

VDPP • RUNDBRIEF

23. Jahrgang

4 / 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
80 INHALT

AMNOG

Leitfaden der Apotheken

UAW-Meldungen durch Apotheken

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

die letzten (jedenfalls die letzten rechtzeitig erkannten) Fehler sind korrigiert, und ihr haltet die wiederum ein wenig verspätet erschienene erste Ausgabe des 23. Jahrgangs des VDPP-Rundbriefs in euren Händen. Er ist ein wenig dünn geraten, aber wir wollen versuchen, in wenigen Wochen, noch vor der Mitgliederversammlung, ein weiteres Heft zu Stande zu bekommen.

Auch diesem Rundbrief ist anzusehen, dass sich die Interessen einiger VDPP-Mitglieder auf den indischen Subkontinent konzentriert haben, so zeugt z. B. das Titelbild von Bernd Rehberg, das bei der Besichtigung eines ayurvedischen Arzneimittelbetriebs in Kathmandu entstand, von der Nepalreise einiger KollegInnen. Ihr könnt ja einmal raten, wer sich hinter den Hygienemasken verbirgt.

Ansonsten freuen wir uns, möglichst viele von euch Ende Mai bei der Mitgliederversammlung in Köln begrüßen zu können.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

das Redaktionsteam

*Redaktionsschluss für den
VDPP-Rundbrief Nr. 81:
15. Mai 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

Thomas Schulz 3

Zum AMNOG

Ulrike Faber 4

Die Seele kommt zuletzt zurück

Ursula Blöcker 7

Quecksilber

Ursula Blöcker 9

Freier Zugang zur medizinischen Versorgung für Menschen ohne Papiere 10

Leitfaden der Apotheken

Bernd Rehberg 11

Vorstand 11.12.10

Anne Paschke 13

BUCHBESPRECHUNGEN

„Bücher sind wie gute Freunde“

Regina Schumann 14

TERMINE

15

DOKUMENTATION

Apotheken könnten mehr UAW melden

Anne Paschke 16

Joint Open Letter Calling Novartis

HAI 18

Keine IGeL-Leistungen in der Kassenarztpraxis 19

Drohende Schließung des Instituts für Medizinische Soziologie 20

Sofort abschalten!

vdää 21

Geschäftsverhalten von Bayer, Baxter und Boehringer Ingelheim in Indien untersucht 22

www.Pillen-Checker.de

BUKO-Pharmakampagne 22

Atomkraft: Risiken schon im Normalbetrieb 23

MV 2011 24

Grußwort des Vorstands

Liebe Freundinnen und Freunde,

Ende Januar hatte ich ein Grußwort für den Rundbrief vorbereitet, aber es gab nicht genug Artikel für die Ausgabe, so dass ich nun Ende März ein neues Grußwort schreiben darf. Es gab Episoden, die inzwischen ziemlich geringfügig wirken¹.

Und es gab die Dinge, die mich traurig, nachdenklich und – teilweise – wütend machten: Zuerst bebte die Erde in und vor Japan ... Neben einem der schwersten Erdbeben der letzten 100 Jahre wurden viele Orte an der Küste auch noch von einem furchtbaren Tsunami heimgesucht. Für mich war und ist es erschütternd, wie ein hochtechnisiertes Land auf einmal so verwüstet wurde. Es handelte sich schließlich nicht um Haiti sondern um Japan! Und zu all diesem Grauen mussten wir auch noch einen neuen Ortsnamen lernen: Fukushima. Plötzlich zeigte das Fernsehen explodierende Kernreaktoren, und es handelte sich nicht um einen mittelmäßigen Katastrophenfilm. In ihrer unendlichen Fürsorge entschieden dann die Programmverantwortlichen, dass die Zeichentrickserie „Die Simpsons“ für die Zuschauer zu verstörend ist – zumindest die Folgen, in denen Störfälle im örtlichen AKW sarkastisch thematisiert werden.

Mich verstören eher eine Bundeskanzlerin, die schnell einmal sieben AKWs abschaltet und ein Wirtschaftsminister, der vor der Wirtschaft sagt, dass es sich bei dieser Schnellabschaltung um ein taktisches Manöver für die Landtagswahlen handelt. Weiterhin irritierte mich eine Abbildung aus der Zeit, die darstellte, wie gering der Anteil der Menschen in Deutschland ist, die Öko-Strom beziehen. Demnach

schaft es nicht einmal die Mehrheit der Grünen-Wählerschaft vom Atomstrom zum Öko-Strom zu wechseln. Am Ende des Grußworts habe ich eine To-do-Liste zusammengestellt und den Link zur Website „Atomausstieg selber machen“ angegeben. Vielleicht wäre es hilfreich, wenn die Wahl des Stroms im Störfall Konsequenzen haben würde: Atomstrombezieher dürfen dann Hacke und Spaten nehmen und sich im AKW zum Aufräumen einfinden und Öko-Strombezieher werden evakuiert. Ruft da jemand: Zynismus? Nein, zynisch ist die Notwendigkeit, dass sich dutzende Menschen in den unkontrollierbaren AKWs von Fukushima opfern, um den Super-GAU zu verhindern. Eine Technologie, die solche Menschenopfer zelebriert, die ist zynisch und muss ausgemustert werden!

Und da ich gerade in Fahrt bin, habe ich noch einen Vorschlag, der sich der Frage annimmt, die AKW-Befürworter gern vollständig verdrängen: Was passiert mit dem Atommüll? Hier sollte ein dauerhaftes Kennzeichnungsverfahren entwickelt werden, das es ermöglicht, jedes Fass Atommüll mit einem Bild eines der Bundestagsabgeordneten zu markieren, die für die Verlängerung der AKW-Laufzeiten gestimmt haben. Neben dem Bild sollte dann noch stehen: Dieses Fass voll tödlichen Gifts wurde Ihnen präsentiert von Dr. Angela Merkel etc. Das wäre doch nur folgerichtig, wenn unsere Nachfahren in 1000 oder 5000 oder auch 20.000 Jahren noch erkennen könnten, wer ihnen das Gift hinterlassen hat. Es war jedenfalls mutmachend, am 26. März 2011 mit 90.000 AKW-Gegnern für den Ausstieg zu demonstrieren!

