmern waren hier ein Drittel der DDR-Pharmazeuten vertreten.

Der **I. Deutsche Apothekertag 1959** in Erfurt beschäftigte sich mit dem Thema „Die Aufgabe der Pharmazie im Siebenjahrplan“, der **II.** im September 1961 in Leipzig mit „Aufgaben des Apothekers bei der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln“. In Anwesenheit des damaligen Gesundheitsministers Max Seifrin ging es in den Debatten um die Sicherung einer optimalen Arzneimittelversorgung mit Hilfe der damals bestehenden Versorgungsausschüsse, um eine bessere Zusammenarbeit mit den Ärzten, deren Arzneimittelinformation über die Apotheken zu gewährleisten war.

Der **III. Deutsche Apothekertag** im September 1963 in Leipzig einigte sich in seinen Beratungen auf eine „Konzeption über die Perspektive des Apothekenwesens“. Hier ging es um die konsequente Anwendung gesicherter natur- und gesellschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse im Arzneimittel- und Apothekenwesen auf dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Entwicklung der Pharmakotherapie, die Verwirklichung einer engen wissenschaftlichen Zusammenarbeit mit dem Arzt, eine bessere Ausnutzung der verfügbaren personellen, finanziellen und materiellen Ressourcen.

Neben der Bedeutung der Apotheken in ihren klassischen Aufgabenfeldern wurden auch die Notwendigkeit der Arbeitsteilung und Rationalisierung zwischen den Apotheken sowie die zweckmäßigste Wahrnehmung der Leitungsverantwortung auf Kreis- und Bezirksebene betont.

Der **IV. Deutsche Apothekertag** im Oktober 1966 diente vor allem dem Erfahrungsaustausch und einer weiteren Präzisierung der auf dem III. Apothekertag gefassten Beschlüsse und verabschiedeten Zielstellungen. Erstmals war jetzt auch die Pharmazeutische Gesellschaft der DDR in die Durchführung der Veranstaltung mit einbezogen mit der Folge, dass sie sich danach auf ihren eigenen Tagungen häufiger auch mit berufspolitischen Themen befasste.

2.3.3. Erweiterung der Aufgaben des Apothekenwesens

Arzneimittelversorgung und weitere Versorgungsaufgaben

Die Arzneimittelversorgung gewann wert- und mengenmäßig von Jahr zu Jahr mehr an Bedeutung. Für den Apotheker als gleichberechtigten und gleichverpflichteten Partner des Arztes stiegen die Anforderungen. Als Arzneimittelfachmann musste er unter Ausnutzung seiner Kenntnisse den Arzt ständig über den neuesten Stand der Arzneitherapie informieren. Das war sein Beitrag zur Durchsetzung einer wissenschaftlich begründeten Verordnungsweise.

Zu den klassischen Aufgaben des Apothekers hinzu kamen in den 60er Jahren völlig neue Aufgabenfelder wie die Labordiagnostikversorgung, die Versorgung mit Chirurgischem Nähmaterial, mit Verbandstoffen, medizinischen Verbrauchsmaterialien, Desinfektionsmitteln, die Koordinierung der Bedarfsermittlung und Planung (Fondswirtschaft) für ausgewählte unspezifische Erzeugnisse sowie Verpflichtungen im Zivilschutz.

Zur Wahrnehmung dieser Aufgabenbereiche wurde eine Reihe von Verordnungen und Durchführungsbestimmungen veranlasst, für deren

Umsetzung die Apotheken zu qualifizieren und zu spezialisieren waren. Mit der enormen Ausweitung des pharmazeutischen Aufgabenkatalogs einher gingen stark anwachsende Umsätze. Die Steigerungsrate zwischen 1960 und 1970 betrug 112 %.

2.3.4. Qualifizierung der inneren Organisation des Apothekenwesens

Das staatliche Apothekenwesen, organisiert auf der territorialen Ebene der Kreise, bot eine Reihe von Möglichkeiten, Arbeitsprozesse zu rationalisieren bzw. Arbeitsergebnisse zu qualifizieren.

Für den ersten Aspekt beispielhaft waren ab Mitte der 60er Jahre die auf Kreisebene begonnene Konzentration spezieller Versorgungsaufgaben in bestimmten Apotheken wie z. B. die Versorgung mit Tierarzneimitteln und Homöopathika. Auch Querschnittsaufgaben wie die Herstellung bestimmter Arzneimittel und Qualitätskontrollen wurden konzentriert.

Zur weiteren Qualifizierung von Arbeitsergebnissen bedurfte es zentraler Direktiven. Oberhalb der Kreisebene kam es zu Regelungen des Revisionswesens in zwei Schritten. Durch die Berufung von Revisoren durch den zuständigen Bezirksarzt und die insgesamt rege Revisionstätigkeit nahmen die Qualität der Arbeit und der Erfahrungsaustausch im Apothekenwesen zu. Die Anfang der 60er Jahre entstandenen **Bezirksuntersuchungslaboratorien (BUL)** erweiterten ihren ursprünglichen Aufgabenkatalog (Kontrolluntersuchungen von in Apotheken hergestellten Mitteln) beträchtlich. Sie wurden zuständig für die territoriale Überwachung arzneimittelgesetzlicher Bestimmungen der Bezirke. Ein weiteres Gebiet, das sich zur Arbeitsrationalisierung eignete, war die Buchhaltung im Apothekenwesen. Das Institut für Apothekenwesen schuf dafür bis 1965 die notwendigen Voraussetzungen. Bis Anfang der 70er Jahre konnten dadurch in etwa 80 % aller Kreise **Zentrale Apothekenbuchhaltun-**

gen (ZAB) geschaffen werden, die damit zu einer deutlichen Entlastung der Apothekenmitarbeiter beitrugen. Mit dieser Zentralisierung einher ging die Qualifizierung der ökonomischen Arbeit im Apothekenwesen.

1963 wurden in den Apotheken **Arzneimittelnachweislisten** eingeführt zur Optimierung der Bestandhaltung. Damit ließ sich die Zusammenarbeit mit den Versorgungsdepots für Pharmazie und Medizintechnik verbessern und die Inventuren wurden erleichtert.

2.4. Etappe von 1970 bis 1983

2.4.1. Weitere Versuche zur Rationalisierung der Arbeit im Apothekenwesen, Modellversorgungsbetriebe für Pharmazie und Medizintechnik (1970).

Bei der Weiterentwicklung von Leitungsstrukturen in der DDR war die starke Differenzierung der Kreise und die damit verbundene Vielzahl von Kleinstkreisen bezogen auf die Zahl der Einwohner hinderlich. Für ein optimales Wirken eines einheitlich geleisteten staatlichen Apothekenwesens ging man von Einheiten von ca. 150000 Einwohnern aus. Das bedeutete, bisher beachtete Kreisgrenzen bei der Verteilung überschreiten zu können. Das erwies sich als schwierig, da die Kreisapotheken gerade in dünn besiedelten Regionen für ihre Kreise oft als nahezu einzige Geldbringer eine hohe Bedeutung hatten, die man durch Neustrukturierungen zu verlieren fürchtete.

In der „Pharmazeutischen Praxis“ 1968 fasste der damalige Direktor des Instituts für Apothekenwesen Hans Buthut die in der Diskussion um die Reorganisation des Apothekenwesens gewonnenen Erfahrungen zusammen.

Danach bildete das Apothekenwesen eines Kreises eine organisatorische und ökonomische Einheit. Territoriale Basis für die Versorgungsaufgaben ist der Pharmazeutische Versorgungsbereich, der mit einem

Kreis identisch sein kann, aber auch weniger oder mehr als einen Kreis umfassen kann. Pharmazeutische Versorgungseinrichtungen sind alle Einrichtungen unabhängig von ihrer der Profilierung entsprechenden Aufgabenstellung, die der Versorgung der Bevölkerung, der Ärzte sowie der Einrichtungen des Gesundheitswesens mit Arzneimitteln und gleichgestellten Erzeugnissen dienen. Pharmazeutische Zentren sind pharmazeutische wissenschaftliche Leiteinrichtungen im Territorium (Bezirk, Kreis). Apotheken sind Einrichtungen des Apothekenwesens, die verantwortlich die Arzneimittelversorgung in einem festgelegten Versorgungsbereich ausführen.

Arzneimittelausgabestellen sind Abteilungen von Apotheken. Galenische (Infusions-) Zentren sind Einrichtungen des Apothekenwesens, die der zentralisierten Bereitung von Arzneimitteln dienen. Sie sind Apotheken oder Pharmazeutischen Zentren angeschlossen. Das Apothekenwesen des Kreises arbeitet bei der Erfüllung seiner Aufgaben mit den Nachbarkreisen kooperativ zusammen.

Diese Grundgedanken bildeten die Basis für die folgenden praktischen Schritte einer stufenweisen Verwirklichung.

1970 wurden in zwei Bezirken **Versorgungsbetriebe für Pharmazie und Medizintechnik** gebildet, nachdem die jeweils zuständigen Räte der Kreise entsprechende Beschlüsse gefasst hatten. Sie wurden als Modellversuche deklariert, um Möglichkeiten des Erfahrungensammelns zuzulassen. Der neue Begriff wurde Mitte der 70er Jahre umgewandelt in Versorgungszentren für Pharmazie und Medizintechnik.

2.4.2. Zunahme der Anzahl der Modellversorgungszentren und Bildung dreier Bezirksdirektionen für Pharmazie und Medizintechnik (1971-1979)

Den zunächst nur zwei Versorgungszentren folgten im Zeitraum 1971 bis 1978 viele weitere. Aufga-

be der Versorgungszentren war es, die stationären und ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens einschließlich der ärztlichen und zahnärztlichen Praxen und vor allem die Bevölkerung mit allen für die gesundheitliche Betreuung notwendigen spezifischen Erzeugnisse zu versorgen. Diese komplexe Aufgabenstellung umfasste die Bedarfsermittlung, Planung, Beschaffung, Vorratshaltung, Herstellung und Qualitätssicherung der Arzneimittel sowie deren Abgabe. Besondere Bedeutung wurde der besseren Information der Ärzte beigemessen.

Mit der Bildung von Versorgungszentren wurden alle staatlichen Einrichtungen des Apothekenwesens eines oder mehrerer Kreise, einschließlich der Krankenhausapotheken, zu einer juristisch und ökonomisch selbständigen Einheit zusammengeschlossen. Für Querschnittsaufgaben gab es besondere Abteilungen wie z. B. Abteilung Ökonomie, Abteilung Qualitätssicherung, Abteilung Herstellung, Abteilung Versorgungsorganisation.

Apotheken und ihre Ausgabestellen wurden entsprechend ihrer Aufgabenstellung und unter Berücksichtigung territorialer Bedingungen zu Versorgungskomplexen zusammengefasst. Diese Vorgehensweise sorgte für klare Aufgaben- und Verantwortungsabgrenzung, ohne dass sich für den Patienten hinsichtlich der Inanspruchnahme seiner Apotheke etwas veränderte.

Die noch bestehenden 36 privat geleiteten Apotheken (1979) wurden über Kooperationsvereinbarungen in die Aufgabenerfüllung der Kreise einbezogen.

Nach mehrjähriger Laufzeit wurde diese Entwicklung unter den gegebenen Rahmenbedingungen als erfolgreich und fortsetzbar eingeschätzt.

2.4.3. Vorbereitung der neuen Verordnung über das Apothekenwesen.

Die mit Beginn der 70er Jahre eingeleiteten Neustrukturierungen brauchten neue gesetzliche Rege-

lungen. Die Verordnung über das Apothekenwesen von 1958 war durch die Praxis längst überholt worden. In Auswertung der Modellversuche entstand 1974 ein erster Entwurf einer neuen Verordnung über das Apothekenwesen. Hierbei ergaben sich viele Schwierigkeiten in der Umsetzung. Der Regelungsbedarf war sehr umfangreich. Die bisher territorial verankerte Leitungsverantwortung sollte überkreislich organisiert werden. Es wurde eine stärkere Arbeitsteilung notwendig, die weit über den Aufgabenkatalog der einzelnen Apotheke hinausreichte. Es kam heftige Kritik auf, die den Minister für Gesundheitswesen 1974 veranlasste, einen ersten Verordnungsentwurf wieder zurückzuziehen, zumal er die Vorwürfe, die Laufzeit der Modellversuche sei viel zu kurz gewesen, nicht entkräften konnte. Erst 1976 wurde nach längerer Auswertungsphase mit mehr Modellprojekten ein zweiter Entwurf der Apothekenverordnung vorbereitet. Diesmal waren es staatsrechtliche Bedenken des Ministerrates wegen der überkreislichen Versorgungszentren, die zum Zurücknehmen auch dieses Entwurfs führten.

Im Oktober 1979 wurde mit der Vorlage einer „**Verordnung über die Aufgaben der Apotheken und die Organisation des Apothekenwesens**“ und ergänzende ministerielle Anweisungen über das „Musterstatut eines Versorgungszentrums und das Musterstatut einer Bezirksdirektion für Pharmazie und Medizintechnik“ ein Durchbruch erreicht. Auch die Sicherung des Erhalts der noch privat geleiteten Apotheken wurde zugesagt. 1980 wurde eine entsprechende Vorlage beschlossen, allerdings nur im Ministerrat. Jetzt drohte Widerstand im ZK der SED. Hier spielten Sorgen vor einer Überzentralisierung und staatsrechtliche Bedenken eine Rolle. Das führte noch mal zu einer 3jährigen Verzögerung. Erst in der 2. Jahreshälfte 1983 konnte die Neufassung der Verordnung über das Apothekenwesen vorbereitet und im Januar 1984 endlich bestätigt werden.

2.5. Etappe von 1984 bis 1989

2.5.1. Verordnung über die Aufgaben, die Leitung und die Organisation des Apothekenwesens

Sie trat am 1. Juli 1984 in Kraft. Damit verschwanden die vormalis eingeführten Begriffe wie Versorgungsbetrieb, Pharmazie und Medizintechnik wieder. Die Aufgaben der Arzneimittelversorgung und als Einrichtung die Apotheken wurden jetzt dominant, die Arzneimittelabgabestellen wurden mit der Verordnung eliminiert. Als Arzneimittel abgebende Stellen wurden nur noch Apotheken genannt. Im § 4 der Verordnung wurde bestimmt, dass Apotheken grundsätzlich von einem erfahrenen Fachapotheker für Arzneimittelversorgung zu leiten sind. Nur in Ausnahmefällen durfte er durch einen erfahrenen Apotheker oder Pharmazieingenieur ersetzt werden. Hinsichtlich letzterer wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass etwa ein Fünftel der Apotheken wegen fehlender Apotheker nicht anders besetzt werden konnte.

Der Verordnung vom Juli 1984 folgten die Anordnung über private Apotheken am 1. August 1984 und die Anweisung über die Rahmenstatuten für das Pharmazeutische Zentrum und für die Bezirksapothekeninspektion zum 1. September 1984.

2.5.2. Ausgestaltung des Apothekenwesens auf der Basis der Verordnung von 1984.

Ende 1985 gab es 102 **Pharmazeutische Zentren** und Ende 1986 170, von denen 35 überkreislich organisiert waren. Weitere 15 entstanden erst 1987/88. Dabei war und blieb lange Zeit der Organisationsgrad in den einzelnen Bezirken unterschiedlich. 1985 und 1987 fanden zwei zentrale Kreisapothekertagungen statt, die eine Auswertung des erreichten Standes vornahmen und eine Generalorientierung entwickelten. Die Materialien der Tagungen wurden veröffentlicht und somit allen Mitarbeitern im Gesundheitswesen zugänglich gemacht.

Mit dem stetig wachsenden Anteil von Apothekern, Pharmazieingenieuren und Apothekenassistenten einher gingen jährlich wachsende Umsatz- und Verbrauchszahlen. Ständiger Begleiter der Praxis waren mal mehr mal weniger Defekte in der Arzneimittelversorgung, für die es DDR-interne und Fremdersachen gab. Am besten versorgt waren die Patienten da, wo die Zusammenarbeit Apotheker-Arzt eng war und gut organisiert werden konnte. Das war in den mittleren und kleineren Städten/Kreisen in der Regel einfacher als in den Großstädten. Kam es aus unterschiedlichen Gründen zu starken Schwankungen bei der Nachfrage von Arzneimitteln (eine neue Veröffentlichung, ein Ärztekongress, eine Meldung im Westfernsehen), konnte das zu Übervorräten oder zu Defekten führen. Eine geplante Auslastung von 100 % in den Produktionsbetrieben erschwerte ein schnelles und flexibles Reagieren.

Auch die Aufteilung der Arzneimittelproduktion nach Indikationsgruppen in den Ländern des Rates für Gegenseitige Wirtschaftshilfe (RGW) erwies sich als kontraproduktiv. Die Einführung eines neuen Antibiotikums mit steigender Nachfrage traf dann beispielsweise auf nicht modernisierte nachgerüstete Produktionsanlagen in der zuständigen Tschechoslowakei. War man dann gezwungen zu Importen aus dem jeweiligen Erzeugerland wurden ausreichend Devisen benötigt. Erst Anfang der 80er Jahre entschloss sich daher die DDR, eine eigene Produktion von Antibiotika aufzubauen. Da das nicht so schnell wie eigentlich erforderlich ging, kam es immer erneut zu Ärger und Engpässen.

Insbesondere das attraktiv erscheinende Arzneimittelangebot in der BRD und die damit verbundenen hohen Erwartungen und Hoffnungen zeigten negative Rückwirkungen auf den DDR-Markt. In einigen Segmenten lag die DDR deutlich hinter der BRD zurück, weniger aufgrund fehlender Fortschritte in der Wissenschaft, sondern meist aus wirtschaftlichen Gründen. Die Beschaffung von „Westarzneimitteln“ gelang oft nur in Einzelfällen. Hier waren auch

Differenzen zwischen den einzelnen Bezirken hinsichtlich der Beschaffungsqualität solcher Medikamente erkennbar.

Die Bildung der Pharmazeutischen Zentren und die damit sich ständig verbessernde enge Zusammenarbeit der Apotheker mit den Ärzten trug ganz wesentlich dazu bei, Versorgungsprobleme gar nicht erst entstehen zu lassen bzw. schneller zu beheben. In den 80er Jahren entstand eine ganze Serie von neuen oder weiterentwickelten Regelungen, die die Kooperation dieser beiden Berufsgruppen zur Verbesserung des wissenschaftlichen und rationalen Einsatzes von Arzneimitteln in Diagnose und Therapie betrafen. Das war auch von großer ökonomischer Bedeutung, weil die Optimierung der Arzneimitteltherapie mit Hilfe des pharmazeutischen und medizinischen Sachverständes die Bemühungen um Ausgabensenkungen unterstützen konnte. Die Einführung von Rezeptgebühren oder die Erhebung von Zuzahlungen standen in der DDR als Maßnahmen zur Kostenentlastung der gesellschaftlichen Fonds niemals zur Diskussion.