Weg von der Atomschweinerei hin zu einem jungen Mann, der sich vor drei Monaten aus Verzweiflung über ein korruptes und brutales Regime mit Benzin übergossen und angezündet hat. Dieser Selbst-

mord hat ein politisches Beben ausgelöst, das ich inzwischen mit den Ereignissen im Winter 1989 in Osteuropa vergleiche. Zwei korrupte Despoten sind inzwischen von ihren Völkern vertrieben worden, in einigen anderen Ländern sieht die Lage schlimm aus: In Bahrain intervenierte Saudi-Arabien und schlug den Aufstand nieder. Es wird sich zeigen, ob das von Dauer sein wird. In Syrien werden Demonstranten von Scharfschützen erschossen. In Libyen erhob sich das Volk² und befreite sich in vielen Teilen des Landes. Im Gegensatz zu Tunesien und Ägypten schlug das Militär, durch ausländische Söldner verstärkt, hart zurück und tötete viele Menschen³. Hierbei setzte das Militär Flugzeuge und andere Waffen ein, die ihm irgendjemand mal verkauft hatte. Die Rebellen, siehe Fußnote zwei, baten dringlich um Einrichtung einer Flugverbotszone und nach langen Diskussionen wurde im UNO-Sicherheitsrat eine entsprechende Resolution verabschiedet. Die deutsche Position dazu war überraschend: Angela Merkel und Guido Westerwelle hatten für Libyen und die Rebellen nur ein tränennasses Taschentuch übrig, wofür sie von Jan van Aken (Linkspartei) überschwänglich gelobt wurden. SPD und Grüne befinden sich in der Angelegenheit noch in schlingernen Selbstfindungen. Ein Hinweis für die sensiblen Gemüter, die meine Ausführungen für total ungemessen halten: Meine Ausführun-

² Es könnte sich natürlich auch um Provokateure des US-Imperialismus oder der zionistischen Weltverschwörung handeln. Wer sonst könnte etwas gegen den großen spirituellen Führer Muammar al-Gaddafi haben ?

³ Auch das ist eine Frage des Blickwinkels: Solidarische Kämpfer aus verschiedenen afrikanischen Ländern eilten dem bedrängten Führer Gaddafi in seinem heldenhaften Kampf zur Seite und eliminieren die oben genannten Provokateure.

¹ Freiherr zu Guttenberg verlor wegen massiven Abschreibens in seiner Promotionsarbeit den Dokortitel und das Amt des Verteidigungsministers. Er bleibt der Liebling der BILD-Zeitung ...

gen sind unangemessen. Ich habe mich bislang nicht für die politische Lage in Ägypten, Libyen, Tunesien, Marokko, Syrien, Jemen, Kuwait, Bahrain etc. interessiert. Nun sind wir⁴ in der Situation, dass wir uns an dem Sterben in Libyen mitschuldig machen, entweder durch Handeln oder durch Nicht-Handeln.

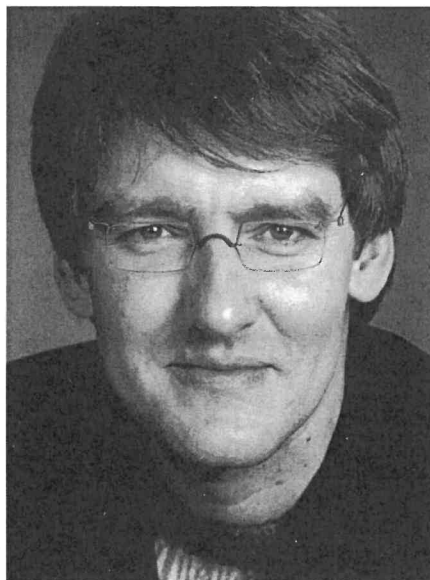
Neben diesen globalen Problemen gibt es auch noch etwas kleinere Probleme, z. B. hat die BUKO-Pharmakampagne, mit der wir als VDPP schon seit Jahren vertrauensvoll zusammenarbeiten, große Existenzsorgen.

Und noch kleiner ist das Problem unserer VDPP-Geschäftsstelle mit all den Mitgliedern, die die Bei-

⁴ „Wir“ meint die Menschen in der westlichen Welt.

tragsanpassung noch nicht vollzogen haben.

Kein Problem wird die Mitgliederversammlung im Mai darstellen: Wir haben ein interessantes Programm und alle Vorstandsmitglieder



der stellen sich wieder zur Wahl. Ihr könnt also völlig entspannt nach Köln kommen, ich freue mich auf ein Wiedersehen.

Thomas Schulz
(für den Vorstand des VDPP)

To-do-Liste:

- **Wechsel zum Ökostrom: <http://www.atomausstieg-selbermachen.de/>**
- **Spende für Japan**
- **Spende für BUKO**
- **VDPP-Beitrag überprüfen**

„So breche ich das Preismonopoli der Pharmaindustrie“ (Philipp Rösler)

Zum Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG)

von Ulrike Faber

Wir haben in Deutschland viele gute, hochwirksame Arzneimittel von hoher pharmazeutischer Qualität, lebensrettend, lebensverlängernd, lebensverbessernd. Wer wollte daran zweifeln in einem Land, das nach USA, Japan und Frankreich, gemessen am Umsatz, über den viertgrößten Pharmamarkt der Welt verfügt?¹ Damit ist der deutsche Arzneimittelmarkt aber leider nicht ausreichend beschrieben. Der „Arzneischatz“ der Bundesrepublik enthält viele unnütze, fragwürdige Arzneimittel; er ist zu groß, zu intransparent und zu teuer.

Es gibt nur drei Länder in der EU ohne staatliche Preisregulierung: Deutschland, Dänemark und Malta. Die Preisbildung liegt hier ausschließlich beim Pharmazeutischen Unternehmer. Die hohen deutschen Arzneimittelpreise gelten als Referenzpreise in Europa.

Seit dem Gesundheitsstrukturgesetz – GSG (Seehofer 1993) sind mehr als zehn gravierende Änderungen des SGB V veranlasst worden, jeweils mit dem Ziel, die kontinuierlich steigenden Arzneimittelausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den Griff zu bekommen. Es entwickelte sich eine fragwürdige Regulierungsdichte mit wenig Transparenz für Verordner und Patientinnen und Patienten und mit geringer Wirkung auf die Ausgabenynamik.

Die Arzneimittelausgaben der GKV lagen 2009 bei 30 Mrd. Euro, gut 60 Prozent höher als 1998. Die GKV zahlte 18,9 Prozent ihrer Ausgaben für Arzneimittel (nur für den ambulanten Bereich; in den Ausgaben der GKV für die Krankenhäuser steckt auch ein Posten für Arzneimittel, den man eigentlich noch

dazu addieren müsste) und 16,5 Prozent für ambulantes ärztliches Honorar.²

Bislang ist es vor allem mit dem 1989 eingeführten Festbetragssystem dauerhaft gelungen, den Preisforderungen der Pharmaindustrie Paroli zu bieten. In 20 Jahren konnten dadurch für die GKV 36,4 Mrd. Euro eingespart werden.³ Die Hersteller haben daher alles versucht, dieses System außer Kraft zu setzen – zum Glück ohne Erfolg.

Das Ausgabenproblem liegt inzwischen bei den innovativen Spezialpräparaten, etwa für Onkologie, HIV-Therapie, Transplantationsmedizin, die nur zwei Prozent der Verordnungen, aber bereits 25 Prozent der GKV-Ausgaben ausmachen. Hier werden extrem hohe Preise angesetzt, die mit den realen Forschungs- und Entwicklungskosten

sehr wenig zu tun haben.⁴ Jahresbehandlungskosten von 30.000 bis 60.000 Euro, aber auch schon mal 100.000 sind Sprengkraft für das Versorgungssystem.⁵

Hier will das AMNOG ansetzen. Es ist ein rein ökonomisch ausgerichtetes Gesetz.