2.6. Etappe 1990

In den beiden letzten Monaten des Jahres 1989 begann ein reger Informationsaustausch mit Vertretern aus der Pharmazeutischen Industrie und der Berufsverbände der BRD. Ab Februar 1990 gab es direkte Kontakte zu Bundesministerien, zu Berufsverbänden und Kammern. Im Apothekenwesen der DDR entstanden unterschiedliche Haltungen zu der weiteren gemeinsamen Entwicklung. Eine Privatisierung nach dem BRD-Modell, die Bildung von Genossenschaften und die Übertragung der Apotheken auf Städte und Gemeinden wurden diskutiert, ohne dass es hier zu konkreten Plänen kam. Nach den Volkskammerwahlen im März 1990 fanden diese Überlegungen ein schnelles Ende angesichts des sich abzeichnenden Kurses zur Bildung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion mit der BRD zum 1. Juli 1990. Nun zielten alle Aktivitäten nur noch auf die Übernahme des BRD-Systems und folglich wurden alle Gespräche und Aktivitäten auch nur noch dar-

aufhin ausgerichtet. In den Monaten April/Mai 90 entstanden Gesetzesentwürfe, die dieser Angleichung dienten. Im Juni 90 kam es zu einer zweitägigen Beratung von Delegierten des Gesundheitsministeriums, der ABDA, von Kammern seitens der BRD und vom Gesundheitsministerium der DDR und Bezirksapothekern der DDR. Hier wurde Einvernehmen zu den erarbeiteten Gesetzesentwürfen hergestellt, die dann an die zuständigen Gremien weitergeleitet wurden. Das Arzneimittel- und das Betäubungsmittelgesetz wurden so auf die neuen Länder übertragen. Für das Apothekenwesen war vorgesehen, von Seiten der DDR eine neue Verordnung über das Apothekenwesen und eine neue Apothekenbetriebsordnung zu erlassen, die nach der Vereinigung weiter gelten sollten. Beide traten im August 1990 in Kraft. Allerdings waren beide nicht von Dauer. Wegen eines Volkskammerbeschlusses Ende August 1990 zur Überführung von Gesundheitseinrichtungen in kommunale Trägerschaft befürchtete die BRD-Seite Auswirkungen auf das Apothekenwesen. Deshalb wurde jetzt das Apothekenrecht als bundesdeutsches Recht gestaltet und in den Einigungsvertrag aufgenommen. Damit traten die gerade erst auf DDR-Seite neu geschaffenen Rechtsnormen schon zum 3. Oktober 1990 wieder außer Kraft.

Mit den apothekenrechtlichen Bedingungen gelang es, das vormals staatliche Apothekenwesen der DDR in kurzer Zeit zu reprivatisieren, ohne dass territoriale Einbrüche oder Versorgungsengpässe entstanden. Die zeitlich befristeten Schutzbestimmungen für Apotheker aus der DDR zum Erwerb bestehender Apotheken haben sich genauso bewährt wie die Übergangsbestimmungen für ältere Apotheker und für Pharmazieingenieure als Verwalter von Apotheken. Bis 1996 war der größte Teil der ehemals staatlichen Apotheken verkauft. Einige kleinere Einrichtungen wurden durch die Treuhandanstalt geschlossen bzw. noch weiter treuhänderisch verwaltet.

Damit war das Kapitel „öffentliches staatliches Apothekenwesen auf deutschem Boden“ erst einmal beendet.

Report from Kolkata

von Jana Boehme

(Diesen Bericht hatte Jana für den Volonteer Newsletter von Calcutta Rescue verfasst, Red.)

Time is running so fast here! I can't imagine that it's nearly two months ago when I arrived at Kolkata airport in the night. Anette and Jane picked me up there ... amazing!

Now I have started to know more about some of the Calcutta Rescue projects – the clinics, the No.10 school, the DOTS and especially the main pharmacy – my working place as pharmacist in charge.

Until the beginning of this year the pharmacy was run by Robin and Ipshit. By reason of Ipshit's leaving, some alterations in the pharmacy staff were necessary. Deba changed his job location from Tala Park medicine table to the pharmacy in April. Gopal came to do the computer work in the pharmacy a few months ago. He assists Deba and Robin with the stock keeping computer system.

In the beginning I got a general idea of the whole stock in the pharmacy. I know a lot of these drugs from work at home, but there are some drugs, which are not so often found or used in Germany. A surprise is the big number of drug combinations in one tablet or syrup.

Every day I check the medicine orders from the clinics and projects which are packed into boxes by Deba and Robin.

The last few days I have checked the donation drugs for use in the clinics.

Although we are very grateful for these donations, most of the drugs are not contained in the CR drug list and sometimes cannot be used.

For example drugs used in psychoses and related disorders. These drugs are extremely sensitive agents, and cannot be replaced so easily.

When the donated drugs are not contained in the CR list, there is the need to compare the agents of the same drug group for replacement. Agents used for example in hypertension (beta-blockers, ACE-inhibitors), asthma (short acting beta₂-adrenoceptor agonists (SABA) and corticosteroids), diabetes (sulphonylureas) or cardiovascular prevention (statins) can almost be substituted by the pharmacist provided that the doctor and the patient are introduced to. So these donations have been welcomed.

I have encountered a problem with the amount of the donation tablets we have received, such as ten tablets of the beta blocker bisoprolol for a therapy makes no sense. This is because patients need to continue to take the same drug throughout their illness. Ten tablets means tablets for ten days of therapy which the patient probably should take his whole life. A replacement isn't worth it.

These items, I have introduced at the doctors meeting which takes place monthly. Also I have encountered short date expiry medicine. I have ensured these drugs would be used first, especially medicine which can't be returned to the supplier.

I like the doctors and MAC meetings, because I have the opportunity to meet other members of the multidisciplinary team. I am then able to get more of an idea of their work in the different units and projects. These meetings give all members of the different areas the chance to discuss about all medical needs and treatments.

Another interesting part of my work is taking care of the HIV medicine supply.

A few days ago I went to No. 10 school where the HIV project is placed. There I got the new HIV order for the next month and some medicine which isn't needed anymore. I returned these drugs to the company. When I get the drugs from the companies I can bring them to Biplap in Tala Park clinic. Once a week, on Thursday, the HIV clinic takes place there. Biplap invited me to take part in the HIV clinic – it is very interesting to have a look at the therapies of the patients.

In the next few days I will prepare my clinic visits. Regular visits to the units should be done to make sure everything is running smoothly in terms of medication, dispensing and checking.

Regular checks are done of the glucometers and emergency boxes. Part of my role is to do spot checks, to check for drugs which may have expired dates. I also have to ensure the stock book is correctly up to date with the physical stock. Furthermore I have to ensure that the fridge temperature in all the clinics is checked daily and signed for.

At times the clinics need emergency drugs which are not placed in the main pharmacy. The clinics are responsible for purchasing and getting this type of medication which can be purchased locally. It is important to get an up to date list from these local purchases for keeping or changing medicines in the main pharmacy stock.

Apart from the medicine section I'm in regular contact with the doctors for special drug inquiries, feedback regarding the use of certain drugs and medicines information queries.

Finally I managed to obtain the right insulin pen from the company. We had previously received donation insulin, which we were unable to use, as we did not have the correct pen. Now we are able to treat a diabetic patient with the donated insulin.

Another initiative I'm really enjoying are the pharmacy lessons. They started in April this year and are a course of ten lessons which include homework and tests. Last week I did my first lesson about malaria for the medicine table staff from all

the clinics. It's important to keep educating the staff members and is also a good opportunity for the staff (and me!) to improve their English. I'm happy to see that the staff members are interested in the issue and discuss questions together in the group.

I like my work with CR. It's an interesting and responsible work and finally shows how drugs are used safely with a depth of knowledge and understanding from both – the doctor and the pharmacist.



Der zweite Artikel vom Pilger Bernd

von Bernd Rehberg

Könnt ihr euch erinnern? Bernd Rehberg auf dem Jakobsweg. Da war doch schon einmal ein erster Bericht (siehe VDPP-Rundbrief Nr. 72, die Red.). 3200 km von Dresden bis Santiago de Compostela. Der Mitpilger Rainer Schimmel hat nach einem Jahr Arbeit mit 1000 Stunden am Videoschneidetisch aus 39 Stunden Videomaterial vier Filme à 50 Minuten fertiggestellt.

Beim Zeigen dieser Filme im Freundes- und Bekanntenkreis ist immer wieder die Frage nach dem heiligen Jakobus und seiner Bedeutung für den Pilgerweg gestellt worden. Hier nun meine Antwort für alle, die es interessiert.

2010 ist ein heiliges Jahr, weil der 25. Juli auf einen Sonntag fällt. Beim letzten Mal fiel der 25. Juli im Jahre 2004 auf einen Sonntag. In diesem Jahr sind dreimal so viele Pilger nach Santiago gepilgert wie in den Jahren vorher, nämlich 180.000. Als Hape Kerkeling im Jahr 2001 nach Santiago pilgerte, waren es 61.500.

Was also veranlasst so viele Menschen, den beschwerlichen Weg zum Apostel Jakob zu pilgern? Der Hauptgrund ist sicherlich immer noch die Vergebung der Sünden!

Es geht hier um den Jünger Jesu, Jakob den Älteren. Jakob gehörte zu den Lieblingsjüngern Jesu und

war über Johannes mit ihm verwandt. Unbestritten ist, dass der Lieblingsjünger von Jesus, Johannes, mit Jesus verwandt war. Nun wissen wir alle, dass es sehr hilfreich ist, wenn man eine Wunsch an den Vater (Gott) hat, jemanden aus der Familie zu kennen – und genau das ist beim Apostel Jakob gegeben!

Wenn man seine Sünden tief bereut, so ist es bei den Glaubensrichtungen Christentum, Judentum und Islam notwendig, dies unter Beweis zu stellen. Man muss Entbehrungen auf sich nehmen, man muss Leid ertragen, man muss den Gefahren trotzen, und man muss übermenschliche Anstrengungen auf sich nehmen, um das Herz des Heiligen zu erweichen, damit die Fürbitte beim Vater glaubwürdig ankommt. Im Mittelalter und auch heute noch gibt es drei große Pilgerstätten: Rom, Jerusalem, Santiago. Der Weg nach Rom ist nicht beschwerlich und relativ kurz. Jerusalem mit seinen heiligen Stätten war besetzt von den „Heiden“. Nur der Pilgerweg nach Santiago brachte die Voraussetzungen mit, um beim heiligen Jakobus erfolgreich um die Vergebung seiner Sünden zu bitten.





die Ochsen sich zum Ausruhen hingelegt hatten. Denn im Land der Heiden erschien es den Jüngern sicherer, den Leichnam von Jakob zu verstecken. Viele Jahre später, als das Christentum in Spanien Fuß gefasst hatte, erschien dem Bischof Theodemir ein Licht und führte ihn an das Grab des heiligen Jakobus. Über dem Grab errichtete Theodemir dann eine Kirche.

Ist das nicht eine schöne Legende und für mich der vierte Grund für die Bedeutung von Santiago.

(Santiago = Sankt Jakobus).

Und nun kommt das Allerwichtigste: die politische Dimension. Denn warum hat das Papsttum diese Legende sofort als Wahrheit angenommen?

Im Jahre 711 begannen die Muslime, Spanien zu erobern. Mit den Jahren gelang es ihnen, ganz Spanien zu besetzen. Nur den äußersten Nordwesten Spaniens, an der Atlantikküste, besetzten sie nicht, weil dieses Gebiet von hohen Bergketten abgeschirmt wurde. Dieses Gebiet gehörte also noch den Christen und von hier aus sollte Spanien für die Christenheit zurückerobert werden. Das Papsttum erkannte sehr schnell, dass die Legende vom heiligen Jakobus hier sehr nützlich sein könnte. Der heilige Apostel Jakob war eine wunderbare Inkarnationsfigur für den Kampf gegen die Muslime. So konnte man Christen aus ganz Europa gewinnen, gegen die Muslime zu kämpfen. Und so erschien der heilige Jakob Karl dem Großen im Traum und forderte ihn auf,

den Weg nach Santiago von den Muslimen zu befreien und den Kampf zur Rückeroberung Spaniens für die Christenheit aufzunehmen.

Und nicht nur das, der heilige Jakob, der mit seiner Liebe, Güte und Zuwendung die Vergebung der Sünden bei Gott erbitten sollte, erschien auf weißem Pferd in weißer Rüstung in vielen Schlachten gegen die Muslime als „Sankt Jakobus Matamoros“, wütete unter den Feinden und half so den Christen, manche Schlacht doch noch zu gewinnen!

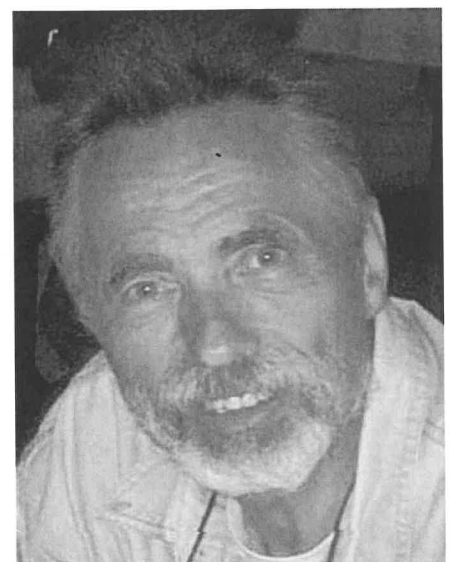
Der heilige Jakob hat natürlich noch hunderte weiterer Wunder vollbracht – na ja, Wunder? Wie man's nimmt – Spontanheilungen sind uns ja nicht gerade unbekannt!

Übrigens hat Luther die evangelischen Christen aufgefordert, lieber zu Hause zu bleiben: „... etlich sagen, er lig in Frankreich zû Thalsassa, aber sy seind jrer sach auch nit gewiß. Darumb laß man sy ligen und lauff nit dahin, dann man waißt nit ob sant Jacob oder ein todter hund oder ein todts roß da liegt (...) laß raisen wer da wil, bleib du daheim.“

Ich jedenfalls halte das für eine schöne Geschichte voller tiefer Bedeutungen.

Wir haben jetzt also schon zwei gute Gründe, warum der Pilgerweg nach Santiago schon im Altertum von tausenden von Pilgern genommen wurde.

Jetzt kommt der dritte Grund: Jakob der Ältere war der erste Märtyrer in der Christengeschichte. Nachdem Jesus um das Jahr 33 wieder auferstanden war, gingen seine Jünger in die Welt hinaus und missionierten. Jakob soll nach Spanien gegangen sein, war aber hier nicht besonders erfolgreich und kehrte schon nach kurzer Zeit nach Jerusalem zurück. In Jerusalem nahm Herodes ihn dann gefangen und ließ ihn hinrichten. Herodes hatte angeordnet, dass der Leichnam von Jakobus verschwinden sollte. Zwei Jünger von Jakobus aber entführten den Leichnam, legten ihn in ein Boot und fuhren mit ihm übers Mittelmeer an Gibraltar vorbei in den Atlantik und dann an das Ende der mittelalterlichen Welt an die Küste von Galizien. Dort legten sie ihn auf einen Ochsenkarren, fuhren ins Landesinnere und beerdigten ihn dort, wo



Protokoll der Mitgliederversammlung des VDPP am 19. und 20. Juni 2010 in Halle

Anwesend: siehe Anwesenheitsliste

Thomas Schulz eröffnet die Versammlung und begrüßt die Teilnehmer. Er stellt fest, dass die Versammlung frist- und formgerecht einberufen wurde.

Beginn: 10.10 Uhr

TOP 1: Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn

Ingeborg Simon, Ulrike Faber und Florian Schulze teilen sich die Aufgabe der Versammlungsleitung.

Gudrun Hahn und Katja Lorenz teilen sich die Protokollführung.



Beide Vorschläge werden einstimmig angenommen.

Ingeborg Simon übernimmt die Versammlungsleitung, Gudrun Hahn die Protokollführung.

TOP 2: Genehmigung der Tagesordnung

Die vorgeschlagene Tagesordnung wird ohne Veränderung akzeptiert.

TOP 3: Genehmigung des Protokolls der letzten MV (im Rundbrief 75)

Das Protokoll wird einstimmig angenommen.

TOP 4: Bestätigung von neuen Mitgliedern

Der Verein hat ein neues Mitglied: Bettina Bräutigam. Die Aufnahme wird einstimmig bestätigt.

Ein Mitglied ist ausgetreten. Ingeborg bietet an, ihm zu schreiben.

TOP 5: Rechenschaftsbericht des Vorstands

Thomas Schulz verliest den Bericht (siehe Anhang, Seite 22 in diesem Rundbrief).

TOP 6: Bericht der Referentin

Katja berichtet über ihre Arbeit bis zum 1.4.2010 (siehe Anhang, Seite

22 in diesem Rundbrief). Anne Paschke, die neue Referentin, kommt erst am Sonntag.

TOP 7: Diskussion zu TOP 5 und 6

Im letzten Jahr waren sowohl Frauen- als auch Herbstseminar schlecht besucht. Die Termine waren frühzeitig bekannt gemacht worden. Die Ursachenforschung ergab viele Vermutungen, aber keine klaren Antworten.

Grundsätzlich wird der Vorschlag gut gefunden, den VDPP im eigenen Umfeld bekannter zu machen.

Möglichkeiten dazu sind:

- VDPP-Visitenkarten, die es in der Geschäftsstelle gibt,
- sich in Diskussionen etc. als VDPP Mitglied darzustellen.

Der Vorstand wird einen motivierenden Brief an die Mitglieder schreiben und Visitenkarten beilegen. Es wird angeregt, das Schreiben mit der Information über die Beitragserhöhung zu verbinden.

Florian stellt fest, dass unsere Positionen zu bestimmten Themen nicht deutlich werden. Auf der Website sind sie überwiegend über das Programm oder Presseerklärungen zu finden. Für eine bessere Öffentlichkeitsarbeit wird angeregt, auf dem Vereinsflyer, der in der Überarbeitung ist, eine Ecke frei zu lassen für aktuelle Mitteilungen/Informationen.

Das „Best of“ zum Apothekertag eignet sich weniger dafür, bestimmte Standpunkte darzulegen. Stattdessen werden Spezialflyer zu bestimmten Themen, wie z. B. die Veränderung der Apothekenbetriebsordnung vorgeschlagen.

Zur Veränderung der ApBetrO liegt ein inoffizielles Arbeitspapier vom BMG vor. Es ist kein Referentenentwurf.

Ulrike schlägt vor, im nächsten Rundbrief Internetadressen zu veröffentlichen, über die pharmazeutische Inhalte gut und zeitnah zu erhalten sind. Es soll keine Verlinkung auf unserer Website geben.

Der Antrag zum Apothekertag 2007 zum Thema Selbstmedikation wurde zwar angenommen, aber von der ABDA nicht abschließend umgesetzt. Ingeborg schlägt vor, das Vorgehen auf dem nächsten Apothekertag öffentlich machen.

TOP 8: Kassenbericht

Bericht siehe Anhang (Seite 25 in diesem Rundbrief)



Die Einnahmen kamen, wie im Plan vorgesehen.

Die Feier zum Jubiläum (20 Jahre VDPP) verursachte mehr Ausgaben als in den anderen Jahren.

Insgesamt wurden im Jahr 2009 fast 8000 Euro mehr ausgegeben als eingenommen, wobei ein Überschuss geplant war und dieser nur um 3 % überschritten wurde.

TOP 9: Bericht der Rechnungsprüfer

Jürgen Große berichtet. Alle Buchungen waren korrekt.

TOP 10: Entlastung und Wahl der Rechnungsprüfer

Ulrike stellt den Antrag auf Entlastung. Er wird mit einer Enthaltung angenommen. Jürgen Große und Thomas Hammer werden vorgeschlagen und einstimmig gewählt

Entlastung des Vorstands:

Katja beantragt die Entlastung. Bei 4 Enthaltungen wird der Antrag angenommen.

TOP 11: Vorstellung der neuen Referentin (verschoben auf Sonntag)

TOP 12: Änderung der Beitragsordnung

Der Antrag des Vorstandes lautet:

„Neufassung der Beitragsordnung des VDPP vom 20. Juni 2010, gültig ab X. Y. 2010

Für ordentliche Mitglieder beträgt
 – der monatliche Standardbeitrag 10,00 Euro,
 – der monatliche Förderbeitrag 20,00 Euro.

Die zu zahlende Beitragsstufe wird dabei vom Mitglied selbst festgelegt.

Der monatliche Mindestbeitrag für StudentInnen, PraktikantInnen, Auszubildende und Arbeitslose beträgt 5,00 Euro.

Der Mitgliedsbeitrag kann auf Antrag durch Beschluss des Gesamtvorstandes aus sozialen Gründen ermäßigt oder erlassen werden.

Der Mitgliedsbeitrag sollte durch Bank- einzug jährlich, halbjährlich oder vierteljährlich bezahlt werden.“

Diskussion:

Die geplante Änderung wurde durch den Vorstand bereits 2009 vorgestellt, war damals jedoch zugunsten eines Appells an die Mitglieder um Spenden um ein Jahr verschoben worden.

Durch die Euroumstellung sind die Beiträge z. Zt. sogar etwas niedriger als 1989.

Die geplante Änderung führt zu geschätzten Mehreinnahmen von: 2400 Euro.

Es folgte eine Diskussion, ab wann der neue Beitrag gelten sollte.

Abstimmung:

zum 1.01.2011, 7 Stimmen dafür, damit ist dieser Vorschlag angenommen,

zum 1.10.2010, 6 Stimmen dafür, 2 Enthaltungen.

Der Vorstand wird die neue Beitragsordnung den Mitgliedern in einem Brief mitteilen, verbunden mit der ausdrücklichen Bitte um Spenden zum jetzigen Zeitpunkt. Ein Überweisungsformular wird beigelegt, sowie ein Formular, mit dem die Mitglieder erklären, wie hoch ihr Beitrag pro Monat sein soll.

TOP 13: Öffentlichkeitsarbeit/ Homepage/Rundbrief

Das Thema Öffentlichkeitsarbeit wurde bereits bei der Diskussion der Vorstandsarbeit behandelt. Deshalb werden TOP 13 und 14 zusammengelegt



14 Uhr Unterbrechung der MV durch den Gastvortrag von Dr. Rolf Schmucker, Bielefeld „Wohin steuert die deutsche Gesundheitspolitik?“

16 Uhr Weiterführung der MV
Ulrike Faber übernimmt die Leitung.

TOP 14: Diskussion künftiger Arbeitsschwerpunkte

Vorschlag für das Herbstseminar: Einschätzung des AMNOG (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz). Die Regionalgruppe Berlin hat bereits viel Vorarbeit geleistet.



Papiere stehen auf der VDPP-Webseite im geschützten Bereich (Stellungnahmen von Parteien, GKV-Spitzenverband etc. zum Eckpunktetapier der Koalition vom März).

Die Veränderungen durch das AMNOG bei der Preisbildung werden kurz dargestellt. Einerseits ist der Gesetzesvorschlag ein erster ernsthafter Versuch, die freie Preisbildung für patentgeschützte Arzneimittel im Rahmen der GKV anzugehen. Andererseits ist es ein unzureichender Schritt.

Die Versammlung vertagt sich um 17.45 Uhr auf Sonntag.

20.06.10, Beginn: 9.55 Uhr

Protokollführung: Katja Lorenz
Versammlungsleitung:
Florian Schulze

Gast: Anne Paschke,
die neue Referentin

TOP 11: Vorstellung der neuen Referentin (verschobener Tagesordnungspunkt vom Vortrag)

Kurze gegenseitige Vorstellung, Verweis auf Artikel im RB 78.

TOP 14: Diskussion künftiger Arbeitsschwerpunkte

Presseerklärung zum AMNOG

Verweis auf gestrige Diskussion., Florian wird Entwurf erstellen, Änderungswünsche an Ulrike, Termin

27.6.10. Sie erstellt daraus die Endfassung für den Vorstand. Zur Vorbereitung verschickt Anne den Glaeske-Artikel aus dem letzten Mabase-Heft an die Mitglieder.

Herbstseminar

Geplantes Thema: Arzneimittel-Preisbildung.

Termin: 18. September 2010, (Anhörung zum AMNOG in der darauffolgenden Woche), Ort: Berlin, Saal der BVV Mitte (gleicher Ort wie 2007), 13 bis 19 Uhr, Zielsetzung: Positionierung zum AMNOG (berufs- und gesundheitspolitisch), Politikbeteiligung des VDPP.

Referenten, die bereits zugesagt haben: Wolfgang Kaesbach (GKV-Spitzenverband), Gerd Glaeske (Uni Bremen). Zur abschließenden Dis-

kussion sollen andere Expertinnen dazu kommen, möglich wären Vertreterinnen der ABDA, des BPI oder der Regierungskoalition.

Ablauf: Einführung: Papier des VDPP vorstellen, dann Kaesbach und Glaeske, dazu evtl. ein/e weitere/r Referentin, Podiumsdiskussion, dazu VertreterIn VDPP plus Moderation.

Zeitplan für weitere Organisation: Einladung vor Sommerpause verschicken, VDPP-Position dabei ankündigen und nachsenden.

Es wird diskutiert, ob das VDPP-Papier ein eigenes Konzept oder „nur“ die Reaktion auf AMNOG und Stellungnahmen anderer beinhalten soll. Eine Mehrheit sieht den Verein nicht zu einem eigenem, umfassenden Konzept in der Lage. Es sollen jedoch Grundsätze/Prinzipien formuliert werden, die uns wichtig sind (Stichworte: Positivliste, 4. Hürde, Nutzenbewertung).

Neufassung der

Apothekenbetriebsordnung

Bildung einer virtuellen Arbeitsgruppe: Leitung bei RG Hamburg, diese hat sich bereits auf der Grundlage der aktuellen Fassung der ApBetO damit beschäftigt, dazu Udo Puteanus (Projekt: Apotheke der Zukunft), Katja.

Erarbeitete Papiere sollen in internen Bereich der Homepage eingestellt werden.

Jürgen verschickt inoffizielles Papier des BMG (auf der DAZ Homepage veröffentlicht).

Anne wird die Möglichkeiten für die Einrichtung eines Forums für den Verein prüfen, Jürgen würde moderieren.

Zeitlicher Ablauf in der parlamentarischen Erarbeitung ist noch unklar, Katja erkundet diesen.

Kontakte zu anderen, Vernetzung, Interdisziplinäres Arbeiten

Ingeborg fordert verstärktes vernetztes Arbeiten des Vereins.

Beispiele: Gesundes Kinzigtal, (Helmuth Hildebrandt), Modell wächst noch immer fast ohne Betei-



TOP 15: Anträge

Ingeborg verweist darauf, dass die Geriatriische Pharmazie nicht Teil der Weiterbildung der Apothekerinnen ist. Der VDPP soll einen entsprechenden Antrag zum Apothekertag auf den Weg bringen (über regionale Apothekerkammer). Katja verweist auf entsprechenden, bisher erfolglosen Antrag, Möglichkeiten für eine derartige Zusatzbezeichnung in Berlin zu schaffen. Für den Apothekertag 2010 ist ein Antrag zeitlich nicht mehr zu schaffen. Mögliche Alternative: entsprechendes Positionspapier als Flyer für Apothekertag vorbereiten.

TOP 18 Finanzplan

Korrektur zweier Schreibfehler: „Rundbrief ist doppelt benannt, bei zweiter Nennung muss Zeile wie folgt geändert werden: „Geschäfts-stelle“; 5000,00; 6000,00; 83,33; 7131,27; 70,11.

Nachfrage: Kann abweichendes Geschäftsjahr eingerichtet werden, damit Finanzplan mit dem Jahr zwischen den Mitgliederversammlungen übereinstimmt? Jürgen benennt Vor- und Nachteile (evtl. 2 Rechnungen: Plan und Steuererklärung), wird sich beim Finanzamt erkundigen. Bei einer Änderung wird ebenfalls eine Satzungsänderung notwendig.

Plan wird einstimmig beschlossen.

TOP 17: Verschiedenes

Mitgliederversammlung 2011: Vorschlag von Daniel Fleer: Siegtal oder Köln, prüft Möglichkeiten und gibt Info an Vorstand.

Termin 28./29. Mai 2011

Ende: 13.20 Uhr

Gudrun Hahn
Katja Lorenz
(Protokollführung)

Ingeborg Simon
Ulrike Faber
Florian Schulze
(Versammlungsleitung)

ligung von Apothekerinnen; Beteiligung am Schuldnerprojekt in Berlin Kreuzberg/Friedrichshain (ein Ergebnis des gemeinsamen Workshops beim Kongress „Armut und Gesundheit“ 2009).

Thomas schlägt Hildebrandt für Vortrag zur nächsten MV vor. Er bemängelt, dass Infos über Aktivitäten der Mitglieder an Vorstand oft fehlen und die Mitglieder in ihren vielfältigen Auftritten ihre Verbindung zum VDPP meist unerwähnt lassen. Christl Trischler regt an, der BUKO-Pharmakampagne anzubieten, sie während der Theatertour bei Diskussionen am Rande zu unterstützen.

Anne fragt bei HAI, ob ein geringerer Mitgliedsbeitrag für den VDPP möglich wäre. Sie sondiert auch, wo wir Geld für kooperierende Projekte beantragen könnten.

Frauenseminar

Gudrun H. schlägt vor, sich mit interkulturellen Problemen bei Gesundheit und Krankheit zu beschäftigen (Vermittlung von Krankheitsbildern und Beschwerden innerhalb der Kulturen). Das Thema wird von der Mehrheit eher nicht als spezielles Frauenseminartheme gesehen. Gudrun H. sondiert weiter und informiert Vorstand im Sommer über das Ergebnis.

Geld für das Frauenseminar wird in den Finanzplan eingestellt mit der

Option, die Veranstaltung für alle zu öffnen.

Auftritt zum Apothekertag

Druck eines Sonderrundbriefes („Best of“) wie in den vergangenen Jahren. Darin auch ein Artikel zum Umgang der ABDA mit dem Antrag von 2007 (Katja).

Verteilung des neu zu gestaltenden Vereinsflyers. Evtl. Positionen zu Apothekenpolitik auf einem Extraflyer zusammenfassen (wurde bereits am Samstag diskutiert).

Homepage

Anne wird dem Vorstand Vorschläge unterbreiten, um die Homepage für StudentInnen ansprechender zu gestalten und VDPP-Positionen deutlicher erkennbar werden zu lassen.

Rundbrief

(Alljährlicher) Appell an die Mitglieder, sich stärker mit eigenen Artikeln und Ideen einzubringen.

Presseerklärungen

Die Überarbeitung des Presseverteilers ist notwendig (Anne).

Appell des Vorstandes: Bei Presseerklärungen ist nicht nur der Vorstand gefordert, jede/r kann eine schreiben und an den Vorstand schicken. Die Veröffentlichung soll jedoch nur vom Vorstand aus erfolgen.

Bericht der Referentin zur Mitgliederversammlung 2010

von Katja Lorenz

Der Berichtszeitraum weicht diesmal von dem des Rechenschaftsberichtes des Vorstandes ab. Da ich den Job der Referentin zum 1. April abgegeben habe, kann ich nur über ein dreiviertel Jahr resümieren.

Meine Hauptaufgabe war wiederum, die Vorstandsarbeit zu planen und zu organisieren, den Kontakt innerhalb der Mitgliedschaft zu verbessern und die Außenwirkung und -wahrnehmung zu erhöhen.

Dazu gehörten:

- die Vor- und Nachbereitung der Vorstandssitzungen, (u. a. verfasste ich den Kurzbericht für den Rundbrief),
- ein regelmäßiger (E-Mail- und Telefon-)Kontakt zu den Vorstandsmitgliedern und der Geschäftsstelle,
- die ständige Aktualisierung der Homepage (offizieller und interner Teil),
- die Erstellung des Newsletters für die Mitglieder und am Verein Interessierten, zweimonatlich, vier Ausgaben.

Im Herbst: organisatorische Vorbereitung und Durchführung des Herbstseminars in Berlin. Im Frühjahr: Organisation des Frauenseminars in Berlin, wobei die inhaltliche Planung durch die Regionalgruppe Berlin erfolgte. Beide Male hatten wir eher apothekenspezifische Themen, deshalb gab es wohl weniger TeilnehmerInnen unter Nicht-Mitgliedern, wobei auch mir unklar blieb, warum so wenige Mitglieder teilnahmen.

Kontakt zu anderen NGOs, u. a. BU-KO-Pharmakampagne, VDÄÄ, medico international, neu: Campact e. V., Mitunterzeichnung der Kampagne gegen die Kopfpauschale, Teilnahme am Kongress „Armut und Gesundheit“ Vorbereitung der Teilnahme am Äpothekertag 2009, Verfolgung unseres Antrags zum Apothekertag 2007, eingebracht über die Fraktion Gesundheit der Apothekerkammer Berlin, mit unbefriedigendem Ergebnis.

Vorbereitung der Ausschreibung und der Übergabe der Referentin-

nen-Stelle, seit Mai erfolgt die Übergabe.

Alles Gute für Anne.

Mein Dank geht an den Vorstand und vor allem an Gudrun Meiburg, mit der ich sehr gern und sehr angenehm zusammengearbeitet habe.



Rechenschaftsbericht des Vorstands zur Mitgliederversammlung 2010

von Thomas Schulz

Der Berichtszeitraum umfasst ein Jahr (Juni 2009 bis Juni 2010). Der Vorstand traf sich viermal. Der Rundbrief erschien viermal.

Wir arbeiten immer noch zu viert im Vorstand, das ist ein Vorstandsmitglied mehr als das Minimum, aber wir würden uns über weitere Verstärkung freuen. Über den Anspruch nach gleichberechtigter Repräsentanz von Frauen im Vorstand habe ich im letzten Jahr kurz referiert und werde es im nächsten Jahr wieder tun, denn dann werden Wahlen anstehen.

Im Einzelnen fanden die Vorstandssitzungen statt am:

02.08.2009 in Berlin,
25.10.2009 in Hamburg,
24.01.2010 in Berlin und am
18.04.2010 in Berlin.

Wie schon im Vorjahr erkennbar hat sich die Vorstandsarbeit nach Berlin verlagert, ebenfalls eine Konstante bleibt das geringe Interesse der Mitglieder in Berlin an den Vorstandssitzungen teilzunehmen. Auf den Vorstandstreffen diskutierten wir intensiv über aktuellen Fragen der Gesundheitspolitik.

Die Mitgliederzahl blieb konstant: einem Austritt steht ein Neumitglied gegenüber.

Veranstaltungen

Für einen Verein unserer Größe waren wir im letzten Jahr ziemlich aktiv: Es fanden ein Herbstseminar und ein Frauenseminar statt und wir beteiligten uns mit zwei Workshops am Kongress „Armut und Gesundheit“ im Dezember 2009 in Berlin.

Das Herbstseminar hatte das Motto „Gesundheit fördern – Netzwerke aufbauen“. Inhaltlich hatten Udo Puteanus und Ingeborg Simon das Konzept ausgearbeitet, als Referenten brachten sich mit Udo Puteanus und Gerd Glaeske zwei Vereinsmitglieder ein, weite-

re Referent(innen) waren Helmut Schlager, Manfred Krüger und Christine Witte. Es war ein sehr gehaltvolles Seminar, das leider nur mäßig besucht war. Das Medienecho war gut, sowohl die Deutsche Apothekerzeitung als auch die Pharmazeutische Zeitung berichten über die Veranstaltung. Ausführlich hatten wir das Ereignis im RB 76 dargestellt.

An dem Kongress „Armut und Gesundheit“ der im Dezember 2009 in Berlin stattfand beteiligte sich der VDPP mit zwei Workshops.

Hier gab es auch einen gewissen Widerhall in der pharmazeutischen Presse aber auch hier kamen wenige Teilnehmer(innen).

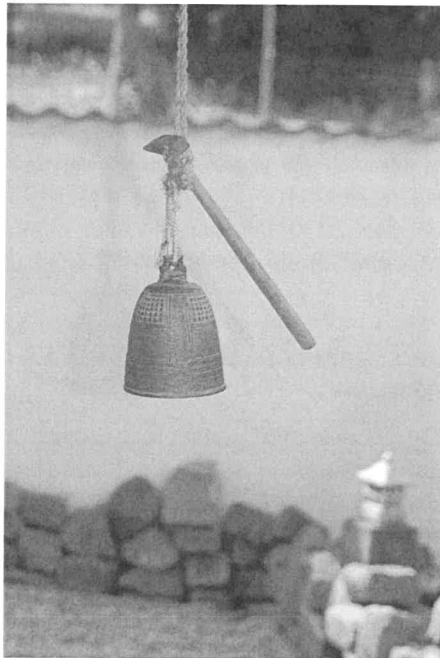
Im April 2010 fand dann das Frauenseminar statt. Nachdem im letzten Jahr zum ersten Mal seit vielen Jahren wieder ein Frauenseminar durchgeführt wurde, wurde diesmal über Frauen und HIV gesprochen. Das Programm wurde für 13 Teilnehmerinnen organisiert und an der Veranstaltung am Sonntag, die ja einen ausdrücklich Wunsch der MV darstellte, nahmen dann gerade sechs Frauen und ein Mann teil. Als Vorstand sehen wir hier eine deutliche Diskrepanz zwischen den Forderungen und Wünschen, die auf der MV artikuliert werden und der praktischen Umsetzung in Form von Teilnahmen an den beschlossenen Veranstaltungen.

Insgesamt sind wir als Vorstand zufrieden mit den Veranstaltungen und freuen uns darüber, dass bereits konkrete Vorbereitungen für das Herbstseminar 2010 ange laufen sind. Florian Schulze hat sich hier schon intensiv um die Frage der Arzneimittelpreisgestaltung gekümmert und wir werden Euch das Konzept im Laufe MV erläutern und dafür werben.

Es wäre auch schön, wenn im Frühjahr 2011 ein weiteres Frauenseminar durchgeführt werden könnte aber es sollten die aktuellen Erfahrungen berücksichtigt werden.

Öffentliche Stellungnahmen

Auf der letzten MV hatten wir das Konzept der Wahlprüfsteine vorgestellt. Aus Termingründen wurde es dann eine schriftliche Anfrage und wir erhielten Antworten von allen fünf Fraktionen, die dann auch in der pharmazeutischen Presse veröffentlicht wurden.



Das Ergebnis der Koalitionsverhandlungen wurde dann ausführlich öffentlich bewertet. Im Januar 2010 gab es eine Presseerklärung zur Ablösung von Sawicki. Da wir inzwischen eine gewisse Vernetzung erreicht haben, die natürlich noch verbesserungsfähig ist, beteiligten wir uns an verschiedenen öffentlichen Stellungnahmen:

- Public Eye on Berlin – Erklärung zum „World Health Summit“ (gemeinsam mit vielen Gruppierungen)
- Ergebnisse von AM-Studien veröffentlichen (gem. mit VDÄÄ).
- Campact-Aktion (gegen eine Kopfpauschale)
- Europäische Presseerklärung zum Thema der direkt an den Konsumenten adressierten Pharmawerbung (gem. mit HAI, VDÄÄ u. v. a.).
- Aufruf zum Handeln: Wir brauchen Forschung und Entwicklung für vernachlässigten Krankheiten.

Finanzen

Nachdem der Vorstand auf der Jubiläumsveranstaltung über die Entwicklung unserer Rückstellungen berichtete und Euch damit alle über die Lage informierte sind wir auf dieser MV an dem Punkt angekommen, wo über das Geld geredet werden muss. Unser Vorschlag liegt auf dem Tisch und wir hoffen auf eine konstruktive Diskussion.