Alle neuen Wirkstoffe bzw. alle neuen Anwendungsgebiete bereits eingeführter Arzneimittel unterliegen ab 2011 bei Marktzugang einer frühen Nutzenbewertung nach § 35 a SGB V; es gibt drei Varianten:

1. Arzneimittel ohne vom Hersteller beanspruchten Zusatznutzen: Eingliederung in eine Festbetragsgruppe und Festlegung des Festbetrags
2. Arzneimittel ohne beanspruchten Zusatznutzen, für die keine Festbetragsgruppe besteht: Hierfür verhandeln Hersteller und GKV über einen Erstattungsbetrag nach § 130 b SGB V, der nicht höher sein darf, als die „zweckmäßige Vergleichstherapie“.
3. Arzneimittel / Anwendungsgebiete mit beanspruchtem Zusatznutzen: Für sie muss die Nutzenbewertung innerhalb von sechs Monaten abgeschlossen werden. Das damit beauftragte *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)* hat dafür drei Monate Zeit; für die dann folgenden Anhörungen und Auswertungen stehen dem Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) weitere drei Monate bis zur Beschlussfassung zur Verfügung.

Alle Verfahrensschritte hat der Gesetzgeber in einer Rechtsverordnung vorgegeben. Die Nutzenbewertung erfolgt ausschließlich auf Basis des vom Hersteller einzureichenden Dossiers, das den Vorgaben des GBA entsprechen muss. Der GBA legt auch die „zweckmäßige Vergleichstherapie“ also eine bereits verfügbare Therapie fest, gegenüber welcher der Zusatznutzen belegt werden muss. Im Ergebnis ist abgestuft ein „erheblicher“, ein „beträchtlicher“, ein „geringer“

oder auch ein „nicht quantifizierbarer“ Zusatznutzen gegenüber der „zweckmäßigen Vergleichstherapie“ festzustellen.

Das vom GBA beschlossene Ergebnis – die Größe des Zusatznutzens, aber keine **Kosten-Nutzen-Bewertung!** – ist die Grundlage der Preisverhandlungen, welche nun zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer zu führen sind. Wenn in den Verhandlungen kein Ergebnis erzielt wird, kann eine Schiedsstelle



Bildquelle: Wikipedia/Fdp nds

angerufen werden, die innerhalb von drei Monaten einen Erstattungsbetrag festzusetzen hat. Klagemöglichkeiten bestehen erst nach der Preisfestsetzung des Schiedsamtes.

Erst dann kann auch eine Kosten-Nutzenbewertung beantragt werden. Eine neue Nutzenbewertung kann frühestens ein Jahr später beim GBA beantragt werden, sofern neue Erkenntnisse vorliegen.

Im Ergebnis würde also spätestens zwölf Monate nach Marktzugang der Erstattungsbetrag den zunächst für ein Jahr vom Hersteller frei bestimmten Preis des Arzneimittels ablösen. Die Erstattungspreise werden als Rabatte ausgewiesen. Damit bleiben jedenfalls für die pharmazeutischen Hersteller die hohen Listenpreise als Referenzpreise für Europa erhalten.

Die bisher uneingeschränkte Preisgestaltungsmöglichkeit der Hersteller wird auf ein Jahr beschränkt. Es bleibt abzuwarten, welchen finanziellen Freiraum sich die Hersteller in diesem ersten Jahr genehmigen werden und in welchem Preisgefüge GKV, pharmazeutische Unternehmer und Schiedsstelle agieren werden. Immerhin können wir eine Dämpfung der überschießenden Preise auf dem deutschen Markt erhoffen.

Damit sind die wesentlichen Grundzüge des AMNOG beschrieben. Für eine gute, ausführlichere Darstellung sei auf den Arzneimittelbrief verwiesen.⁶

Wer sich dem Patientenwohl verpflichtet sieht, wird – entsprechend der eingangs dargestellten Problemlage – folgende Fragen an das Gesetz stellen:

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

Diese Anforderungen werden durch das AMNOG kaum erfüllt.

Als positive Auswirkung des AMNOG können wir uns nur wünschen, dass mittelfristig die Zulassungsstudien besser angelegt werden, um den Ansprüchen an die Nutzenbewertung frühzeitig zu entsprechen: z. B. wird noch in ca. 50 Prozent der Zulassungsstudien gegen Placebo statt in aktiven Vergleichen geprüft. Auch die Anwendung harter Prüfparameter (z. B. Verlängerung der Überlebenszeit) statt wenig aussagekräftiger Parameter (z. B. progressionsfreies Überleben) müssen durchgesetzt werden, um wirklich zu Innovationen mit patientenrelevantem Nutzen zu kommen.

Insgesamt könnte die verfügbare Information über neue Arzneimittel verbessert werden.

Einen unbestreitbaren Fortschritt bringt das AMNOG durch die Einführung des § 42b Arzneimittelgesetz: Endlich müssen alle klinischen Studien über Arzneimittel, auch solche mit negativem Ausgang, veröffentlicht werden.

Im Gesetzgebungsprozess sind aber – offensichtlich auf Druck der Pharmaindustrie – einige gravierende Einschränkungen in das Gesetz aufgenommen worden, zum Beispiel:

- So sind Arzneimittel für seltene Erkrankungen (orphan drugs) mit einem jährlichen Umsatzvolumen unter 50 Mio. Euro von der Nutzenbewertung ausgenommen. Diese Regelung wurde scharf kritisiert, indem vor allem auf damit eröffnete Umgehungsstrategien der Hersteller und auf gefährdete Patientensicherheit hingewiesen wurde.^{7, 8}
- Die Nutzenbewertung entfällt auch für Arzneimittel, deren erwarteter Jahresumsatz geringfügig ist (unter 1 Mio. Euro). Dies werden vermutlich für die Selbstmedikation vorgesehene Präparate sein. Warum sollte für Arzneimittel, die ohne ärztliche Verordnung angewendet werden, eigentlich weniger Nutzen nachweise erbracht werden? Der Anspruch an sie müsste sogar höher sein!

Zwei weitere Regelungen des AMNOG sollen nicht unerwähnt bleiben:

In Integrationsverträgen/IV-Verträgen können jetzt auch Pharmafirmen als Partner auftreten. So hat die AOK Niedersachsen einen IV-Vertrag zur Versorgung an Schizophrenie Erkrankter mit einer Tochterfirma des Antipsychotika-Herstellers Janssen-Cilag geschlossen. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt.

Die „Mehrkostenregelung“ ermöglicht Patienten, in der Apotheke statt des Rabattpräparates ihrer

Kasse das Präparat ihrer Wahl voll zu bezahlen, ohne zu wissen, welchen Anteil davon die Kasse später rückerstattet. Das ist intransparent und patientenfeindlich.

Es bleibt festzuhalten: Weiterhin steht Deutschland ohne Positivliste in Europa allein auf weiter Flur. Keine vierte Hürde wird den Marktzugang unnötiger Arzneimittel verhindern.

Trotz früher Nutzenbewertung können weiterhin Arzneimittel ohne patientenrelevanten Nutzen und auch solche, die schlechter sind als bereits verfügbare, auf den Markt und damit sofort in die Leistungspflicht der GKV kommen.