Die Abnahme der finanziellen Reserven ist keine Überraschung sondern das erwartete Ergebnis der Entscheidungen der zurückliegenden Mitgliederversammlungen, auf denen wir uns für die Einstellung und die Weiterbeschäftigung der Referentin entschieden haben. Nach dem Ausscheiden von Katja Lorenz als Referentin sind wir in der glücklichen Situation, dass wir mit Anne Paschke eine Nachfolgerin gefunden haben. Die deutlich verbesserte Arbeit unseres Vereins sollte uns mehr Geld wert sein.

Damit ist das Thema Finanzen noch nicht abgeschlossen, da der Vorstand vor der Entscheidung über den Ankauf des Buches Wechselwirkungen gestellt wurde und sich ohne Mandat der MV für einen Kauf entschieden hatte. Wir haben 180 Bücher für einen Stückpreis von 2,60 Euro gekauft, was in der Summe einen Betrag von 468 Euro ausmacht. Es handelt sich aus unserer Sicht um ein immer noch aktuelles Werk, dass mit seinen vielen Beiträgen – gerade auch von VDPP-Mitgliedern – zeigt, wo man/frau sich in der Gesundheitspolitik einbringen kann (und soll). Es ist gut geeignet als Geschenk für Referenten sowie als preisgünstige Lektüre für Interessierte.

Öffentlichkeitsarbeit und VDPP-Interna

Der Rundbrief erscheint weiterhin viermal im Jahr, im Einzelnen erschien die Ausgabe 75 im Oktober 2009, die Nr. 76 im Dezember 2009, die Nr. 77 im April 2010 und die Nr. 78 im Juni. Mantramäßig kann ich an dieser Stelle wiederholen: Hier wäre es für die Zukunft

wünschenswert, wenn einfach mehr Artikel von den Mitgliedern eingereicht werden würden.

Der Vorstand dankt Jürgen Große, der nun seit mehr als 10 Jahren den Rundbrief herausgibt, und allen, die für den Rundbrief schreiben.

Neben dem Printmedium hat sich der Newsletter, den unsere Referentin Katja Lorenz herausgab, 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. Nach dem Wechsel auf der Referentinnenposition haben wir inzwischen auch schon den ersten Newsletter von Anne Paschke erhalten, die mit neuem Layout und mehr Terminen dem Newsletter ein neues Gesicht gibt. Und auch hier wieder die Erinnerung an alle, die bislang den Newsletter noch nicht erhalten, teilt Eure E-Mailadresse der Geschäftsstelle mit.

Eine weitere Konstante im Rechenschaftsbericht ist 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 ...

Aus dem Vorstand gibt es berufliche Veränderungen zu berichten: Florian Schulze ist seit Jahresbeginn Referent für Gesundheits- und Pflegepolitik der Linksfraktion im Bundestag. Wir freuen uns sehr über die Wertschätzung, die Florians Kompetenz damit erfahren hat und hoffen, dass wir auch in Zukunft von Erkenntnissen aus der Politik profitieren können. Dann steht Jana Böhme vor einem Wechsel aus der Berliner Offizin nach Indien, sie wird dort ein halbes Jahr für Calcutta Rescue e. V. als Pharmazeutin in der Apotheke arbeiten, die u. a. vier Straßenkliniken in Kolkata versorgt, in denen PatientInnen ambulante medizinische Hilfe erhalten.

Neben dem Vorstand gab es auch noch Änderungen auf der Referentinnenposition: Katja Lorenz hatte im Dezember nach drei Jahren ihre

Position zum April 2010 gekündigt. Ihr habt alle die Stellenanzeige im RB 76 vom Dezember 2009 gesehen und erfreulicherweise erhielten wir Bewerbungen von zwei gut qualifizierten und hoch motivierten Personen. Die Wahl des Vorstandes fiel auf Anne Paschke, die Ihr hier auf der MV auch live und in Farbe kennen lernen könnt.

Die Arbeit des Vorstandes wurde durch drei Personen unterstützt, vorbereitet und ermöglicht: Gudrun Meiburg in der Geschäftsstelle, die dort den Alltag des Vereins managt sowie Katja Lorenz als Referentin bis April 2010 und Anne Paschke seit Mai 2010. Wir danken allen drei an dieser Stelle herzlich für Ihre Arbeit.

Und was gibt es sonst in der Welt ?

Zur letzten MV hatte ich das zurückliegende Jahr als hochinteressant bezeichnet, das lässt sich ohne weiteres auch für die vergangenen 12 Monate feststellen. Nach einem desaströsen Wahlausgang für die SPD erlebten wir die Bildung einer schwarz-gelben Koalition, die sich als Wunschpartner sahen. Besonders die Gesundheitspolitik offenbarte, dass dies eine Fehleinschätzung war. Die Wahlversprechen der FDP gepaart mit ihrem 15%-Selbstvertrauen bescherten der Koalition eine Auseinandersetzung, die an Niveau kaum zu unterbieten ist. Der Plan der Einführung einer Kopfpauschale zur Finanzierung des Gesundheitssystems geriet zu einem Desaster – nicht zuletzt auch auf Grund außerparlamentarischer Initiativen wie das Bündnis „Köpfe gegen Kopfpauschale“ vom DGB oder der Internetkampagne von compact, an der der VDPP als Kampagnenpartner beteiligt war. Nach derzeitigem Stand wird von der großen Kopfpauschale „nur“ ein kleines Pauschälchen übrig bleiben – die Weichen, die SPD und Union in der letzten Legislaturperiode mit den Zusatzbeiträgen gestellt haben, konnten hier als Sprungbrett dienen. Doch egal wie klein die Pauschale jetzt ausfallen wird – die Entsolidarisierung wird damit fortan leicht gemacht. Künftige Ausgaben-

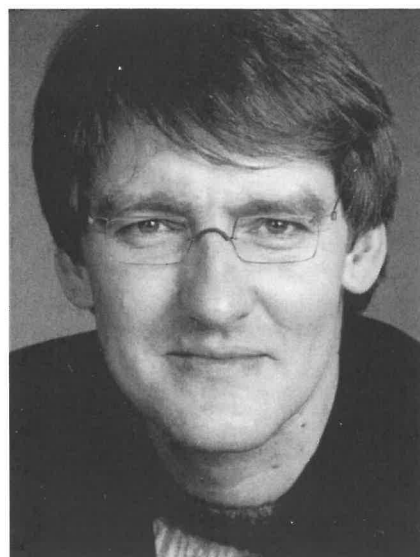
steigerungen werden wohl vor allem zu Lasten der Versicherten gehen. Auch dagegen müssen wir uns mit unseren Bündnispartnern zu Wehr setzen.

In das Thema Arzneimittelpreisbildung ist Bewegung gekommen. Der Referentenentwurf des Gesetzes liegt vor und man kann sagen, es gibt Licht und Schatten. Dass nach CSU, Grünen und SPD nun ausgerechnet ein FDP-Minister einen ernst gemeinten Versuch unternimmt, die zum Teil hanebüchernen Preise für Arzneimittel anhand des Nutzens zu begrenzen, war schon eine Überraschung. Natürlich können wir mit dem Ergebnis nicht zufrieden sein, und daher wollen wir uns mit dem diesjährigen Herbstseminar in die Diskussion um das laufende Gesetzgebungsverfahren einmischen. Eine weitere Überraschung stellt die Personalie des designierten IQWiG-Chefs dar: Professor Windeler gibt Anlass zur Hoffnung, dass auch in Zukunft gute und pharmakritische Arbeit im IQWiG erfolgen wird.

Die Austauschpflichten für Apothekerinnen und Apotheker in der Offizin sollen unter anderem in Bezug auf die Rabattverträge geändert werden. Dafür wird die Packungsgrößenverordnung novelliert.

Es bleibt also spannend, was die Gesundheitspolitik angeht. Und der VDPP wird sich einmischen.

Thomas Schulz für den Vorstand



VDPP-Finanzbericht 2009

Gudrun Meiburg und Jürgen Große

	Ist 2009	Ist 2008	Index (2008 = 100)	Plan 2009	Index (Plan = 100)
Einnahmen:					
Beiträge	11510,47	10536,70	109,24	11500,00	100,09
Spenden	1716,00	0,00		2500,00	68,64
Zinsen	118,62	418,61	28,33	300,00	39,54
Verkauf Rundbrief (Abos)	60,00	120,00	50,00	40,00	150,00
Summe Einnahmen	13405,09	11075,31	121,04	14390,00	93,16
Ausgaben:					
Mitgliederversammlung	1388,86	973,81	142,62	2500,00	55,55
Seminare	1665,25	0,00		1500,00	111,02
Projekte	0,00	0,00		0,00	
Spenden	500,00	358,00	139,66	200,00	250,00
Öffentlichkeitsarbeit	1975,21	938,72	210,42	1000,00	197,52
VorstandsreferentIn	5029,94	5340,02	94,19	6000,00	83,83
Vorstand	595,31	898,89	66,23	900,00	66,15
Rundbrief	2823,04	2134,45	132,26	2150,00	131,30
<i>davon:</i>					
<i>Redaktionshonorare</i>	0,00	0,00		0,00	
<i>Druck</i>	2284,19	1467,90	155,61	1500,00	152,28
<i>Versand</i>	538,85	666,55	80,84	650,00	82,90
Geschäftsstelle	7131,27	4471,29	159,49	6000,00	118,85
<i>davon:</i>					
<i>Personalkosten</i>	4429,38	3347,50	132,32	4000,00	110,73
<i>Sachkosten</i>	2701,89	1123,79	240,43	2000,00	135,09
Regionalgruppen	0,00	0,00		200,00	
Verschiedenes	169,00	169,00	100,00	200,00	84,50
Summe Ausgaben	21277,88	15284,18	139,22	20650,00	103,04
Vermögensentwicklung:			Vermögensaufteilung:		
Einnahmen 2009	13405,09			Vermögen 31. 12. 2009	9250,00
Ausgaben 2009	21277,88			davon Kasse	309,82
Über-/Unterschuss	-7872,79			Postgiro	2880,99
Vermögen 1. 1. 2009	17122,79			EDV	1,00
Korrektur	0,00			GLS-Bank Festgeld	6058,19
Vermögen 31. 12. 2009	9250,00			Postbank Festgeld	0,00
				Außenstände	0,00

VDPP-Finanzplan 2010

(beschlossen von der Mitgliederversammlung)

	Plan 2010	Plan 2009	Index (Plan 2009 = 100)	Ist 2009	Index (Ist 2009 = 100)
Einnahmen:					
Beiträge	13000,00	11500,00	113,04	11510,47	112,94
Spenden	1000,00	2500,00	40,00	1716,00	58,28
Zinsen	50,00	300,00	16,67	118,62	42,15
Verkauf Rundbrief (Abos)	60,00	40,00	150,00	60,00	100,00
Summe Einnahmen	14110,00	14390,00	98,05	13405,09	105,26
Ausgaben:					
Mitgliederversammlung	1000,00	2500,00	40,00	1388,86	72,00
Seminare	1500,00	1500,00	100,00	1665,25	90,08
Projekte	0,00	0,00		0,00	
Spenden	0,00	200,00	0,00	500,00	0,00
Öffentlichkeitsarbeit	1500,00	1000,00	150,00	1975,21	75,94
VorstandsreferentIn	8500,00	6000,00	141,67	5029,94	168,99
Vorstand	600,00	900,00	66,67	595,31	100,79
Rundbrief	2600,00	2150,00	120,93	2823,04	92,10
<i>davon:</i>					
<i>Redaktionshonorare</i>	0,00	0,00		0,00	
<i>Druck</i>	2000,00	1500,00	133,33	2284,19	87,56
<i>Versand</i>	600,00	650,00	92,31	538,85	111,35
Geschäftsstelle	5000,00	6000,00	83,33	7131,27	70,11
<i>davon:</i>					
<i>Personalkosten</i>	4000,00	4000,00	100,00	4429,38	90,31
<i>Sachkosten</i>	1000,00	2000,00	50,00	2701,89	37,01
Regionalgruppen	200,00	200,00	100,00	0,00	
Verschiedenes	200,00	200,00	100,00	169,00	118,34
Summe Ausgaben	21100,00	20650,00	102,18	21277,88	99,16



Vorstandssitzung am 20. Juni 2010 in Halle

von Anne Paschke

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

Es wurde resümiert, dass die vorangegangene Mitgliederversammlung insgesamt eine gelungene Veranstaltung mit einem konstruktiven Klima und fundierten Beiträgen war. Vor allem die Diskussion am Samstag wurde als besonders bereichernd und substantiell empfunden.

Des Weiteren wurden beschlossene Arbeitsschwerpunkte diskutiert. Zum einen der Entwurf eines Briefes an alle Mitglieder, in der allen für ihre Unterstützung gedankt wird und außerdem die auf der Mitglie-

dersammlung beschlossene Beitragserhöhung mitgeteilt wird. Zum Apothekertag soll, wie auch in den vorangegangenen Jahren ein Sonderrundbrief erscheinen, sowie ein Flyer erstellt werden.

Für die Ankündigung von zukünftigen Veranstaltungen sowie Verbreitung von z. B. Stellungnahmen soll der elektronische Presseverteiler erweitert werden. Jana bot sich an die Emailadressen des vdää-Verteilers zu erfragen. Um die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen auszubauen und auf Anregung von Christl während der MV wird Anne BUKO-Pharma kontaktieren und die Unterstützung des VDPP bei den „Schluck und Weg“-Theateraufführungen anbie-

ten. Abschließend wurde das Programm sowie die Organisation der diesjährigen Herbsttagung besprochen.



Vorstandssitzung am 24. Juli 2010 in Hamburg

von Anne Paschke

Die Geschäftsstelle berichtete vom Beitritt von Ulla Kaspar-Kroymann sowie von zwei eingegangenen Mitgliederspenden.

Die Referentin wird der BUKO-Pharmakampagne vorschlagen, die „Schluck & Weg“-Theatergruppe nach Hamburg und Berlin einzuladen. Aufgaben der einladenden Gruppe sind unter anderem das Besorgen von Genehmigungen, Unterbringung und Versorgung der Theatergruppe, sowie die Besetzung eines Infotisches während der Aufführung (<http://www.bukopharma.de/index.php?page=mach-mit>). Auf diese Weise kann der VDPP aktiv die Arzneimittel-Aufklärung von Bürgern und Patienten betreiben.

Es wurde über eine teilweise Umgestaltung der Homepage als Hauptaushängeschild und Kommunikationsmedium des Vereins gesprochen, um deren Struktur und Inhalt zu verbessern. Die Realisierungsmöglichkeit und der Aufwand sollen mit der Homepage-Administratorin geklärt werden. Auf Anregung während der Mitgliederversammlung wurde ein Forum eingerichtet, um die überregionale interne Kommunikation zu verbessern – vor allem auch für Mitglieder, die nicht in den Städten mit aktiven Regionalgruppen wohnen. Das Forum ist unter www.vdpp.forumieren.de erreichbar. Eine Anmeldung ist erforderlich, so dass Inhalte und interne Diskussionen nur von angemeldeten Mitgliedern eingesehen werden können. Es

wurde beschlossen, dass der Rundbrief mit teilweise privaten Fotos und Berichten in dieser Form nicht zur Öffentlichkeitsarbeit geeignet ist; er soll daher der vereinsinternen Kommunikation dienen. Ausgewählte fachliche Artikel und Inhalte werden in elektronischer Form an den VDPP-Presseverteiler geschickt, um die Öffentlichkeitswirksamkeit des Vereins zu verbessern. Es wurde über die Weiterentwicklung und in Kürze anstehende Fertigstellung des AMNOG-Thesenpapiers durch die Berliner Regionalgruppe gesprochen. Des Weiteren wurden organisatorische Punkte für die Vorbereitung der Herbsttagung diskutiert wie der Zeitplan für die Versendung und der Inhalt der Einladung sowie das Catering während der Tagung.

Vorstandssitzung am 19. September 2010 in Hamburg

von Anne Paschke

Es wurde eine allgemein positive Bilanz zum Herbsttagung gezogen und es wurden Punkte besprochen, die bei der Organisati-

on kommender Veranstaltungen beachtet werden sollten. Als mögliches Thema für die Herbsttagung im Jahre 2011 ist die Dis-

kussion über die Apothekerprofession und deren zukünftige Entwicklung ins Auge gefasst worden.

Des Weiteren wurde die Fertigstellung der Stellungnahme für die AM-NOG Anhörung geklärt.

Es wurde entschieden, dass es wichtig ist, sich jetzt darüber klar zu werden, was der VDPP in Bezug auf die anstehende Apothekenbetriebsordnungs-Änderung fordert, und dass es nicht ausreicht, lediglich eine Reaktion auf einen neuen Entwurf zu verfassen. Die Hamburger Regionalgruppe hat diese Diskussion bereits begonnen; die ausgearbeiteten Diskussionspunkte werden

ins VDPP Forum (www.vdpp-forumieren.de) gestellt, und alle interessierten Mitglieder sind aufgerufen, dort ihre Meinung kundzutun und so zu einer fundierten Stellungnahme des VDPP beizutragen.

In den Regionalgruppen Hamburg und Berlin soll außerdem besprochen werden, ob genügend Mitglieder bereit sind, die acht bis neun Schauspieler der „Schluck & Weg“-Theatergruppe der BUKO-Pharmakampagne für jeweils eine Nacht unterzubringen.

Wie besprochen ist Anne im Namen des VDPP Mitglied bei Health Action International (HAI) geworden, und es wurde beschlossen, dass Sie für den VDPP im Oktober zu dessen Jahresversammlung in Amsterdam sowie zum Apothekertag in München fahren soll. Der VDPP-Flyer wird bis zum Apothekertag von Katja überarbeitet.

Die nächste Vorstandssitzung findet am 11.12.2010 bei Florian in Berlin statt.

Gute Internet-Adressen für Wissensdurstige

von Ulrike Faber

<http://www.forum-gesundheitspolitik.de>

Impressum: FORUM GESUNDHEITSPOLITIK ist eine private Initiative, die von gesundheitspolitisch engagierten Wissenschaftlern getragen wird. Zielsetzung ist eine fundiertere Information der Öffentlichkeit und insbesondere von Wissenschaftlern, Journalisten, Studenten/innen und politischen Entscheidungsträgern über gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, gesetzliche Veränderungen in diesem Bereich sowie Ansprüche der Bevölkerung an das Gesundheitssystem. Die Website verfolgt keinerlei kommerzielle Interessen.

Wir möchten dazu beitragen, die Diskussionen zur Reform unseres Gesundheitssystems und seiner Finanzierung mit Argumenten zu beleben, die auf Fakten beruhen und weniger auf Vorurteilen und Partikularinteressen. Dazu präsentieren wir in den Rubriken

- Patienten, Gesundheitssystem, International, GKV, Prävention, Epidemiologie: umfangreichere und grundlegende Dossiers, Expertisen und Übersichtsartikel
- Websites: Rezensionen empfehlenswerter Websites (Public Health, Gesundheitspolitik und -wissenschaft).

<http://www.akf-info.de>

„Wir über uns: Wir sind ein Fachfrauennetzwerk zum Thema Frauengesundheit in all seinen Facetten. Wir vertreten die Interessen von Frauen als Patientinnen, als Expertinnen und als Bürgerinnen. Wir sind unabhängig und setzen uns ein für mehr Transparenz im Gesundheitswesen. Unser Ziel ist nicht nur, eine größere Geschlechtergerechtigkeit zu erreichen, sondern inzwischen auch, zur Erneuerung unseres Solidarsystems beizutragen.“

<http://www.gesundheitsinformation.de/>

„Diese Gesundheitsinformationen wurden vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellt und veröffentlicht. Sie basieren auf der Bewertung der zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren wissenschaftlichen Literatur und anderer Informationsquellen.

Gesundheitsinformationen des IQWiG werden ausschließlich für Patienten in Deutschland zur Verfügung gestellt. Die Informationen sollten nicht für die Erstellung eigenständiger Diagnosen verwendet werden, da sie eine Beratung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient nicht ersetzen können und nicht ersetzen sollen.“

<http://gutepillen-schlechtepillen.de/pages/index.php>

„Unabhängige Information zur Gesundheit: Information pur, ohne Werbung. Die Verbraucherzeitschrift Gute Pillen – Schlechte Pillen bietet Orientierung im Pharmadschungel.“

(Diese Zeitschrift wurde bereits im Rundbrief besprochen – sehr positiv natürlich)

<http://www.apotheke-adhoc.de>

„Der kostenlose Newsletter von APOTHEKE ADHOC informiert montags bis freitags um 15.30 Uhr über die wichtigsten Meldungen des Tages.“



Jahrestreffen von Health Action International

oder: Es bewegt sich was

von Anne Paschke

Um auch international Einfluss zu nehmen und synergistische Effekte durch Kooperation zu erreichen, bin ich seit September als Referentin für den VDPP Mitglied bei Health Action International (HAI). Für alle, die HAI noch nicht kennen, im Folgenden eine kurze Beschreibung: HAI ist ein nichtprofitorientiertes Netzwerk von Verbrauchern, NGOs, Gesundheitsberuflern, Akademikern, Medien und Individuen mit dem Ziel, der Zivilgesellschaft und dabei vor allem den Armen und Randgruppen in arzneimittelpolitischen Angelegenheiten eine Stimme zu verleihen. HAI kooperiert eng mit der WHO-Abteilung für Essential Medicines Policies sowie vielen NGOs, darunter auch vor allem BUKO und medico international, die auch Gründungsmitglieder von HAI sind. Die Arbeitsbereiche von HAI sind vornehmlich folgende:

- Zugang zu essentiellen Medikamenten
- Rationaler Arzneimittelgebrauch
- Unabhängige und verbraucherfreundliche Arzneimittelinformationen
- Patente und Innovationen

Es existieren verschiedene Untergruppen von HAI, so gibt es neben der international agierenden Sektion HAI Global auch vier regionale HAI Netzwerke. Eines davon ist HAI Europe, an dessen Jahresversammlung in Amsterdam, die unter der Leitung von Christian Wagner-Ahlf von der BUKO-Pharmakampagne stattfand, ich am 09.10.2010 für den VDPP teilgenommen habe.

Erfolge und Einfluss von HAI-Forschungsprojekten

Zu Beginn berichteten die verschiedenen HAI-Projektleiter von den durch HAIs Arbeit erreichten Erfolge in den verschiedenen Arbeitsbereichen. Besonders interessant war dabei der Einfluss einer durch HAI

durchgeführten Studie über die Finanzierung von Selbsthilfegruppen, welche durch die EMA in die Gestaltung von Arzneimittelverordnungen auf europäischer Ebene mit einbezogen werden¹.



Zwar ist die Einbindung von Selbsthilfe- und Verbraucherschutzgruppen in die Arzneimittelregulation durchaus positiv zu bewerten, allerdings muss die Unabhängigkeit solcher Gruppen sicher gestellt werden. Die Transparenzkriterien der EMA fordern daher die Offenlegung der Finanzierung dieser Gruppen. In vielen Fällen sind die Finanzierungsquellen sowie die erhaltenen Beträge jedoch unklar. Aus diesem Grund untersuchte HAI Europe wie vielen der 23 Verbraucherorganisationen, welche für EMA Zusammenarbeit in Frage kommen, zwischen 2006 und 2008 industrielle Förderung zu Teil wurde. Die Ergebnisse zeigten, dass zwei Drittel der 23 Organisationen finanzielle Unterstützung durch die Industrie erhielten, und dass die Höhe der erhaltenen Beträge im Laufe des untersuchten Zeitraumes anstieg. Es zeigte sich außerdem, dass weniger als die Hälfte der einbezogenen Organisationen die Transparenzkriterien der EMA beachtetten.

Die Studie rief eine unerwartet starke internationale Medienberichterstattung und Aufmerksamkeit her-

vor; unter anderem wurde die Studie vom British Medical Journal (BMJ) aufgegriffen². Vor allem aber gab es eine politische Reaktion auf die Ergebnisse: Im niederländischen Parlament konfrontierte die Sozialistische Partei den Gesundheitsminister mit den Ergebnissen der HAI-Studie. Dieser sprach sich für die von HAI formulierten Empfehlungen und die Notwendigkeit aus, die Transparenzkriterien der EMA für Selbsthilfe- und Verbrauchergruppen durchzusetzen. Der Gesundheitsminister riet der EMA, sich die HAI-Empfehlungen „zu Herzen zu nehmen“ und alle finanziellen Informationen auf der EMA-Webseite zur Verfügung zu stellen. Die Erfüllung dieser Transparenzkriterien solle eine Grundvoraussetzung für die Zusammenarbeit der EMA mit diesen Organisationen sein. Bleibt zu hoffen, dass diese national getragenen Empfehlungen bei der EMA Gehör finden und endgültig durchgesetzt werden.

Außerdem ist HAI damit beauftragt worden, ein durch die EU finanziertes Seminar über Interessenskonflikte auszurichten. Während des Treffens gab es ein Brainstorming darüber, wer zu diesem Seminar eingeladen werden sollte. Da vorerst vor allem an Ärzte gedacht wurde, habe ich vorgeschlagen, auch Apotheker zu berücksichtigen, bzw. Pharmaziestudenten, und mich für die inhaltliche Mitarbeit an dem Seminar gemeldet (das HAI-Europe-Büro wird die Hauptarbeit machen, aber hat für jeden Arbeitskreis nach einigen Interessierten gefragt). Vielleicht können wir so auch die Pharmazeuten etwas mehr in Boot holen.

Geistiges Eigentum und R&D

Ein weiterer Bereich, in dem sich HAI aktiv einbringt, ist die Arbeit im Bereich von Patenten und geistigem Eigentum. Auch die Gewinne-

rin des von HAI ausgeschriebenen Essay-Wettbewerbs, hatte ihren Essay über diesen Themenbereich verfasst³. Interessant war hier vor allem die aktuelle Diskussion über „new models of innovation“. Bei HAI ist dafür Sophie Bloemen zuständig, die sich aktiv in die dafür zuständige internationale Arbeitsgruppe und auf weltweiten Konferenzen und Netzwerken einbringt. Sophie ist Mitglied im „2.3c Committee: New global norms for biomedical Research & Development (R&D)“, welches während der diesjährigen World Health Assembly gegründet wurde, um neue globale Normen für biomedizinische Forschung und Entwicklung auszuarbeiten. Während der HAI-Versammlung wurde in diesem Zusammenhang herausgestellt, dass es besonders wichtig sei den Begriff „R&D“ generell gegen einen passenderen auszutauschen, denn „R&D“ sei „so technologisch und unmenschlich wie nur möglich“, so Tim Reed, Chef von HAI Global. Die „R&D“-Bezeichnung suggeriere, dass Forschung und Entwicklung in einem isolierten Forschungsfeld stattfindet und ignoriere das Spannungsfeld, in dem es tatsächlich stattfindet. Es solle besser eine Bezeichnung wie etwa „Health Research in Public Interest“ etabliert werden, um das Bewusstsein für die Relevanz der Forschung für menschliche Gesundheit zu schärfen und außerdem eine Orientierung der Forschungsagenda bzw. Ranking von Forschungsvorhaben nach Wichtigkeit sowie Wahrscheinlichkeit von deren erfolgreicher Umsetzung zu etablieren.

Konstruktive Alternativlösungen erarbeiten

Zu einem späteren Zeitpunkt wurde in einer interaktiven Phase ein häufig vernommener Kritikpunkt an der Arbeit von HAI und anderen NGOs besprochen. Zu häufig würden von HAI zwar Defizite aufgedeckt, jedoch keine alternativen Mechanismen oder Modelle vorgeschlagen oder aktiv propagiert. Besonders häufig wurde HAI mit diesem Punkt gerade von Patientenorganisationen konfrontiert, welche zwar oft zugestehen, dass Industriefinanzierung keine wünschenswerte Möglichkeit, jedoch sehr häufig alternativlos sei, bzw. zu sein scheint. Es wurde besprochen, dass sich HAI zukünftig verstärkt mit der Ausarbeitung von realistischen alternativen Finanzierungsmöglichkeiten für Patientengruppen auseinandersetzt.

Für alle, die interessiert sind, hier außerdem die Internetadressen von Initiativen, die sich – ähnlich wie MEZIS in Deutschland – in den USA (www.nofreelunch.org) und Großbritannien (www.pharmaware.co.uk) für die Aufklärung von Ärzten über den Einfluss von Pharmawerbung einsetzen. Vor allem bei No Free Lunch stehen zahlreiche interessante Unterlagen und Präsentationen zur Verfügung, welche für Aufklärungszwecke verwendet werden können. Die Not-for-Profit-Organisation veranstaltet „Bring your own lunch“-Seminare, bei denen Ärzten ihre Beeinflussbarkeit – unter Verwendung von sozialpsychologischen Methoden ohne Vor-

wurfscharakter – bewusst gemacht wird. Die Reaktionen auf diese Seminare seien sehr positiv. Auf meine Nachfrage hin erfuhr ich, dass Materialien dieser Art für Apotheker zwar nicht zur Verfügung stünden, die auf der Webseite verfügbaren Unterlagen aber für diese Zwecke abgeändert werden dürften.

Insgesamt scheint die Arbeit von HAI wirklich etwas bewegen zu können. Auch die in die Tiefe gehenden Diskussionen, die Selbstreflexion der Organisation sowie die engagierten und erfahrenen Mitglieder empfand ich als sehr positiv. Alles in allem bin ich überzeugt, dass wir durch die Unterstützung und Mitarbeit bei HAI im Sinne der VDPP-Ziele einen positiven Einfluss nehmen können.

¹ Pehudoff, Katrina and Leonardo, Teresa (2010) Patient & Consumer Organisations at the European Medicines Agency. Financial disclosure and transparency.

[http://www.haieurope.org/11082010/11_Aug_2010_HAI_Europe_ArticlePatient_&_consumer_orgs_at_EMA_Financial_disclosure.pdf]

http://www.haiweb.org/11082010/11_Aug_2010_HAI_Europe_Factsheet-Patient_consumer_orgs_at_EMA_Financial_disclosure.pdf

² <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c4459.short?rss=1>

³ Fiona Rae (2010): Intellectual Property Rights versus the Right to Access Essential Medicines: Why do patents still pose a threat to drug access after the Doha Declaration? http://www.haiweb.org/25102010/Winner_HAI_Essay_Competition_2010_Fiona-Rae.pdf

VDPP-Herbsttagung

von Anne Paschke

Trotz zahlreicher hochrangiger Konkurrenzveranstaltungen am 18. September 2010 in Berlin, wie der Anti-Atom-Demonstration, der Konferenz „Global, gerecht, gesund“ sowie der taz-Versammlung fanden sich zahlreiche Besucher zur VDPP-Herbsttagung ein, um den Einschätzungen der drei geladenen Referenten zum AMNOG beizuwohnen und später zu diskutieren.

Eröffnet wurde die Herbsttagung durch Thomas Schulz, der im Namen des VDPP die Eckpunkte des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) zusammenfasste und die bis dahin durch den VDPP erarbeitete Bewertung der Gesetzesvorlage präsentierte. Zwar räumte er dem Gesetzesentwurf großes Potential ein, welches jedoch durch die wenig konkrete Ausarbeitung erhebliche

Zweifel an der erfolgreichen Umsetzung zur Einsparung von Arzneimittelkosten ließe. Vor allem die Tatsache, dass eine Kostenbewertung erst nach gescheiterten Verhandlungen zwischen pharmazeutischen Herstellern und GKV-Spitzenverband vorgesehen sei, stehe der Forderung des VDPP nach einer 4. Hürde, also einer Kosten-Nutzen-Bewertung bei Marktzugang, entgegen.



Auch Wolfgang Kaesbach, Vertreter des GKV-Spitzenverbandes, bewertete den AMNOG-Entwurf als industriefreundlich und kritisierte die Verhinderung einer 4. Hürde. Hersteller hätten weiterhin unbegrenzten Marktzugang und erhielten im ersten Jahr wie bisher die Erstattung des vollen Listenpreises. Generell setze das AMNOG am für die Krankenkassen kritischen Punkt der Arzneimittelausgaben an, da hierfür nicht die Preisentwicklung von Arzneimitteln problematisch sei, sondern die Preiseinführung. Die bisherigen Rabatte würden zurzeit lediglich auf Listenpreise gewährt, was zwar zu geringeren Erstattungspreisen führe, die problematische Preisbildung aber nicht beeinflusse.

Nach Meinung des GKV-Spitzenverbandes seien grundlegende Strukturmaßnahmen nötig, um die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelausgaben zu beeinflussen. Der Verband fordere eine Kosten-Nutzen-Analyse für Wirkstoffe mit Therapiealternativen, wobei Höchstbeträge als Erstattungsbeträge verstanden werden müssten. Wirtschaftlich könne nur sein, was auch nütze; preisgünstige Arzneimittel ohne Nutzen hingegen seien eine Verschwendung knapper finanzieller Ressourcen. Wichtig sei dabei eine frühe Nutzenbewertung, damit diese Bewertung bereits zu den Preisverhandlungen vorliege. Au-

ßerdem müsse der G-BA die Möglichkeit haben, Arzneimittel aus der Erstattungspflicht auszuschließen.

Für Wirkstoffe ohne Therapiealternativen sei die Selbstverwaltung bei der Erstattungspreisfindung überfordert. Laut Kaesbach sei der sachgerechte Weg die Erstattungspreisfestsetzung durch staatlich autorisierte Institutionen, dies allerdings sei politisch nicht gewollt. Außerdem thematisierte Kaesbach den problematischen Status von Spezialpräparaten; da diese als etwas „Besonderes“ gälten, bestehe der Eindruck, es sei gerechtfertigt, für ebendiese Präparate besonders viel zu verlangen. Letztendlich bleibe die Frage zu beantworten, ob das AMNOG zum Nutzen des Patienten ausfalle.

Zwar solle laut AMNOG der Zusatznutzen belegt werden, der Hersteller brauche hierfür jedoch kein Dossier vorzulegen. Laut Kaesbach sei dies widersprüchlich, da ohne Dossier allein ein Nutzen, nicht jedoch ein Zusatznutzen nachgewiesen werden könne. Außerdem kritisierte er die „Einnordnung“ des IQWiG, welches den Nutzen nicht wie eigentlich notwendig durch evidenzbasierte Medizin, sondern nach den von der Regierung festgelegten Kriterien entsprechend bewerten solle.

Gerd Glaeske, Professor am Zentrum für Sozialpolitik in Bremen sowie VDP-Mitglied, präsentierte kei-

ne umfassende Bewertung des Gesetzesentwurfes, sondern fokussierte seinen Vortrag auf Überlegungen zur Kosten-Nutzen-Bewertung. Dabei reflektierte er vor allem Diskussionen, die sich im Rahmen eines im Dezember letzten Jahres erstellten jedoch bisher nicht veröffentlichten onkologischen Gutachten ergeben hatten.

Eine zentrale Frage sei laut Glaeske, ob der Nutzen eines Arzneimittels bereits bei Zulassung bestimmt werden und somit als Zulassungskriterium gelten könne. Die wichtigsten Kriterien zur Nutzenbestimmung, nämlich Morbidität, Mortalität und Lebensqualität, seien in einer Zulassungsstudie allenfalls rudimentär enthalten und somit könne zu diesem Zeitpunkt kein Nutzenbeweis angetreten werden.

Glaeske sprach sich klar gegen eine Schnellnutzenbewertung aus, welche allenfalls als Experiment gesehen werden könne. Zwar sehe er in der vorzeitigen Publikation vorhandener Daten einen großen Vorteil; diese könnten jedoch allenfalls einer approximativen Bewertung, nicht aber einer konsequenzenreichen Nutzenbewertung dienen. Als positives Beispiel nannte Glaeske das Vorgehen in Schottland, wo ein bis zwei Jahre vor der Zulassung bereits mit der Durchsicht der Studienunterlagen und der Nutzenbewertung begonnen werde. Außerdem seien Sanktionen wie der Ausschluss vom GKV-Markt vorhanden, um Hersteller bei unzureichenden Studienergebnissen zur Generierung besserer Evidenz anzuhalten.

Wie zuvor Kaesbach kritisierte auch Glaeske, dass häufig angenommen werde, bei Spezialpräparaten (die einen sehr geringen Verordnungsanteil jedoch einen hohen Kostenanteil ausmachten), müsse man nicht so genau hinschauen. Dabei sei gerade hier der Beleg eines Zusatznutzens außerordentlich wichtig, denn besonders im onkologischen Bereich stiegen die Kosten schneller als der Nutzen, so Glaeske. Auch Nachbarländer würden genau in diesem Bereich regulieren.

Die Kostenbewertung eines Zusatznutzens bezeichnete Glaeske als äußerst schwierig, da ein Nutzen, der sich in Kosten ausdrücke, wissenschaftlich kaum möglich sei. Er sprach an, dass Preise auch in Bezug auf therapeutischen Fortschritt gebildet werden müssten. Patienten mit AIDS hätten heutzutage trotz der chronischen Krankheit, durch HAART eine immens gesteigerte Lebenserwartung. Hier forderte Glaeske eine Änderung des Preisvolumens: Je länger behandelt werde, desto mehr müsse der Preis sinken, da die Hersteller am Überleben des Patienten mitverdienen. Bei der Bestimmung des Zusatznutzens gerade von onkologischen Medikamenten sei es zudem von höchster Relevanz ethische Fragen zu diskutieren, z. B. ob etwa eine Steigerung der Lebensqualität bei gleichzeitiger verkürzter Lebensdauer als Zusatznutzen bewertet werden könne.

Als weiteres gravierendes Problem der Nutzenbewertung nannte Glaeske die unzureichende Informationsbasis, auf der die Bewertung durchgeführt werden solle. Um eine realistische Nutzenbewertung zu ermöglichen, müsse die Zulassungsevidenz unbedingt herstellerunabhängig verbessert werden, forderte Glaeske.

Nicht nur fehle es an Langzeitstudien, vor allem die Qualität der verfügbaren Studien sei fragwürdig, da diese zum größten Teil durch die Industrie gesponsert und somit einem starken Informations- und Selektionsbias ausgesetzt seien. Auf Basis dieser oft experimentalarmen Studien sei der Nutzenbewertung unter dem AMNOG ein häufiges Hineinrutschen in das Schiedsverfahren vorherzusagen, da ein Nutzenbeweis durch diese Studien nicht hinreichend erbracht werden könne. Häufig zeigten die Studien zwar statistische Signifikanz, was jedoch in keiner Weise gleichbedeutend mit klinischer Relevanz sei. Auch die externe Validität sei durch die Auswahl artifizierlicher Patienten oft fraglich. Zudem würden Adhärenzprobleme in klinischen Studien nicht berücksichtigt, die in der An-

wendung jedoch Effektivitätsverluste bedeuteten und somit für die Nutzenbewertung relevant seien. Er forderte auch Apotheker auf, sich als an der Arzneimittelanwendung Beteiligte zum Nutzen des Arzneimittels zu äußern und wenn nötig Zweifel anzumelden.