Denn die Politik hat ihre abstruse Auffassung durchgesetzt, dass mit der Zulassung und den drei darin enthaltenen Hürden Qualität, Wirksamkeit, Unbedenklichkeit bereits auch der patientenrelevante Nutzen nach SGB V belegt sei. Da kann die Pharmaindustrie sich freuen.

Der Bestandmarkt bleibt unangestastet.

Zwar kann der GBA wie bisher Nutzenbewertungen in Auftrag geben, aber über das wirksamste Instrument verfügt der GBA nicht mehr, nämlich den Ausschluss oder die Einschränkung der GKV-Leistung bei fehlendem Nutznachweis. Denn in § 92 SGB V führt das AMNOG eine Beweislastumkehr ein: Nicht der Hersteller muss den Nutzen seines Arzneimittels belegen, sondern der GBA muss die fehlende Zweckmäßigkeit belegen. Das ist schon erkenntnistheoretisch sehr schwierig, aber praktisch kaum möglich! Interessant wird sein, mit welchen rechtlichen Mitteln die Industrie diese neue Regelung für bisher getroffene Entscheidungen des GBA einfordern wird.

Minister Rösler wollte das Preismonopol der Pharmaindustrie brechen,⁹ aber „dabei soll auch darauf geachtet werden, dass der Pharmastandort Deutschland attraktiv bleibt, wie man in der Koalition freimütig einräumt“.¹⁰

Wir werden sehen, wie das zusammenpasst.

Dieser Artikel erscheint auch im Rundbrief des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää)

¹ Pharmadaten 2009, Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, S. 36

² Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung, GKV Spitzenverband, Dezember 2010

³ Pressemitteilung GKV Spitzenverband: „20 Jahre Festbeträge“, vom 19. Juni 2009

⁴ Marcia Angell: „Der große Pharmabluff“, Berlin 2005

⁵ „Sicherstellung einer effizienten Arzneimittelversorgung in der Onkologie“, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bremen, August 2010

⁶ „Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes: harmonischer Dreiklang oder eintönige Preisregulierung?“, AMB 2010, 44, 89

⁷ J. Windeler, et al.: „Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz: Zu guter Letzt ist alles selten“, Dt. Ärzteblatt 2010; 107(42), A-2032

⁸ Haus der Krebshilfe, Ergänzende Stellungnahme, Bonn 20. Oktober 2010

⁹ „Pillen für 32 Milliarden Euro“, Süddeutsche Zeitung vom 11. März 2010

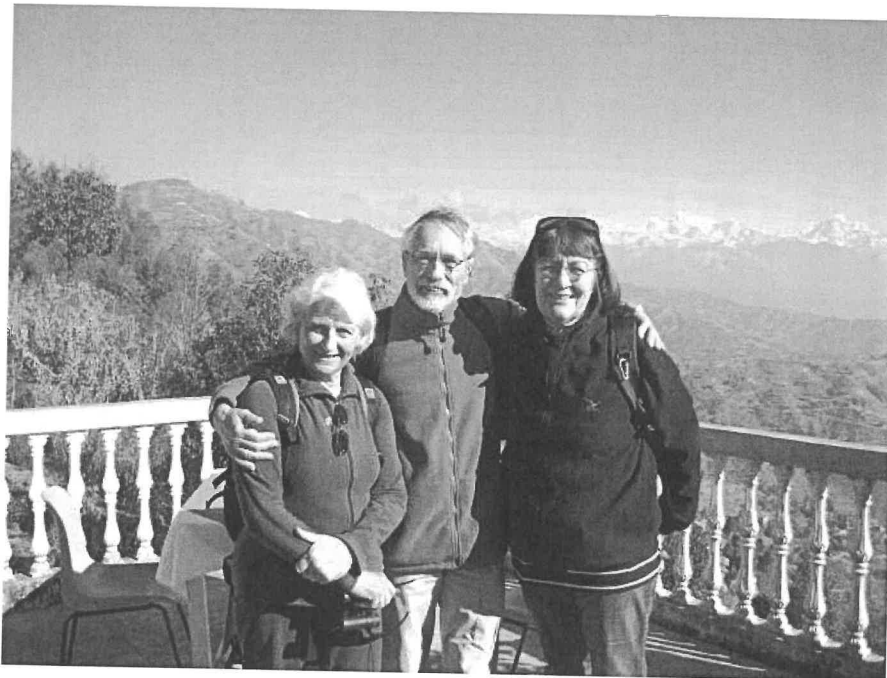
¹⁰ „Pharmaindustrie: Lobbyarbeit. Zum Diktat, bitte!“, Süddeutsche Zeitung vom 10. September 2010



Nepalreise, Februar 2011

Die Seele kommt zuletzt zurück

von Ursula Blöcker



Über zwei Wochen bin ich nun schon wieder zurück in Hamburg und noch immer habe ich jede Nacht im Traum die bunten Bilder unserer Reise vor Augen.

Bei unserer MV in Halle im letzten Sommer erzählte Christl mir ganz viel von ihren Reisen nach Nepal – von den Dörfern und den Gesundheitsprojekten, bei denen sie mitarbeitet. Schnell habe ich mich entschlossen an der Charity-Tour von TradAid teilzunehmen – eigentlich eher unter dem Gesichtspunkt, endlich mal 8000 m hohe Berge aus der Nähe sehen zu können!

Aber es waren nicht nur die Berge, die wir bei Sonnenaufgang nach einer kleinen Wanderung bei Vollmond in Sarangkot (1600 m) in voller Schönheit sahen – es waren ganz viele kleine und größere Erlebnisse.

Zuerst Kathmandu – laut, schmutzig, voller Leben und voller Kulturdenkmäler, wovon ich drei besonders herausheben möchte:

Pashupati, Nepals wichtigster Hindutempel mit den Verbrennungsplätzen am Ufer des Flusses. Zu-

dem auch Sammelplatz für Sadhus, die Wanderheiligen aus Südasien. Anrührend die kultischen Handlungen zu beobachten – sowohl bei der Feuerbestattung als auch zum Gedenken an die Toten (auch der Priester hat während der Zeremonie das Handy am Ohr!). Die Gerüche von Räucherstäbchen und den Holzfeuern bei der Totenverbrennung gehen nicht aus meiner Nase.

Bodnath, das Klein-Tibet aus dem 6. Jahrhundert ist eine der größten Stupas der Welt. Wir lernten, dass man diese Tempel im Uhrzeigersinn umschreitet und dabei immer die gleichen magischen Sätze (Mantras) sagt, die auch auf den tibetischen Gebetsfahnen aufgedruckt sind, die in 5 Farben zu tausenden im Wind flattern. Um die vielen Mantras nicht alle alleine sagen zu müssen, gibt es hunderte von Gebetsmühlen, die in ständiger Bewegung sind.