Abschließend postulierte Glaeske, dass er anfangs durch die Ansätze des AMNOG positiv überrascht gewesen sei und den Beginn einer öffentlichen Diskussion begrüßt habe;



diese positive Grundhaltung habe sich jedoch durch den Einfluss der Lobbyvorstellungen und eine fehlende Verbesserung für die Patientenversorgung in einen politischen Pessimismus gewandelt. Anstelle von wissenschaftlichen Kriterien, auf denen eine richtige Kosten-Nutzen-Bewertung fußen müsse, seien die Preisverhandlungen nach dem AMNOG vor allem durch politische und ökonomische Gründe beeinflusst.

Sebastian Hofmann vom BPI hob zu Beginn seines Vortrages hervor, dass seine Position eine andere sei als die seines Vorredners Glaeske, da dieser als pharmakritischer Wissenschaftler kritische Fragen stellen könne, er als Verbandsvertreter hingegen konkrete Vorschläge machen müsse. Die von der pharmazeutischen Industrie vorgelegten Vorschläge zur Reform der eigenen

Branche bezeichnete er als Selbstverständlichkeit und stellte das Demokratieverständnis der Kritiker dieser demokratischen Beteiligung in Frage.

Herr Hofmann begrüßte, dass Arzneimittel zukünftig für mindestens ein Jahr zum Herstellerpreis erstattet würden. Zwar hätten die Medien dies als „Geschenk an die Pharmaindustrie“ gewertet, es könne jedoch keine Alternative zum Herstellerpreis geben, da die Überwindung

der 4. Hürde, wie auch immer ausgestaltet, Zeit brauche. Verpflichtende Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband nach spätestens fünf Jahren, der Hälfte der sonst üblichen zehn Jahre Patentrecht, seien angemessen. Dabei sprach sich Hofmann gegen zentrale Vereinbarungen aus und forderte stattdessen einzelne Verhandlungen und Rabattverträge.

Der Gesetzesentwurf sei allgemein von Marktwirtschaftlichkeit weit entfernt und zeuge von geringem Vertrauen in die Verhandlungsfähigkeit der Krankenkassen. Hofmann kritisierte, dass die Vergleichstherapie durch den G-BA erst nach Zulassung und Beendigung aller Studien festgelegt werde; dies sei aus unternehmerischer Sicht unhaltbar. Um den Unterschied zur Standardtherapie nachweisen zu können, müsse der Komparator fairerweise vorher

bekannt sein. Eine klare Forderung des BPI sei daher, dass der Komparator in der Regel dem der Zulassungsstudie entspreche. Damit die Nutzenbewertung nicht zum Sparmodell werde, regte Hofmann an, die Nutzenbewertung für alle Wirkstoffe zu öffnen, so auch für bekannte Wirkstoffe mit neuer Zulassung. Durch die freiwillige Vorlage neuer Nutzenstudien solle es auch Herstellern bekannter Wirkstoffe möglich sein, Verhandlungen um Erstattungsbeträge zu führen.

Der BPI-Vertreter kritisierte, dass der G-BA überlastet sei und nur wenige der Mitglieder Entscheidungen vorbereiteten. Er forderte eine breitere unternehmerische Basis und größere Transparenz im G-BA, gerade angesichts der kommenden Nutzenbewertung sei dies besonders wichtig. Auch eine größere Anzahl von Patientenvertretern sowie die Vertretung der medizinischen Wissenschaft und nicht allein fachbezogene Mediziner wurden von Herrn Hofmann gefordert.

Allgemein bestehe seitens der Industrie die Bereitschaft, sich auf eine Nutzenbewertung einzulassen; allerdings müssten Rahmenbedingungen geschaffen werden, die Beweise zuließen. Dabei seien be-

stimmte Grundsatzfragen zu diskutieren, wie z. B. die Verankerung von Quoten, welche die ärztliche Verschreibungsfreiheit weiter einschränken würde. Im Rahmen der Rabattverträge sei es indiskutabel, dass der Absatz mit der Größe der angenommenen Menge steige, außerdem würden durch die Autidem-Regelung Patienten mit Präparaten versorgt, welche für deren Indikation nicht vorgesehen sei. Vor allem auch die Umstellung der Packungsgrößenverordnung kritisierte Herr Hofmann scharf.

Bei der anschließenden Podiumsdiskussion wurde rege und vielfältig diskutiert. Im Folgenden werden nur einige der aufgegriffenen Punkte genannt. Ein stark diskutiertes Thema war der Lobbyeinfluss von Patientengruppen im Vorfeld des Gesetzesentwurfes sowie der Einfluss der Industrie auf Selbsthilfegruppen. Außerdem wurde die Notwendigkeit einer öffentlichen Debatte über Medikamente, die geringe Lebenserwartung bringen, sowie über Rationierungen im Gesundheitswesen gefordert. Es wurde diskutiert, was ein angemessenes Gremium wäre, um über wenige Tage Lebensverlängerung zu entscheiden. Dabei wurde der Einsatz von Ethikkommissionen gefor-

dert, um solche Entscheidungen weder dem einzelnen Arzt noch Politikern oder dem G-BA zu überlassen. Wiederholt wurde dabei die Notwendigkeit von qualitativ hochwertigen und unabhängigen Informationen herausgestellt, welche für jedwede Nutzenbewertung und sowohl klinische als auch persönliche Entscheidungen relevant seien. Als Vorschlag wurde ein Finanzierungsmechanismus aus Italien vorgebracht, wo 5 % aller Werbeeinnahmen der pharmazeutischen Industrie in einen Forschungspool für unabhängige Studien gezahlt werden. Wiederholt wurde die Auswahl der Studienpopulation bei klinischen Studien kritisiert und wurden neue Regelungen gefordert. Außerdem wurde der Marktanspruch der pharmazeutischen Industrie in Frage gestellt, vielmehr sei die Entwicklung von neuen Wirkstoffen ein unternehmerisches Risiko, dass nicht auf die Gesellschaft umgewälzt werden dürfe.

Sowohl die Beiträge der Referenten als auch die anschließende Diskussion fanden bei den Anwesenden großen Anklang und haben zur Weiterentwicklung der Position des VDPP zum AMNOG beigetragen.



Stellungnahme des Vereins Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) zum

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG)

(Bundestag-Drs. 17/2413)

02.09.2010

Einleitung

Ein großes, unübersichtliches Arzneimittelangebot mit hohem Preisniveau – so muss der deutsche Arzneimittelmarkt beschrieben werden. Auf diesem drittgrößten Pharmamarkt der Welt gilt immer noch der freie Marktzugang zu herstellerebestimmten Preisen.

Viele Kostendämpfungsmaßnahmen der letzten Jahre haben nicht vermocht, die systemsprengenden Ausgabensteigerungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Arzneimittel wirksam zu begrenzen (Entwicklung 2009: plus 1,5 Mrd. Euro auf 32 Mrd. Euro; 15 % Ausgabensteigerung für patentgeschützte Arzneimittel, Spezialpräparate: 2 % der Verordnungen und 25 % der Ausgaben).

An den von der schwarz-gelben Koalition vorgelegten „Gesetzesentwurf zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes“ (AM NOG) legt der VDPP folgende Messlatte an:

- Werden die Arzneimittelpreise nachhaltig und wirksam begrenzt?
- Werden Transparenz und Qualität auf dem Markt verbessert?
- Wird dem Anspruch der Patienten sichere, preiswürdige Arzneimittel mit relevantem Nutzen Rechnung getragen?
- Werden Anreize für eine bedarfsorientierte Arzneimittelentwicklung gesetzt?

Das Kernstück der neuen Gesetzgebung bezieht sich auf die Nutzenbewertung, auf die Kosten- Nutzenbewertung und auf Verhandlungen

zwischen GKV und Arzneimittelherstellern. Nach einer kurzen Darstellung dieser Kernstücke wird der VDPP seine Bewertung auf diese geplanten Neuregelungen konzentrieren.

Nutzenbewertung (§ 35a SGB V)

Mit erstmaligem Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit neuem Wirkstoff hat der Hersteller ein **Nutzen-dossier** vorzulegen, das folgende Angaben enthalten soll: Indikationen, medizinischer Nutzen, medizinischer Zusatznutzen gegenüber Vergleichstherapie, Therapiekosten, besonders profitierende Patientengruppen, Anforderungen an qualitätsgesicherte Anwendung. Danach erfolgt eine **Schnellbewertung des (Zusatz-)Nutzens** - ausschließlich auf Grundlage der vom Hersteller vorgelegten Nachweise. Zuständig dafür sind der Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) bzw. das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) innerhalb von drei Monaten.

Reicht der Unternehmer kein oder ein unzureichendes Dossier ein, gilt der Zusatznutzen als nicht belegt (s. u.). Nach weiteren drei Monaten beschließt der GBA nach Anhörung von Sachverständigen die Nutzenbewertung und veröffentlicht sie als Teil der Arzneimittelrichtlinien. Klagen der Betroffenen gegen die Nutzenbewertung oder die Schiedsstellenentscheidung (s. u.) haben keine aufschiebende Wirkung.

Preisverhandlungen (§130b SGB V)

Auf Grundlage der Nutzenbewertung verhandeln pharmazeutische Unternehmer und GKVSpitzenverband über den **Erstattungspreis** (gerechnet als Rabatt vom Listenpreis). Wenn diese Preisverhandlungen,

die auch Anforderungen an Zweckmäßigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit beinhalten sollen, innerhalb von 6 Monaten, d. h. 12 Monate nach Inverkehrbringen, nicht abgeschlossen sind, entscheidet eine **Schiedsstelle** (GKV, pharmazeutische Unternehmer, unparteiische Mitglieder) innerhalb von drei Monaten. Der neue Erstattungspreis (Rabatt!) gilt ab dem 13. Monat nach Inverkehrbringen.

Abweichend davon können auch einzelne Kassen Rabattvereinbarungen und selektive Versorgungsverträge abschließen (§ 130c).

Ist durch die vorgelegten Studien der **Nutzen nicht bestimmbar**, wird auf Grundlage der Therapiekosten, der internationalen Vergleichspreise und der Kosten vergleichbarer Therapien ein Preis ausgehandelt. **Festbetragsfähige Arzneimittel ohne Zusatznutzen** werden direkt nach Nutzenbewertung der Festbetragsgruppe unterstellt. Wenn für diese Arzneimittel ohne Zusatznutzen noch keine Festbetragsgruppe besteht, sollen Preise ausgehandelt werden, die sich an den Kosten der Vergleichstherapie bemessen und ab dem 13. Monat nach Inverkehrbringen gelten.

Kosten-Nutzen-Bewertung (§35b)

Eine Kosten-Nutzenbewertung ist überhaupt nur noch möglich, wenn GKV oder pharmazeutischer Unternehmer nach (!) dem Schiedsspruch dies beim GBA beantragen. Sie wird durch eine mündliche Anhörung der Beteiligten („Scoping-Verfahren“) eingeleitet.

Der GBA kann mit dem pharmazeutischen Unternehmer **Versorgungstudien** (max. 3 Jahre) vereinbaren, die zu berücksichtigen wären – wodurch sich die gesamte Kosten-

Nutzenbewertung auf eine Dauer bis zu 69 Monaten verzögern könnte.

Bewertung des VDPP

Der VDPP würdigt das prinzipielle Anliegen des vorliegenden Gesetzesentwurfes. Eine Arzneimittelpreisgestaltung, die sich konsequent am patientenrelevanten Nutzen orientiert, ist seit langem überfällig. Leider weist der Gesetzesentwurf aber in der Gesamtschau viele zu gravierende erhebliche Mängel auf, um diesem Ziel gerecht werden zu können.

Mit der vorgesehenen **Schnellbewertung des Nutzens** neuer Arzneimittel könnte Deutschland Anschluss an internationale Standards finden. Die Ermittlung eines (Zusatz-)Nutzens erfolgt aber ausschließlich auf der Grundlage der vom pharmazeutischen Unternehmer vorgelegten Nachweise und das Ergebnis stellt allein dessen Sicht dar.

Daher müssten die Ansprüche an den Wahrheitsgehalt, an die vollständig enthaltenen Informationen und an die vorzulegende Evidenzstufe sehr sorgfältig, konsequent und strafbewehrt bereits im Gesetz abgesichert werden. Zu oft wurde bisher die Erfahrung gemacht, dass Hersteller Positives über ihre Arzneimittel hervorheben und Negatives verschweigen.

Der VDPP begrüßt die vorgesehene gesetzliche Pflicht zur Veröffentlichung der Ergebnisse von Klinischen Studien (§ 42b Arzneimittelgesetz). Allerdings wäre ein nationales Studienregister mit kürzeren Veröffentlichungsfristen erforderlich, um den ungehinderten Zugang zu notwendigen Informationen zu sichern – das kann die Veröffentlichung an einem vom pharmazeutischen Unternehmer frei wählbaren Ort nicht gewährleisten. Ob die Öffentlichkeit darauf tatsächlich freien Zugang hat, bleibt zu überprüfen.

Weitere Regelungen müssten rechtlich konkretisiert werden, etwa die dem GBA und dem IQWiG zugesi-

cherte Einsicht in die Zulassungsunterlagen beim BfArM u. a.: soweit dies nicht elektronisch ermöglicht werden kann, erscheint es in den sehr anspruchsvollen kurzen Fristen gar nicht realisierbar. Viele solcher Einzelheiten und nicht genau definierte Begrifflichkeiten im Gesetzestext können das Ziel gefährden.

An die Nutzenbewertung müsste sich zwingend sofort eine **Bewertung der Kosten (Kosten-Nutzenbewertung)** anschließen; aber nach dem Willen der Koalition soll erst nach Scheitern der Verhandlungen und Spruch der Schiedsstelle eine Bewertung auch der Kosten beantragt werden können. Worauf sonst soll der GKV-Spitzenverband, dem nun die **Preisverhandlungen** mit dem Hersteller obliegen, sich beziehen und mit welchem Druckmittel? Wie sonst kann vermieden werden, dass die Hersteller – nach dem Vorbild von Teppichhändlern, wie es schon in der öffentlichen Debatte illustriert wurde – ihre geplanten Rabatte auf den Listenpreis vorher aufschlagen?

Bei der Preisfindung durch Verhandlungen oder durch die Schiedsstelle sollen die tatsächlichen Abgabepreise in anderen europäischen Ländern einbezogen werden. Diese sind aber bereits durch die hohen deutschen Referenzpreise geprägt! Geheime Rabatte in Deutschland versus offizielle Listenpreise anderer Länder – welche absurde Regelung.

Eine zusätzliche Unterminierung erfolgreicher Preisgestaltung sieht der VDPP in der Möglichkeit zur Preisverhandlung, die auch einzelnen gesetzlichen Krankenkassen eingeräumt wird. Hier fehlt die Expertise gänzlich, Einzelinteressen von Kassen treten in den Vordergrund; Hersteller können über Kas senwettbewerb einheitliches Vorgehen aushebeln.

Da **Preisverhandlungen** und die damit zu erzielenden Einsparungen das wichtigste Ziel der Reform sein sollen, ist dies auch das Kernstück der Kritik des VDPP: Ohne Kosten-Nutzenbewertung bleibt das Prinzip

der freien Preisfestlegung durch den Hersteller unangetastet. Nach wie vor haben also neue teure Arzneimittel einen völlig freien Zugang auf den Markt.

Die Hersteller können mindestens ein Jahr lang die Preise wie bisher selbst festlegen und sich die insgesamt angestrebten Erlöse mit dem Markteintrittspreis absichern.

Eine wirklich auf Qualität und Wirtschaftlichkeit orientierte Regelung, für die der VDPP streitet, wäre die frühzeitige, schon bei Marktzugang vorzulegende Kosten-Nutzenbewertung – also eine **4. Hürde**. Nur so würden von Anfang an Wirksamkeit, Qualität und Unbedenklichkeit (3 Hürden wie bisher) sowie patientenrelevanter Nutzen im Sinne einer therapeutischen Verbesserung (4. Hürde!) bewertet werden. Weitere Erkenntnisse wären durch anspruchsvolle Studien der Versorgungsforschung zu konkretisieren.

Die Einsortierung von **Arzneimitteln ohne Zusatznutzen** unmittelbar in eine Festbetragsgruppe bzw. – falls dies nicht möglich ist – eine Preisorientierung an der festgelegten „Vergleichstherapie“ könnte geeignet sein, die Vermarktung teurer Scheininnovationen einzudämmen. Eine im konkreten Fall strittige Vergleichstherapie, die sich nicht nur auf Arzneimittel beziehen muss, kann allerdings für die Festlegung der Kosten ein weites Feld eröffnen.

Insgesamt kritisiert der VDPP, dass die Bestimmung von „Zusatz“nutzen von der völlig unzutreffenden Annahme ausgeht, alle bereits auf dem Markt befindlichen Arzneimittel hätten einen gesicherten Nutzen, den das neue Arzneimittel nun noch zu übertreffen hätte (oder auch nicht!). Der ungeprüfte Altmarkt bleibt; hinzu kommen können nicht nur Arzneimittel, die keinen Zusatznutzen haben, sondern auch solche, die noch weniger Nutzen oder/oder höhere Risiken haben. Die alte Forderung des VDPP nach einer **Positivliste** erhält durch diese Regelung neue Brisanz und bleibt weiter aktuell.

Entgegen geltender Rechtslage wird es künftig dem GBA nach der Gesetzeslogik praktisch nicht mehr möglich sein, ein Arzneimittel wegen fehlenden Nutzens oder Unwirtschaftlichkeit aus der GKV-Versorgung auszuschließen.

Weitere Regelungen und ihre Bewertung

Nach § 69 SGB V sollen zukünftig für Rabattverträge das **Kartellrecht und Zivilgerichte** zuständig sein. Hier wird die Umsetzbarkeit sozialrechtlicher Normen dem Wettbewerbsprinzip geopfert.

Der VDPP fordert im Gesundheitswesen durchgehend die Zuständigkeit der Sozialgerichte, um die Ansprüche der Versorgung und der Finanzierbarkeit nicht gänzlich kartellrechtlichen Regelungen zu unterwerfen, „wie sie für gewinnorientierte Kaffeeröster und Zementhersteller“ (AOK) gelten.

Nach § 129 SGB V können Versicherte ein anderes als das Rabatt-Präparat ihrer Krankenkasse wählen und erhalten dafür **Kostenerstattung** im Rahmen einer Mehrkostenregelung.

Nach Meinung des VDPP werden Rabattverträge konsequent geschützt, während zugleich Versicherte in völliger Unwissenheit über die Höhe der Erstattung gelassen werden. Insofern ist diese Liberalisierung von zweifelhaftem Wert und birgt zugleich die Gefahr, Kostenerstattung, d. h. zusätzliche Belastung der Patienten auszuweiten. Das Sachleistungsprinzip wird weiter ausgehöhlt.

Die **Austauschbarkeit** von Arzneimitteln bei der Abgabe durch Apotheken wird erleichtert. Die Austausch Kriterien werden hinsichtlich Anwendungsgebiet (ein übereinstimmendes Indikationsgebiet!) und Packungsgröße (Normgröße!) flexibilisiert.

Wenngleich aus Sicht des VDPP eine Erleichterung des Austauschs sinnvoll ist – eine Regelung zur Vereinheitlichung der Zulassungsindikationen wäre der sichere und konsequentere Weg.