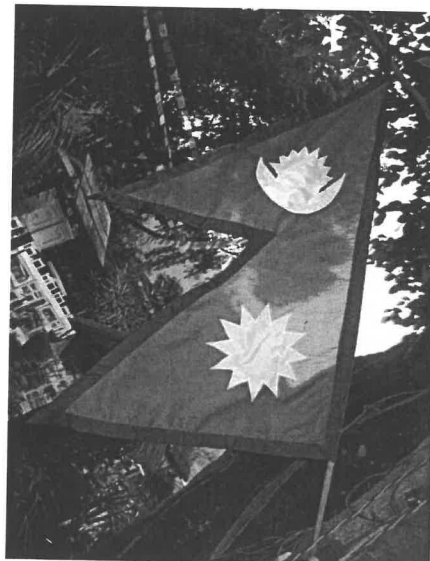
Swayambhunath, die Affenstupa, der Tempel mit den alles sehenden Augen Buddhas, ist die älteste Stupa Nepals. Man erreicht sie über

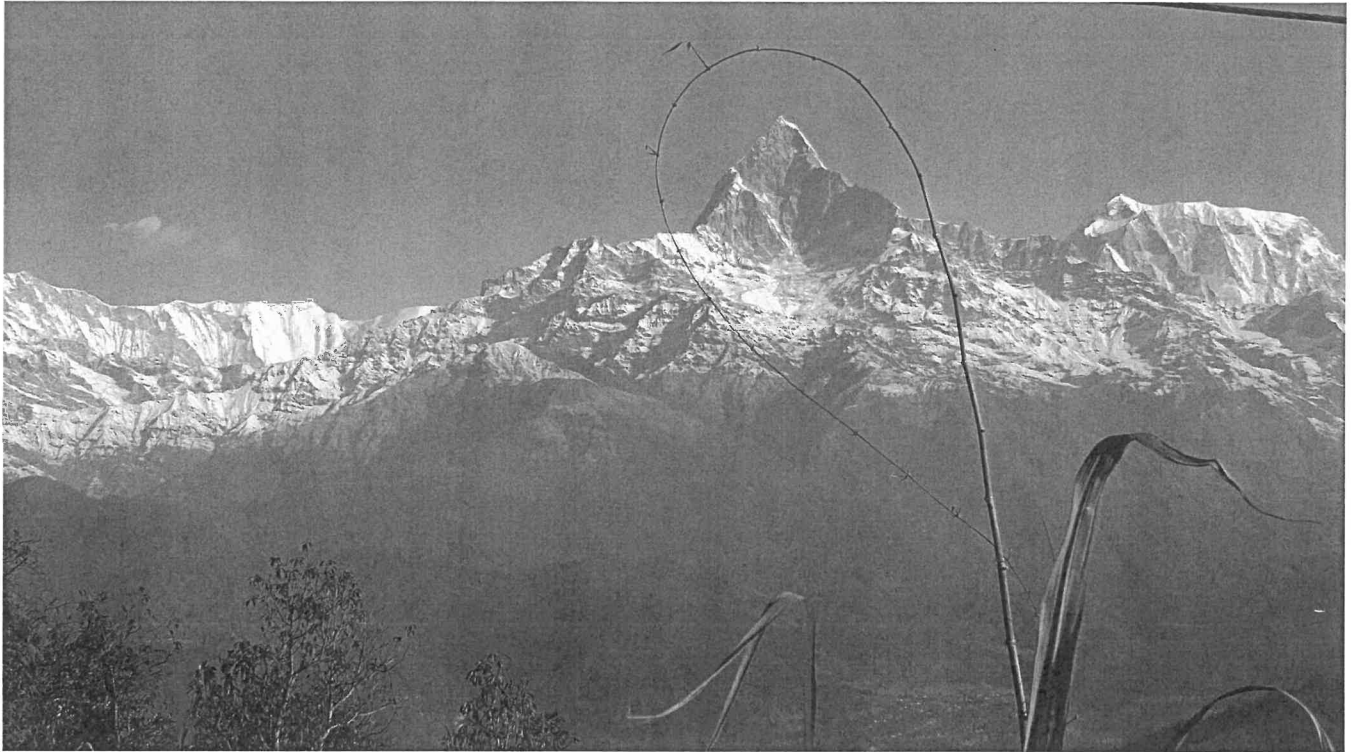
231 Stufen, die von „Tempelwächtern“ in bunten Farben auf beiden Seiten bewacht werden. Ein Blitzschlag hatte zwei Tage vor unserem Besuch ein Gebäude sehr zerstört. Leider hatten wir an diesem Tag nur Regen, was auch die vielen Affen am Tempel störte, sodass sie sich lieber an einen trockenen Ort zurückzogen.

Zwei Nächte in Dhulikhel an der Strasse nach Tibet zeigten uns zum ersten Mal traumhafte Blicke auf den Himalaya. Die Ruhe dort war uns nach den drei hektischen Tagen in Kathmandu sehr willkommen. Kleine z. T. vogelkundliche Wanderungen über die Dörfer und Kontakte mit den Dorfbewohnern rundeten die Auszeit ab.

Auf dem Rückweg nach Kathmandu besuchten wir die alte Stadt Bhaktapur, in den 80er Jahren sehr schön restauriert, nahezu autofrei, Stadt des Kunsthandwerks und der Töpferei mit vielen gut sanierten Tempeln und sehr vielen Straßenhändlern, die nicht so leicht aufgaben, wenn sie ein wenig Interesse unsererseits bemerkten.

Ein kurzer Flug von Kathmandu – im Blick das Himalayamassiv – brachte uns nach Pokhara, ein Tou-





ristenzentrum am Phewa-See. Sehr schön gelegen und Ausgangsstation für viele Treckingtouristen.

Unsere „Probewanderung“ ging vom gegenüberliegenden Seeufer, das wir mit dem Boot erreichten, zur Friedensstupa, von der wir einen herrlichen Blick über das Tal mit dem See und natürlich auch zum „Fishtail“, einem sehr markanten Fast-7000er hatten. Durch den Wald und dann vorbei an Reisfeldern und Wasserstellen, wo sowohl Wäsche gewa-

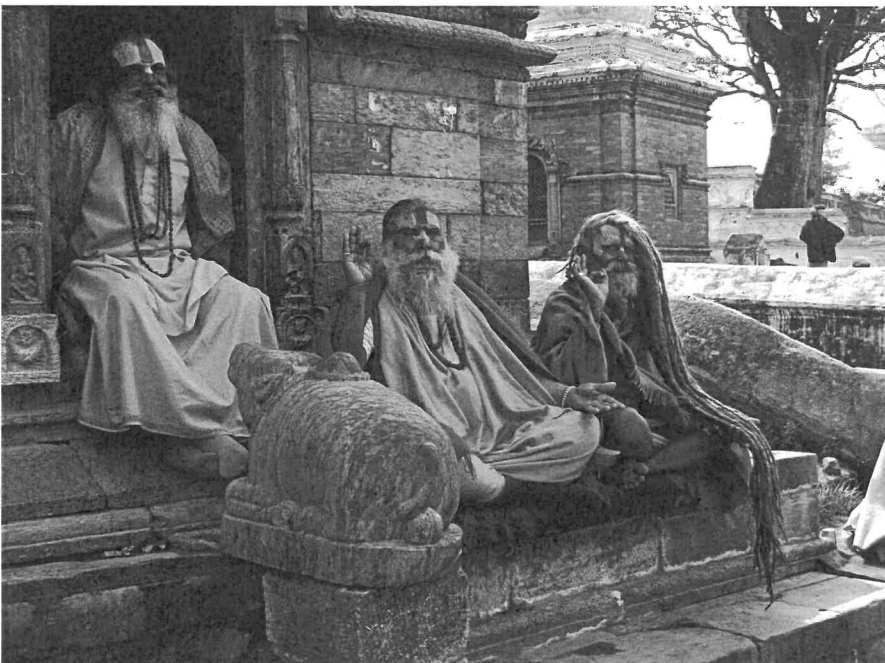
schen als auch Körperhygiene betrieben wurde, ging es wieder zurück.

Nach einer Autofahrt in den Baglung-Distrikt begann unsere Treckingtour hinauf in die Berge zu verschiedenen Zeltcamps, die immer schon errichtet waren, wenn wir nach harter Wanderarbeit dort ankamen. Zu unserer großen Verwunderung trugen junge Frauen in Gummiflipflops unser Gepäck und die Zelte samt Verpflegung über die Berge. Kein

Wunder, dass wir so gut wie nie übergewichtige Frauen oder Männer sahen.

In den fünf Tagen unserer Tour waren wir täglich in Schulen, Kindergärten oder Frauenprojekten zu Gast. Überall wurden wir mit Blumenkränzen, Liedern oder kleinen Vorführungen begrüßt. Die Menschen staunten über unser Aussehen, und wir erlebten, dass in fast jedem Dorf die Menschen aufgrund ihrer unterschiedlichen Stammeszugehörigkeiten, ein wenig anders aussehen. Unser Reiseleiter, der mit seinem SWAN-Projekt viele Entwicklungen in dieser Region angeschoben hat (er wurde dort geboren und ist dort aufgewachsen), machte uns auf die Probleme dieser Menschen aufmerksam. Dank seiner vielen Hilfsmaßnahmen ist er bei den Bewohnern ein hochgeachteter Mann.

Christl von TradAid führte uns zu den Frauen vom Tulsiprojekt, die versuchen ayurvedische Pflanzen anzubauen, mit dem Ziel, als Frauen auch für sich selbst einen kleinen Verdienst zu erwirtschaften und damit selbstständiger zu werden. Ein Problem in der Gegend ist der Kinderreichtum – jetzt gibt es zwar viele Schulen, aber wo sollen die aus-





Gebiet für Großwildjäger – jetzt ein Gebiet, in dem Touristen auf Elefanten nach Panzernashörnern Ausschau halten und vom Boot aus Krokodile beobachten können.

Eine Reise, mit zehn sehr netten und gut zusammen passenden Mitreisenden, die ich nicht missen möchte, die viel weiteres Nachlesen erfordert und die mich ganz in ihren Bann gezogen hat – aber irgendwann wird auch meine Seele wieder in Hamburg sein und bereit dafür, Neues zu erleben.



gebildeten Kinder später arbeiten? Schon heute sind viele der Männer in Indien oder Saudi-Arabien beschäftigt und kommen nur selten in die Dörfer zurück.

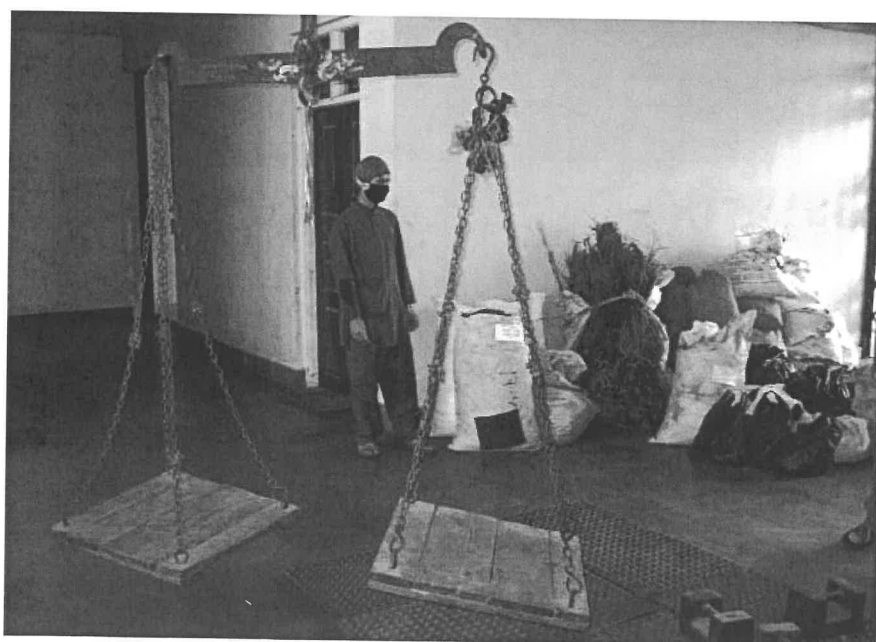
Unser Weg führte uns durch Terrassenfelder mit blühendem Senf. Halb erblühte rote Rhododendren (Nationalblume Nepals) überziehen die Hügel im Mittelgebirge, Kapokbäume mit roten Blüten an den noch kahlen Ästen und Pipalbäume

fallen auf. Und die Kühe - von den Hindus am meisten verehrt – dürfen auch beim größten Verkehr in der Rushhour durch die Strassen schreiten! Unser Reiseleiter – ein Ornithologe – zeigte uns sehr viele Vogelarten und gab uns eine ganz neue Sicht für die Schönheiten der Natur.

Zum Abschluss unserer Reise waren wir noch zwei Tage im Chitwan-Nationalpark, ganz im Süden an der indischen Grenze – früher ein

Quecksilber

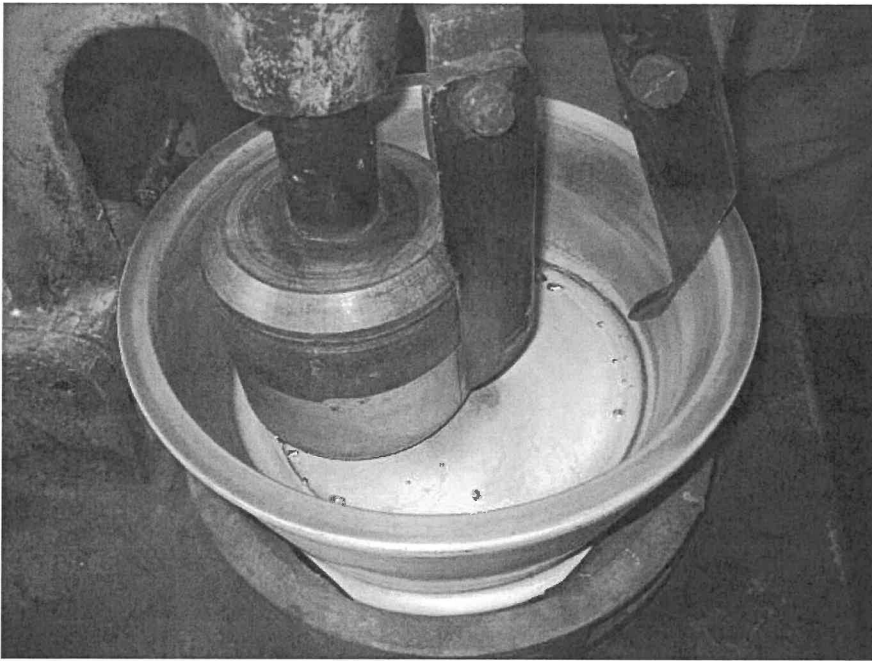
von Ursula Blöcker



Eher ein Nebenaspekt unserer Reise durch Nepal war der Besuch einer Firma, die ayurvedische Medizin herstellt. Wir wurden sehr nett begrüßt und durften alles anschauen.