Abschließende Bewertung des VDPP

Der Gesetzentwurf enthält einige Ansätze, die geeignet sein könnten, die eingangs skizzierten Schwachstellen des Arzneimittelmarktes in Deutschland zu verbessern, also zu mehr therapeutischer Qualität und Wirtschaftlichkeit zu gelangen. Unschärfe Rechtsbegriffe, fehlende obligate Kosten-Nutzenbewertung, erkennbare Inkonsequenz, mögliches Unterlaufen von Regelungen etc. lassen aber erhebliche Zweifel an einer erfolgreichen Umsetzung der Ziele aufkommen.

Vielleicht liegt es daran, dass im Gesetzentwurf die Handschrift der Pharmaindustrie (bspw. vfa-Positionspapier vom Februar 2010) deutlich zu erkennen ist.

TERMINE

Regionalgruppe Berlin

Das nächste Treffen der Regionalgruppe Berlin findet am Montag, dem 15. November 2010 um 19.30 Uhr statt. Die Tagungsorte sind jeweils 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: 17. November, 1. und 15. Dezember 2010.

Regionalgruppe Hessen

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



VDPP-MV 2011

Die Mitgliederversammlung 2011 wird am 28. und 29. Mai 2011 im Raum Köln/Siegtal stattfinden.

17. Jahrestagung der GAA

Die Jahrestagung 2010 der Gesellschaft für Arzneimittel anwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie findet am 25. und 26. November in der Universität Osnabrück (Campus Schloss) statt. Themenfelder: 1. Arzneimittel in der Pflege, 2. Arzneimittelberatung in der Apotheke, 3. Risiken bei Multimedikation, 4. Anwendungsbeobachtung und Arzneimittelepidemiologie, 5. Freie Themen. Anmeldung unter www.gaa-arzneiforschung.de

VDPP-Vorstand

Die nächste Vorstandssitzung wird am Sonnabend, dem 11. Dezember 2010, von 10 bis 15 Uhr in Berlin bei Florian Schulze stattfinden.

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

Heftige Kritik an Plänen zur Nutzenbewertung

von Kirsten Sucker-Sket

BERLIN (ks). Die Pläne der schwarz-gelben Regierungskoalition zur Neuordnung des Arzneimittelmarkts waren Thema der diesjährigen Herbsttagung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) am 18. September in Berlin. Im Mittelpunkt standen dabei insbesondere die vorgesehenen Änderungen bei der Nutzenbewertung. Als Referenten geladen waren Professor Gerd Glaeske vom Zentrum für Sozialpolitik Bremen, Wolfgang Kaesbach vom GKV-Spitzenverband und Sebastian Hofmann, beim Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie für Gesundheitspolitik zuständig.

Thomas Schulz vom VDPP-Vorstand zeigte zunächst die Position des VDPP auf. Einige Ansätze des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) hätten durchaus Potenzial. So sei es positiv, dass die Preisgestaltung überhaupt angegangen werde. „Bislang war Deutschland das Eldorado für Arzneimittelfirmen“, so Schulz. Auch die Pläne für die schnelle Nutzenbewertung und die Veröffentlichung aller Studien seien prinzipiell gut. Doch wenn man ins Detail geht, mehrt sich die Kritik des VDPP. So moniert der Verband, dass die frühe Nutzenbewertung ausschließlich auf Basis von Herstellerangaben erfolgen soll. Auf Unverständnis trifft auch der Plan, dass die Kosten-Nutzenbewertung nur noch nach einem Schiedsstellenspruch beantragt werden soll. Als Forderungen des VDPP an die Politik nannte Schulz die Einführung einer Positivliste für Arzneimittel sowie der Vierten Hürde. Zudem dürfe das Sachleistungsprinzip nicht ausgehöhlt werden – Stichwort: Mehrkostenregelung. Nicht zuletzt müsse es eine umfassende Zuständigkeit

der Sozialgerichte zur Durchsetzung von Ansprüchen der Versorgung und Finanzierung geben.

Festschreibung des Apothekenabschlags fehlt

Wolfgang Kaesbach, Leiter der Abteilung Arznei- und Heilmittel beim GKV-Spitzenverband, übte ebenfalls deutliche Kritik an den christlich-liberalen Gesetzen und Gesetzentwürfen zur Arzneimittelversorgung. „Nicht zu erschließen“ sei, dass man bei dem bereits zum 1. August eingeführten Preismoratorium den gleichen Fehler begangen habe, der schon beim Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AWVG) aus dem Jahr 2006 korrigiert werden musste: Die Ermöglichung der Preisschaukel.

Was das AMNOG betrifft, so vermisst Kaesbach eine Festschreibung des gesetzlichen Apothekenabschlags auf 2,30 Euro. Diese Forderung des GKV-Spitzenverbandes hatte die Koalition allerdings bewusst nicht aufgenommen. „Wenn das so weitergeht, sind wir bald bei einem Abschlag von null Euro angekommen“, ärgert sich Kaesbach. In Zukunft müsse man den Apotheken für die Arzneimittelabgabe vermutlich noch etwas dazu geben. Auch sonst missfällt Kaesbach, was sich der Gesetzgeber in Sachen (Kosten-) Nutzenbewertung und Erstattungspreise ausgedacht hat. Nach wie vor würden die Arzneimittelpreise nicht angegangen – es gehe lediglich um Rabatte auf den Listenpreis neuer Arzneimittel mit Zusatznutzen, die dann zu Erstattungspreisen führten.

Dass für nicht patentgeschützte Arzneimittel mit Festbetrag keine Nutzenbewertungen vorgesehen sind, ist Kaesbach ebenfalls ein

Dorn im Auge: „Auch die Ausgaben für ein preisgünstiges Arzneimittel ohne Nutzen sind rausgeschmissenes Geld.“ Zudem beklagt auch er den Bedeutungsverlust der Kosten-Nutzenbewertung. Sie dürfe nicht nur bei gescheiterten Verhandlungen eingeleitet werden, sondern müsse gleich auf der schnellen Nutzenbewertung aufsetzen, damit sie zur Verfügung steht, wenn über die Erstattungspreise verhandelt wird. Aus Kaesbachs Sicht wäre es letztlich besser, wenn es eine staatlich legitimierte Preisfestsetzung gäbe.

Evidenzbasierte Medizin wird begraben

Durch die Änderungsanträge habe sich der Kabinettsentwurf zum AMNOG sogar noch verschlimmert, klagt der Kassen-Apotheker weiter. Auf besondere Kritik stößt dabei das Vorhaben, dass das Nähere zur Nutzenbewertung nun per Rechtsverordnung festgelegt werden soll. Hierdurch werde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entmachtet und in die wissenschaftliche Unabhängigkeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen eingegriffen. „Damit hat die evidenzbasierte Medizin ein sechsjähriges Intermezzo erlebt und wird wieder begraben“, sagte Kaesbach.

Glaeske: „Ich bin sehr pessimistisch“

Auch Glaeske hat wenig übrig für das AMNOG. Es sei eine „ziemliche Katastrophe“ – gerade im Hinblick auf die Nutzen- und Kosten-Nutzenbewertung. Er sieht insbesondere für onkologische Arzneimittel sowie Biologicals die Kosten rascher in die Höhe schnellen als Nutzenbewertungen vorliegen können. Aus Glaeskes Sicht ist es un-

möglich, Nutzenbewertungen aufgrund von Zulassungsstudien vorzunehmen: „Schon aus wissenschaftlichen Gründen kann eine Zulassungsstudie keine Nutzenstudie sein.“ Sie könnten „höchstens vorläufige Hinweise auf Möglichkeiten“ geben. Nötig sei ein echtes „Horizon Scanning System“, wie man es etwa aus Schottland kenne. Hier verschaffe man sich bereits ein bis zwei Jahre vor der Zulassung einen Überblick über Daten der Phasen II und III. Es gebe eine hohe Kooperation mit dem Hersteller und am Ende stünde eine „kontrollierte“ Einführung des neuen Arzneimittels.

Auch die ehrgeizige Fristenregelung für den Weg zum Erstattungspreis von einem Jahr bzw. 15 Monaten, wenn die Schiedsstelle angerufen wird, sieht Glaeske kritisch. Über den proklamierten Nutzen neuer Arzneimittel lasse sich in dieser ersten Phase nicht sagen – dies zeigten Beispiele wie Lipobay oder Vioxx. Der „Königsweg“ wäre für Glaeske noch immer die Vierte Hürde. Die jetzt vorgesehene Verhandlungslösung könne man nach dem Motto „es ist einen Versuch wert“ beginnen – optimistisch ist Glaeske allerdings nicht, für ihn ist es nicht mehr als ein Experiment. Die Apotheker forderte Glaeske auf, sich öf-

ter kritisch zu Wort zu melden. So etwa zu den nach wie vor problematischen Me-Too Präparaten. Zudem würde er sich über mehr Hinweise freuen, was alles bei Rabattverträgen schief läuft.

Verhandlungslösung nur für kleinstmögliche Nische

Wenngleich der schwarz-gelben Regierung vorgeworfen wird, ihr Gesetzentwurf trage die Handschrift der Pharmaindustrie, hat man beim BPI einiges zu bemängeln. Sebastian Hofmann verteidigte allerdings die Entscheidung, das Verfahren für die Nutzenbewertung durch eine Rechtsverordnung zu regeln: „Was ist so schlimm daran, wenn die Regelung eine strengere demokratische Legitimierung hat?“. Dass zumindest im ersten Jahr nach Markteinführung noch eine freie Herstellerpreisbindung bestehen bleiben soll, ist für ihn ebenfalls alternativlos, wenn man wolle, dass Innovationen schnell auf den Markt kommen. Immerhin würde die freie Preisbildung durch die Neuregelung von zehn Jahren auf ein Jahr abgeschmolzen. Was die Verhandlungen über Erstattungspreise betrifft, so zeigte sich Hofmann irritiert, dass der Gesetzgeber diese auf die „kleinst-

mögliche Nische“ beschränke: die neuen Arzneimittel mit Zusatznutzen. Der BPI sei hier „mutiger“ gewesen: „Wir hätten über alle patentgeschützten Arzneimittel verhandelt“ – allerdings sahen die BPI-Vorschläge vor, dass für die Verhandlungen bis zu fünf Jahre Zeit sind.

Problematisch ist aus Sicht des BPI zudem, dass der G-BA nach der Zulassung festlege, mit welchem anderen Arzneimittel er ein neues Präparat im Hinblick auf seinen Nutzen vergleichen will. Es sei „unfair und nicht umsetzbar“, wenn ein Hersteller bei Zulassungsstudien nicht wisse, mit wem er später verglichen werde, sagte Hofmann. Der BPI fordere daher, dass der spätere Komperator der Zulassungsstudie entspreche. Weiterhin sprach sich Hofmann dafür aus, dass Nutzenbewertungen für alle Arzneimittel möglich sein sollten, also auch solche mit Festbetrag. So sollten Hersteller beispielsweise auch für bewährte Wirkstoffe mit neuen Indikationen Nutzenbewertungen anstoßen können.

(Aus der Deutschen Apotheker Zeitung, Nr. 38/2010, S. 28ff. Wir danken für die Genehmigung zum Abdruck.)

AMNOG IV

Verum oder Placebo?

Von Stephanie Schersch, Berlin / Das Sparpaket der Regierung stand im Mittelpunkt einer Tagung des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) in Berlin. Dabei wurde deutliche Kritik an den Plänen zur frühen Nutzenbewertung laut.

„Das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz enthält Ansätze mit viel Potenzial“, sagte Dr. Thomas Schulz, Mitglied im Vorstand des VDPP, zu Beginn der Veranstaltung. „Allerdings habe ich erhebliche Zweifel an einer erfolgreichen Umsetzung der Sparziele.“ Viele Maßnahmen seien zu wenig kon-

kret gefasst. Auch dass eine Bewertung der Kosten erst nach dem Scheitern der Verhandlungen zwischen Herstellern und GKV-Spitzenverband ansetzen soll, hält Schulz für unzureichend. „Wir fordern eine Kosten-Nutzen-Bewertung bereits bei Marktzugang, sozusagen als vierte Hürde der Arzneimittelzulassung.“ Zudem sollte die Krankenversicherung nach Ansicht des VDPP auch weiterhin in die Zuständigkeit der Sozialgerichte fallen. „Eine Übertragung der Verantwortlichkeit auf die Zivilgerichte wie es der AMNOG-Entwurf vorsieht, lehnen wir ab“, so Schulz.

Wolfgang Kaesbach vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung übte ebenfalls Kritik am Referentenentwurf. „Für die Hersteller gilt weiterhin ein unbegrenzter Marktzugang“, sagte er. „Im ersten Jahr erhalten sie wie bisher die Erstattung des vollen Listenpreises.“ Auch Kaesbach befürchtet einen Bedeutungsverlust der Kosten-Nutzen-Bewertung. Er forderte eine funktionale Anknüpfung dieser Bewertung als zweite Stufe an die frühe Nutzenbewertung. „Dann stehen die Ergebnisse dieser Analyse bereits zur Verfügung, wenn die Preisverhandlungen mit den Herstellern beginnen.“

Kaesbach bedauerte, dass im Gesetzentwurf keine Festschreibung des Apothekenabschlags auf 2,30 Euro vorgesehen ist, wie es der GKV-Spitzenverband gefordert hatte. „Wenn wir hier nichts tun, sind wir bald bei einem Abschlag von null Euro angekommen.“ Auch eine Mehrkostenregelung für Rabattarzneimittel lehnt er strikt ab.

Als Katastrophe bezeichnete Professor Dr. Gerd Glaeske einige Maßnahmen des Gesetzentwurfs. Insbesondere bei der schnellen Nutzenbewertung gebe es große Defizite, so Glaeske. Denn die Zulassungsstudien, die als Grundlage für die Nutzenbewertung die-

nen sollten, klammerten wichtige Aspekte aus. „Auf dieser Basis lässt sich kein Zusatznutzen bewerten.“ Neben der Durchführung von Langzeitstudien müssten auch ethisch hinterlegte Fragen geklärt werden, wie etwa ob eine Verbesserung der Lebensqualität bei gleichzeitiger verkürzter Lebensdauer als Zusatznutzen bewertet werde.

Sebastian Hofmann vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie lobte dagegen, dass auch künftig die Erstattung zum Herstellerpreis für zunächst ein Jahr lang möglich sein werde. „Die Regierung folgt dem Dogma, dass Innovationen sofort nach der Zulassung

verfügbar sein sollen“, sagte er. Dass Arzneimittel ohne Zusatznutzen künftig ohne Verhandlungen einer Festbetragsgruppe zugeordnet würden, sei wenig mutig.

Auch an der schnellen Nutzenbewertung übte er Kritik. Denn welche Vergleichsstudien für eine Bewertung des Zusatznutzens herangezogen würden, lege der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) fest. „Die Hersteller wissen also vorher nicht, was ihnen als Vergleich zugrunde gelegt wird“, so Hofmann.

(Aus der Pharmazeutischen Zeitung, Nr. 39/2010, S. 15. Wir danken für die Genehmigung zum Abdruck.)

Versicherte müssen die Last der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen tragen - Einstieg in die Kopfpauschale!

Am 6. Juli hat das Bundesministerium für Gesundheit seinen Reformvorschlag mit dem Titel: „Eckpunkte für ein gerechtes, soziales, stabiles wettbewerbliches und transparentes Gesundheitssystem“ präsentiert. „Das ist alles andere als gerecht“, meint dazu der

Vorsitzende des vdää, Wulf Dietrich, „sondern der Einstieg in die Kopfpauschale. Die geplanten einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge werden Menschen mit niedrigen Einkommen überproportional und unnötig belasten und der geplante soziale Ausgleich über Steuern wird sie dann zu Bittstellern machen“, so Wulf Dietrich weiter.

Der Kern der Reform besteht darin, dass man die Arbeitnehmer be- und die Arbeitgeber entlastet, denn die Arbeitgeberbeiträge werden in Zukunft auf 7,3 % eingefroren werden. „Auch wenn es sich hier ‚bloß‘ um eine kleine Kopfpauschale handelt, ändert das nichts daran, dass dies ein ungerechtes Prinzip ist. Diese kleine Kopfpauschale stellt einen Systembruch dar, die der vdää

verein demokratischer ärztinnen und ärzte



grundsätzlich ablehnt.“ Im Gegensatz zu vorher müssen die Versicherten jetzt bis zu 2 % an Zusatzbeitrag zahlen. Diese Reform wird die unteren Einkommenschichten hart treffen. Außerdem wird dies noch mehr besser Verdienende reizen, in die Private Krankenversicherung zu wechseln, was das Solidarprinzip der GKV weiter aushöhlen wird.

Anstatt z. B. die Beitragsbemessungsgrenze (und damit einhergehend die Versicherungspflichtgrenze), die dazu führt, dass die unteren und mittleren Einkommen stärker belastet und Einkommen über 3750 Euro brutto im Monat entlastet werden, anzuhaken und die Parität von Arbeitgebern und -nehmern wieder herzustellen und damit das Finanzierungsproblem der Gesetzlichen

Krankenkassen vorerst zu lösen, mindestens aber zu entschärfen, bedeutet diese „Reform“ eine weitere Entsolidarisierung.

„Auch die von Dr. Rösler angekündigte ‚Ausweitung der Kostenerstattung‘, die – zwar von manchen Ärztevertretern gefordert – auf dem diesjährigen Ärztetag erneut abgelehnt wurde, wird vom vdää kritisiert. Die Abkehr von dem Sachleistungsprinzip ist die weitere Preisgabe einer sozialen Errungenschaft, die die Prinzipien der GKV aushöhlt“, so Wulf Dietrich.

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

7. Juli 2010

Prof. Dr. Wulf Dietrich
(Vorsitzender des vdää)

NRW Landesbeauftragte für Informationsfreiheit: Kooperation von Uni Köln und Bayer AG soll offengelegt werden

Antrag von zehn Gesundheits-Initiativen / Ausrichtung der Pharmaforschung ausschließlich auf Vermarktbarkeit befürchtet / „Signalwirkung für alle PPP-Projekte“

Nach Einschätzung der NRW Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit sollte der Kooperationsvertrag, den die Universität Köln und die Bayer HealthCare AG vor zwei Jahren geschlossen haben, offen gelegt werden. Damit unterstützt sie einen Antrag von zehn Gesundheits-Initiativen und studentischen Interessengruppen. Die Landesbeauftragte begründet in dem heute veröffentlichten Schreiben, weswegen die bisherige Weigerung von Universität und BAYER-Konzern, eine Einsichtnahme in den Vertrag zu ermöglichen, dem nordrhein-westfälischen Informationsfreiheitsgesetz widerspricht. Die Veröffentlichung war unter anderem von der BUKO Pharma-Kampagne, der Coordination gegen BAYER-Gefahren, medico international und dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte gefordert worden.