Anlieferung der Rohsubstanzen, Lagerung der Ausgangsstoffe und Verarbeitung zum Fertigprodukt, zuletzt Konfektionierung in Dosen, Etikettierung usw.

Meine beeindruckendste Erinnerung wird die offene Verarbeitung von flüssigem Quecksilber sein, das in nicht wenigen Produkten zusammen mit Pflanzen und Mineralien enthalten ist.



organischen Verbindungen des Quecksilbers, wenn sie mit der Nahrung aufgenommen werden. Je nach Aufnahme sind sowohl eine akute als auch eine chronische Vergiftung möglich. Als Beispiel kann der Fall des englischen Schiffes Triumph im Jahre 1810 dienen, auf dem sich mehr als 200 Menschen vergifteten, als ein Fass mit Quecksilber auslief.“ Quelle: Wikipedia)

Ob die Kollegen in Nepal die Gefahren des Quecksilbers nicht kennen? Auch auf mehrmalige Nachfragen wurde uns versichert, dass das ja ganz reines Quecksilber sei und gar keine Gefahr bestünde. Ich hatte jedenfalls nach meinem Chemiestudium 1966 - 1971 lange mit Zahnfleischbluten zu kämpfen, weil wir damals die Quecksilberanalysen auch alle im Labor ohne jegliche Schutzvorkehrungen machten – heute unvorstellbar!

(„In jüngerer Zeit (2007) sind ayurvedische Mittel mit hohen Quecksilbergehalten aufgefallen.“ Quelle: Wikipedia)

weise ungefährlich, eingeatmete Dämpfe wirken aber stark toxisch. Besonders toxisch sind vor allem die

In einem offenen Mörser wird dort das Quecksilber über lange Zeit verrieben – ein Mitarbeiter sitzt ohne Atemschutz oder ähnlichen Schutzvorkehrungen dabei.

Unvorstellbar bei den Sicherheitsvorschriften in Europa – flüssiges Quecksilber ist ziemlich ungefährlich, aber die Quecksilberdämpfe, die schon bei Raumtemperatur entstehen, führen zu chronischen Vergiftungen.

(„Quecksilber ist ein giftiges Schwermetall, das bereits bei Zimmertemperatur verdunstet. Bei der Aufnahme über den Verdauungstrakt ist reines metallisches Quecksilber vergleichs-



Europäische Erklärung

Freier Zugang zur medizinischen Versorgung für Menschen ohne Papiere

Diese auch vom VDPP unterstützte Petition kann hier <http://www.humanetwork.org/averroes/Petitions/European-Declaration-of-health-professionals-Towards-non-discriminatory-access-to-health-care> online unterzeichnet werden.

In den meisten Ländern der Europäischen Union haben Menschen ohne Aufenthaltstitel erhebliche Probleme, Zugang zur medizinischen Versorgung zu finden. Zum einen liegt es an restriktiven Aufenthalts- und Leistungsgesetzen,

die die Kostenübernahme für medizinische Leistungen einschränken oder verbieten, zum anderen erschweren administrative Hürden und die komplexen, sowie z. T. diskriminierenden Strukturen der Gesundheitssysteme den barriere-

freien Zugang. Hinzu kommen die Ängste der irregulären Migranten, entdeckt und abgeschoben zu werden. Diese halten sie davon ab, notwendige medizinische Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Diese Situation widerspricht nicht nur Artikel 25 der UN-Menschenrechtskonvention (1) sondern auch unserer medizinischen Standesethik, welche betonen, dass „jeder, ohne Unterschied, (...) ein Recht auf angemessene ärztliche Versorgung [hat].“ (2) Als Beschäftigte im Gesundheitswesen sehen wir uns verpflichtet, die Rechte von unseren Patientinnen und Patienten zu wahren und uns schützend vor sie zu stellen.

In Anbetracht dessen bekräftigen wir unser Engagement für einen freien und uneingeschränkten Zugang zu medizinischer Versorgung für alle Patientinnen und Patienten und somit auch für Menschen ohne Papiere.

Deswegen :

Fordern wir, dass Ärztinnen und Ärzte ihre Entscheidung, welche Behandlung für ihre Patientinnen und Patienten angemessen ist, allein nach medizinischer Indikation und Notwendigkeit treffen können. Der Aufenthaltstatus der Patientinnen und Patienten darf kein Kriterium für die Art, den Umfang und die Dauer medizinischer Versorgung sein.

Fordern wir, dass die Kosten der Behandlung von Personen ohne Aufenthaltstitel vom Staat übernommen werden, wenn die Hilfesuchenden mittellos sind. Des Weiteren fordern wir, dass alle administrativen Hürden, die den Zugang zur medizinischen Versorgung erschweren abgebaut werden.

Erinnern wir daran, dass Ärztinnen und Ärzte und das Fachpersonal im Gesundheitswesen der

Schweigepflicht unterliegen. Folglich lehnen wir jegliche Weitergabe von Patient Innendaten an Ausländerbehörden ab.

Betonen wir die Notwendigkeit, dass sowohl das Personal im Gesundheitswesen als auch die Betroffenen ausführlich über die Rechtsansprüche und die vorhandenen Möglichkeiten der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus informiert werden.

Diese Erklärung wurde in Kooperation mit Ärzten der Welt auf Initiative des HUMA Netzwerks ins Leben gerufen.

1) Universal Declaration of Human Rights (1948)

2) Deklaration von Lissabon des Weltärztebundes zu den Rechten des Patienten

Leitfaden der Apotheken im VDPP

von Bernd Rehberg

(Dieser im Rahmen der ERFA-Gruppe erarbeitete und zuerst im Sommer 1999 im VDPP-Rundbrief Nr. 49 abgedruckte Leitfaden passt recht gut zu unserem diesjährigen Thema „Qualitätssicherung in der Apothekenberatung – QMS und Kontrolle“ und soll deshalb hier noch einmal abgedruckt werden.)

Prolog

Die im VDPP zusammengeschlossenen Leiter und Leiterinnen von Apotheken verpflichten sich zur Einhaltung folgender, festgelegter Grundsätze. Dies geschieht in der Erkenntnis der Notwendigkeit einer umfassenden und wirksamen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, die sich nicht am Markt, sondern vorrangig am Patienten orientiert.

Die Apotheken leisten innerhalb unseres Gesundheitswesens einen wesentlichen Beitrag bei der Bera-

tung und Therapie mit Arzneimitteln, und sie spielen durch ihre bürgernahe Position eine entscheidende Rolle in der Gesundheitsförderung, Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten. Als erste AnsprechpartnerInnen bei Beschwerden und allen Gesundheitsfragen erfüllen wir damit eine wichtige wirtschaftliche und soziale Funktion innerhalb des Gesundheitswesens.