Dr. Christian Wagner-Ahlf von der BUKO Pharma-Kampagne: „Wir begrüßen die Empfehlung der Datenschutzbeauftragten. Sie kann helfen, endlich mehr Transparenz über

die Beziehungen von Universitäten und Pharmaunternehmen zu schaffen.“

Philipp Mimkes von der Coordination gegen BAYER-Gefahren (CBG) ergänzt: „Eine aus Steuergeldern finanzierte Einrichtung wie die Uniklinik Köln muss der öffentlichen Kontrolle unterliegen – zumal in einem sensiblen Bereich wie der Pharma-Forschung.“ Nach Auffassung der CBG handelt es sich bei dem Verfahren um einen Präzedenzfall, der alle Public Private Partnership (PPP)-Projekte betrifft. „Die Allgemeinheit kann solche Kooperationen nur bewerten, wenn alle relevanten Informationen veröffentlicht werden. Das Argument, wonach Geschäftsgeheimnisse von einer Offenlegung betroffen sind, darf nicht länger dafür herhalten, dass der Einsatz öffentlicher Mittel im Dunkeln bleibt.“

Bernd Eichner von medico international: „Dies ist ein großer Erfolg! Medizinische Forschung darf sich nicht ausschließlich an der Vermarktbarkeit orientieren – im Gegenteil: Wir benötigen mehr unabhängige Studien. Zudem müssen wir verhindern, dass medizinische Erkenntnisse, die nicht dem Erfolg eines Präparates dienen, in der Schublade verschwinden.“

Die Bayer HealthCare AG und die Kölner Uniklinik hatten vor zwei Jahren eine Kooperation in den Bereichen Onkologie, Kardiologie und Erkrankungen des Zentralnervensystems vereinbart. Die Initiativen legten der Universität daraufhin einen Fragenkatalog vor, der mit dem Hinweis auf „Geschäftsgeheimnisse“ unbeantwortet blieb. Unter anderem fürchten die Kritiker, dass Verwertungsrechte neuentdeckter Substanzen vollständig an Bayer HealthCare übergehen, dass auch Präparate ohne therapeutischen Mehrwert untersucht werden und dass nur positive Studienergebnisse publiziert werden – negative jedoch nicht, falls diese als betriebsschädigend eingestuft werden (ein sogenannter publication bias).

Eine Reaktion der Universitätsklinik auf die Entscheidung der Landesbeauftragten steht noch aus.

9. Juli 2010

BUKO Pharma-Kampagne,
Coordination gegen BAYER-Gefahren,
medico international,
Verein demokratischer Ärztinnen
und Ärzte

Alle Informationen zur Kampagne:
www.cbgnetwork.de

Presseerklärung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte zur Kostenerstattung

Gesundheit ist keine Ware, ÄrztInnen keine Brötchenverkäufer!

Die Ärztetage in Dresden dieses Jahr und letztes Jahr in Mainz haben sich gegen die Ausweitung der Kostenerstattung, bei der die PatientInnen die Arztrechnung vorfinanzieren, ausgesprochen.

Dessen ungeachtet begrüßt Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe in einer Gemeinsamen Pressemitteilung des

Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesärztekammer vom 27. August, nicht nur die – unseres Erachtens völlig falsche – Reform der Finanzierung der GKV, sondern auch die von Minister Rösler im Laufe der Legislaturperiode geplante Ausweitung von Möglichkeiten der Kostenerstattung: „Dies entspreche wiederholten Forderungen Deutscher Ärztetage nach einer

stärkeren Erprobung sozialverträglicher Kostenerstattungs- und Selbstbehalt-Wahltarife im GKV-Bereich“, so Hoppe.

Auch Andreas Köhler, der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, hat in einem Interview in der Berliner Zeitung vom 4. September bezüglich der Honorierung der ÄrztInnen – im Gegensatz zu früheren

Stellungnahmen der KBV – gefordert, dass „das System auf Kostenerstattung umgestellt werden“ müsse. Denn dann „fließt das Geld dorthin, wo es benötigt wird“, so Köhler. Dem schließt sich der Hartmannbund Nordrhein und Westfalen Lippe in einer Pressemitteilung vom 6. September mit folgendem Argument an: „Dies entspricht dem Prinzip des gesellschaftlichen Lebens – beim Kauf von Brötchen, Kleidung und allen anderen Anschaffungen ist es nicht nur üblich, sondern selbstverständlich.“ Auch der Präsident des Internistenverbandes Dr. Wolfgang Wesiack schloss sich anlässlich der Eröffnung des 3. Internistentages am 9. September an.

Wir Ärztinnen und Ärzte vom vdää halten die Kostenerstattung für eine soziale Katastrophe:

1. Viele PatientInnen mit niedrigen Einkommen, viele alte, kranke Menschen und Pflegefälle sind nicht in

der Lage, eine Rechnung vorzulegen.

2. Mit Kostenerstattung gibt es keine Mengenbegrenzung mehr und Ärzte können (und werden) soviel abrechnen, wie sie wollen. Das wird zwangsläufig zu Kostensteigerungen führen, die die PatientInnen zu tragen haben und die sich als Einkommenszuwächse bei den ÄrztInnen bemerkbar machen werden.

3. Die PatientInnen können sich nicht sicher sein, dass die Kassen alles bezahlen. Kostenerstattung wird so eine Ausweitung von Igel-Leistungen nach sich ziehen.

4. Mit der Kostenerstattung wird es noch schwieriger werden, die Qualität der erbrachten Leistungen zu kontrollieren.

5. Es ist zu befürchten, dass Kostenerstattung den bürokratischen Aufwand noch weiter erhöht und das System dadurch weiter verteuert.

6. Mit der Kostenerstattung wird nicht mehr die Krankheit, sondern das Einkommen entscheidend für den Arztbesuch werden. Damit wäre der fundamentale Grundsatz und die soziale Errungenschaft eines gleichen Zugangs zur Gesundheitsversorgung für Alle endgültig aufgehoben.

Der vdää fordert eine konsequente Rückkehr zum Sachleistungsprinzip, die Abschaffung aller Zuzahlungen und ein Verbot der Igel-Leistungen und eine schärfere Qualitätskontrolle ambulanten Leistungen. Eine konsequente Bürgerversicherung mit Einbeziehung aller Einkommen und aller Einkommensarten kann dies finanzieren.

Maintal, 12.09.2010

Prof. Dr. Wulf Dietrich
(Vorsitzender des vdää)

Ingelore Fohr (Mitglied des Mitglied des erweiterten Vorstands des vdää)

Presseerklärung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte zur geplanten Senkung der Beitragsbemessungsgrenze

Eine sozialpolitische Ohrfeige!

Sowohl die *Süddeutsche Zeitung* vom 16. als auch die *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 17. September 2010 melden, dass aus einem Referentenentwurf des Bundesarbeitsministeriums hervorgehe, dass die Beitragsbemessungsgrenze für die Gesetzliche Krankenkasse im nächsten Jahr erstmals in der Geschichte der Bundesrepublik gesenkt werden solle, weil die Wirtschafts- und Finanzkrise zu sinkenden Bruttolöhnen geführt habe.

„Anstatt diese Situation zu nutzen und den Anpassungsmechanismus der Beitragsbemessungsgrenze bzw. diese selbst zu überdenken, folgt man starr den selbst gesetzten Regeln und sorgt so dafür, dass die Gesetzlichen Kassen noch weniger Geld be-

kommen. So viel Starrsinn hätte ich nicht mal der schwarz-gelben Regierung zugetraut“, so der stellvertretende Vorsitzende des vdää, Dr. Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser. „Nach der im Gesetzentwurf der Bundesregierung geplanten Anhebung der Beiträge um 0,6 Prozent-Punkte wirkt die Absenkung der Beitragsbemessungsgrenze als Maßnahme zur Umverteilung der Lasten von Reich nach Arm faktisch wie eine sozialpolitische Ohrfeige ...“, so Schwarzkopf-Steinhauser weiter.

Seit Jahren weisen der vdää, wie auch Gewerkschaften und andere soziale Institutionen darauf hin, dass die Beitragsbemessungsgrenze ungerecht ist, weil sie dazu führt, dass die besser Verdienenden entlastet und die Menschen

mit niedrigeren demgegenüber überproportional belastet werden.

Der vdää fordert als ersten Schritt zu mehr Solidarität die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und damit einhergehend die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze. So könnte auf einfachem und unbürokratischem Weg sehr viel mehr Geld in die GKV fließen, was letztlich auch die Zusatzbeiträge überflüssig machen würde.

Maintal, 21.09.2010

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

Presseerklärung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte zum Referentenentwurf des GKV-Finanzierungsgesetz

In seinem im August veröffentlichten Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz) macht das Bundesgesundheitsministerium wahr, was seit dem Koalitionsvertrag angekündigt war: **den Einstieg in Kopfpauschale.**

Nach der Wiederanhebung des Beitragssatzes im nächsten Jahr auf 14,6 Prozent (plus 0,9 Prozentpunkte nur für die Arbeitnehmer) sollen die Arbeitgeberbeiträge bei 7,3 Prozent eingefroren werden, damit die Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen in Zukunft „nicht mehr zu steigenden Lohnkosten führen“ werden. Alle weiteren Ausgabensteigerungen sollen in Zukunft durch einkommensunabhängige, also pauschale und nach oben offene Zusatzbeiträge der Versicherten finanziert werden. Dies bedeutet den Einstieg in eine Kopfpauschale.

Die Mehrbelastungen der Versicherten durch Zusatzbeiträge sollen zwar sozial ausgeglichen werden, wenn zwei Prozent des Bruttoeinkommens überschritten werden. Maßgeblich hierfür sollen jedoch nicht die tatsächlichen pauschalen Zusatzbeiträge der Krankenkassen sein, sondern ein geschätzter durchschnittlicher Zusatzbeitrag, der – über alle Kassen hinweg – theoretisch nötig wäre, um ein zu

erwartendes Defizit zu decken. Wenn eine Kasse einen überdurchschnittlichen Zusatzbeitrag erhebt, kann dies für den individuellen Versicherten bedeuten, dass er weit mehr als zwei Prozent seines Bruttoeinkommens bezahlen muss. Die Mehrbelastungen durch Zusatzbeiträge werden also nicht realistisch ausgeglichen, sondern nur anhand eines Durchschnittswertes – und dies auch erst ab einer Grenze von zwei Prozent des Einkommens.

Der vdää lehnt diese Reform ab, weil sie niedrige Einkommen überdurchschnittlich belastet und mit der Beibehaltung der Beitragsbemessungsgrenze nach wie vor besser Verdienende entlastet. Der versprochene soziale Ausgleich ist kein Ersatz für das bewährte Solidarsystem einer paritätisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung. Wir lehnen Zusatzbeiträge ab, die allein von den Versicherten zu tragen sind. Und wir lehnen das Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge ab, da die Arbeitgeber dann nicht mehr an den Steigerungen der Gesundheitsausgaben beteiligt werden und zukünftig noch weniger Interesse haben an Kostensparnis durch bessere Arbeitsbedingungen. Das Gesundheitssystem darf nicht wirtschaftspolitischen Zwecken wie der Senkung der so genannten Lohnnebenkosten untergeordnet werden. „Wenn man die Arbeitgeber aus der Verantwortung entlässt, sollten sie

auch die Konsequenzen ziehen und nicht mehr paritätisch in den Kassengremien vertreten sein“, so der vdää-Vorsitzende Prof. Wulf Dietrich.

Während die Bundesregierung in ihrem Gesetzentwurf bei „Alternativen“ nur: „keine“ schreibt, wissen wir – wie viele andere Menschen – eine: die solidarische Bürgerversicherung, die alle Einkommen und alle Einkommensarten gleichmäßig belastet. Dies wäre nicht nur eine gerechte Finanzierung der GKV, sondern würde auch zu sinkenden Beitragssätzen führen. Außerdem gibt es immer noch viele Reserven im System, mit denen man Kostensteigerungen eindämmen und schädliche Überversorgung abbauen könnte.

Wir widersprechen deshalb ausdrücklich Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, der diese Reform in einer mit dem Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam herausgegebenen Pressemitteilung am 27. August als „wichtigen und richtigen Schritt“ begrüßt hat. Er spricht nicht für alle ÄrztInnen.

Maintal, 22. September 2010

Prof. Dr. Wulf Dietrich
(Vorsitzender des vdää)

Dr. Nadja Rakowitz
(Geschäftsführerin)

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

Lizenzen für bezahlbare Forschungsergebnisse

Workshop zu neuen Vertragsmodellen für die Gesundheitsforschung

Oldenburg. Neue Vertragsmodelle für die Gesundheitsforschung stehen im Fokus des Symposiums „Equitable Licensing of Research Result – Exploring Opportunities and Hindrances“, (Faire

Lizenzierung von Forschungsergebnissen – Sondierung der Chancen und Hindernisse), der am 30. September und 1. Oktober 2010 an der Universität Oldenburg stattfindet. Veranstalter

ist Prof. Dr. Christine Godt vom Lehrstuhl für Europäisches und Internationales Wirtschaftsrecht der Universität Oldenburg. Godt leitet gemeinsam mit Dr. Peter Tinnemann (Charité Univer-

sitätsmedizin, Berlin) und Dr. Christian Wagner-Ahlf (Entwicklungspolitische Organisation BUKO Pharma-Kampagne, Bielefeld) das Forschungsprojekt „med4all“, das seit zwei Jahren von der VolkswagenStiftung gefördert wird. Der Workshop führt ExpertInnen aus den Bereichen Life Sciences (Biowissenschaften), pharmazeutische Industrie, Technologietransfer und Innovationspolitik zusammen. Erwartet werden u.a. Vertreter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, der EU und des deutschen Verbands forschender Arzneimittelunternehmen.

Im Mittelpunkt des Workshops steht die Bedeutung der Patentverwertung öffentlicher Forschung



BUKO Pharma-Kampagne

Deutschlands für Entwicklungsländer und das Konzept des Equitable Licensing. Dieses Lizenzkonzept, ursprünglich entwickelt im Zusammenhang mit Medikamenten für HIV/Aids, soll die Ergebnisse öffentlich finanzierter Forschung auch für Menschen in ärmeren Ländern zugänglich machen. Es ist aber grundsätzlich ebenso in anderen Technologiebereichen anwendbar.

Der Workshop soll dazu dienen, die Chancen und Grenzen des Konzepts auszuloten sowie An-

wendungsmöglichkeiten bei Forschungsk Kooperationen und Produktentwicklungspartnerschaften zu diskutieren. Der Fokus liegt insbesondere auf den Vertragsmodellen, die Godt erstmals für den deutschen Sprach- und Rechtsraum entwickelt hat. Neben der nationalen Forschung ist außerdem die Integration des Konzepts in die zukünftige europäische Forschungspolitik Thema.

27. September 2010

med4all Projektkoordination
c/o BUKO Pharma-Kampagne
August-Bebel-Str. 62
33602 Bielefeld
Tel. 0431-6489659
cwagner@bukopharma.de
www.med4all.org

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

Schreiben Pharmafirmen Gesetze?

Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten kritisiert Arzneimittelgesetz

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler lobt das Arzneimittelneuerordnungsgesetz (AMNOG), das in Kürze in Kraft treten soll. Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) hat hingegen einiges daran auszusetzen. Mit VDPP-Vorstand Florian Schulze (33), Apotheker und Referent für Gesundheits- und Pflegepolitik der Linksfraktion im Bundestag, sprach Silvia Ottow.

ND: Warum steigen von Jahr zu Jahr die Ausgaben für Arzneimittel?

Schulze: Das liegt in erster Linie an besonders stark steigenden Kosten für patentgeschützte Arzneimittel, die Ausgaben der Kassen sind hier allein 2009 um 15 Prozent gestiegen. Dass Arzneimittel insgesamt „nur“ fünf Prozent mehr Kosten verursachten,

lag an den Generika, den preiswerten Nachahmerprodukten.

Selbst Generika sind ja in Deutschland teurer als anderswo.

Das ist richtig, liegt aber auch an der besonders hohen Mehrwertsteuer in Deutschland und an der besonderen Berechnung der Apothekenaufschläge. Das Hauptproblem sind tatsächlich die neueren Arzneimittel. Hier will auch das neue Gesetz der Regierung eingreifen.

Das Gesetz wird dargestellt, als würde es die Geldgier der Pharmaindustrie stark zügeln. Tut es das?

Nein, dazu ist es viel zu schwach. So können Hersteller in den ersten zwölf Monaten das Arzneimittel zu einem frei wählbaren Preis auf den Markt bringen. Es ist zu er-

warten, dass die Hersteller die Rabatte für die Krankenkassen da von vornherein aufschlagen, weil dieser Herstellerpreis dann die Grundlage für die Preisverhandlungen ist.

Warum wird das so gemacht, wenn das jeder weiß?

Das Argument der Regierung ist, dass so eine Bewertung und die Preisfindung ihre Zeit brauchen. So lange soll das Medikament schon verfügbar sein. Der VDPP meint, dass eben genau das nicht notwendig ist. Wir befürworten, neben den drei Zulassungshürden Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität des Arzneimittels, eine vierte Hürde einzuführen, den Nutzen. Wir sind dafür, dass eine erste Preisfindung möglichst vor Marktzugang durch eine Kosten-Nutzen-Bewertung erfolgt.

Warum will das Gesundheitsministerium diese Bewertung nun selbst vornehmen?

Das Ministerium soll zwar nicht die Bewertung selbst durchführen, aber es soll festlegen, wie das Wirkstoffdossier aussehen muss, das dann zur Bewertung des Arzneimittelnutzens herangezogen wird. Wir befürchten hier eine Aufweichung der streng wissenschaftlichen Methoden, die bislang angewendet wurden. Es ist ja pikanterweise herausgekommen, dass bei dem neuen Gesetz auch kräftig von der Pharmaindustrie mitgeschrieben wurde.

Das hat aber mit einer unabhängigen Arzneimittelbewertung nichts mehr zu tun.

Das ist zu befürchten. Hinzu kommt, dass die Studien, auf denen die Nutzenbewertung beruht, allein vom Hersteller selbst durchgeführt werden. Der VDPP fordert eine Bewertung anhand aller verfügbaren Studien und ein zentrales Studienregister, damit die Bewertungen

transparent ablaufen können. Zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben und für eine verbesserte Arzneimitteltherapie genügt die Senkung der Preise allein allerdings nicht. Es kommt auch darauf an, was verordnet wird. Dafür ist es notwendig, die Macht der Pharmaindustrie auf allen Ebenen des Gesundheitssystems zu reduzieren.

Wie kann das geschehen?

Das betrifft beispielsweise den Einfluss der Industrie auf die Ärzte. Vertreter der Firmen versuchen, Patienten auf ihre Produkte einzustellen. Das geschieht durch Verschreibungsprämien für den Arzt, die als Studien getarnt werden, durch gesponserte Fortbildungsveranstaltungen oder auch gekaufte Experten, die ihren Namen für Industriepublikationen hergeben. Nicht zuletzt sind Horden von Pharmavertretern unterwegs. So schafft es die Pharmaindustrie, dass ca. 90 Prozent der Informationen über neue Arzneimittel, welche die Ärzte erreichen, aus der Industrie stammen.

Wie ist der Einfluss der Pharmaindustrie auf die Apotheken?

Der Einfluss auf die Apotheker ist hoch, aber diese haben wenig Möglichkeiten, die Arzneimittelausgaben der GKV zu beeinflussen. Die Qualität der Versorgung leidet aber auch hier, vor allem im Bereich der nicht verschreibungspflichtigen Medikamente. Leider ist sowohl bei vielen Medizinerinnen als auch Apothekern das Problembewusstsein in Bezug auf die Qualität ihrer Informationen nicht immer ausreichend ausgeprägt. Auch deshalb sind unabhängige, transparente Bewertungen auf hohem fachlichen Niveau und öffentlich zugängliche Studiendaten so wichtig – um allen Akteuren im Gesundheitswesen die Möglichkeit zu geben, sich ein eigenes Urteil zu bilden.

(Aus dem Neuen Deutschland vom 22. September 2010. Wir danken für die Genehmigung zum Abdruck.)

**Der nächste VDPP-Rundbrief
erscheint Ende Januar 2011.**

**Redaktionsschluss ist
am 15. Januar 2011.**



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**

**geschaefsstelle@vdpp.de
www.vdpp.de**