Mit diesem Leitfaden soll die Qualität unserer Arbeit transparent und das Ansehen unserer Apotheke nach innen und außen gestärkt werden.

Grundlage für die folgenden Grundsätze und Handlungsanweisungen als Qualitätsnorm für die alltägliche Berufsausübung, sind die Anforderungen der Berufsordnung, der Apothekenbetriebsordnung, der Arzneimittellieferverträge und der Tarifverträge.

Die Qualitätskriterien werden im regelmäßigen Austausch untereinander und mit unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entwickelt und fortgeschrieben. Die zeitlichen und finanziellen Ressourcen stellen wir diesem Zweck zur Verfügung.

Im Kontakt mit anderen Organisationen oder Angehörigen des Gesundheitswesens wollen wir unsere Qualitätskriterien regelmäßig überprüfen, um eine optimale interdisziplinäre Betreuung unserer Patienten und Patientinnen zu gewährleisten.

§ 1 Leitbild der Apotheke

Jede Apotheke muss sich ein individuelles Leitbild erarbeiten. Es müssen Ziele, Aufgaben und Zukunftsvorstellungen der Arbeit der Apotheken als Maxime des Handelns und Auftretens formuliert werden.

§ 2 Information und Beratung

Ziel der Beratung ist die Einrichtung einer pharmazeutischen Therapiebegleitung im Sinne von Pharmaceutical Care.

1) Die PatientInnen und KundInnen haben bei jeder Abgabe von Arzneimitteln Anspruch auf inhaltlich richtige und vollständige Information und Beratung.

Die Gesprächsinitiative sollte von der Apotheke ausgehen.

2) Diese Beratung ist nicht umsatzorientiert und umfasst über die gesetzlichen Anforderungen hinaus Information über:

- sinnvolle therapiebegleitende und prophylaktische Maßnahmen
- nichtmedikamentöse Behandlungsalternativen
- bestehende und geeignete Selbsthilfe- und Rehabilitationsorganisationen für Suchtkranke, chronisch Kranke und Behinderte

3) Damit eine inhaltlich richtige und vollständige Information und Beratung der PatientInnen und KundInnen jederzeit gewährleistet ist, wird Fortbildung für alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ermöglicht.

4) Zur Unterstützung und Vertiefung der individuellen Information und Beratung in der Apotheke werden Bücher und andere Medienprodukte zum Verkauf angeboten oder kostenlos mitgegeben. Auf keinen Fall werden solche Informationen angeboten, die geeignet sind, einen Vielverbrauch oder irrationalen Mehrverbrauch von AM in irgendeiner Weise zu initiieren oder zu fördern.

§ 3 Auswahl von Arzneimitteln in der Selbstmedikation

Es wird eine Empfehlungsliste für die Selbstmedikation erstellt, in der solche Arzneimittel aufgenommen werden, die folgenden Kriterien genügen sollen:

- nach wissenschaftlichen Erkenntnissen sinnvolle Zusammensetzung
- hohe pharmazeutische Qualität
- keine irreführende Namensbezeichnung
- keine irreführende Werbung oder Marketingstrategie
- keine frauenfeindliche Werbung oder Marketingstrategie
- angemessener Verkaufspreis

Es werden nur solche Arzneimittel empfohlen, die in der Empfehlungsliste enthalten sind. Außerdem können Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen empfohlen werden, wenn sie nach individueller Beurteilung einen Therapieerfolg erwarten lassen.

§ 4 Freiwahl und Nebensortiment

In der Freiwahl werden neben Arzneimitteln, Verbandstoffen, Hilfsmitteln und Krankenpflegeartikeln nur Mittel und Gegenstände angeboten, die zur Therapie oder Therapiebegleitung oder zur Gesundheitsvorsorge oder -pflege geeignet sind.

Die Artikel des Nebensortiments müssen folgende Qualitätsmerkmale aufweisen:

- sinnvolle Zusammensetzung bzw. Konzeption nach anerkannten wissenschaftlichen Standards
- hochwertige qualitative Beschaffenheit nach anerkannten pharmazeutischen, technischen und ökologischen Standards
- keine irreführende Produktbezeichnung
- keine irreführende Werbung oder Marketingstrategie
- keine frauenfeindliche Werbung oder Marketingstrategie
- angemessener Verkaufspreis

Diese gelten besonders für Nahrungsergänzungsmittel und Medizinprodukte.

§ 5 Werbung und Präsentation

Werbung für Arzneimittel, die einen Mehrverbrauch initiiert, vor allem in Rundfunk, Fernsehen, Internet, Zeitungen, Zeitschriften und Plakaten

außerhalb der Apotheken, lehnen wir grundsätzlich ab, da dort keine fachlich fundierte Beratung eingebunden werden kann. Werbung im Sinne dieses § 5 ist Sichtwahl und Freiwahl in der Apotheke, in den Kundenzeitschriften und auf Handzetteln oder Apothekenflyern.

1. Nur solche Arzneimittel werden beworben, die in der Empfehlungsliste aufgenommen sind. Ausgenommen davon sind AM mit hohem Gewöhnungs- und Missbrauchspotential, für die unter keinen Umständen und in keiner Weise Werbung betrieben werden darf, insbesondere

- Kombinationsschmerzmittel
- Schmerzmittel enthaltende und nicht als Schmerzmittel deklarierte oder vermarktete Zubereitungen
- H1-Antihistaminika oder H1-Antihistaminika enthaltene Zubereitungen, wenn sie als Schlafmittel, Beruhigungsmittel oder Psychopharmaka im weiteren Sinne deklariert sind oder vermarktet werden
- Abführmittel, Abführmittel enthaltene oder als Abführmittel deklarierte oder vermarktete Zubereitungen, ausgenommen solche, die außer Quellstoffen, Milchzucker und Lactulose keine weiteren Wirkstoffe enthalten

2) Die unter Abs. 1) festgelegten Regelungen gelten auch für jedwede weitere Aktivität oder Verhaltensweise, die geeignet ist, einen Mehrverbrauch und Vielgebrauch von solchen AM, für die nach 1) keine Werbung betrieben werden darf, zu fördern oder zu ermöglichen. Dazu gehört insbesondere die Präsentation solcher AM durch Sichtwahl, HV-Aufsteller oder Zahlsteller.

Ausgenommen ist die individuelle Empfehlung im Rahmen eines Beratungsgesprächs.

§ 6 Rezeptur und Defektur; Labortätigkeit

Es wird dafür Sorge getragen, dass die Anfertigung von Rezepturen und Defekturen nach anerkannten und praktikablen Standards zur

Qualitätssicherung (orientiert an den GMP- und GLP-Regeln) und anderen Normen (DIN, EN) ausgeführt werden. Dies gilt sowohl hinsichtlich der baulichen Beschaffenheit und Ausstattung der für diese Tätigkeiten vorgesehenen Räume, als auch für die Organisation der Anfertigung, sowie für die Dokumentation der einzelnen Arbeitsschritte.

§ 7 Interne Zusammenarbeit

1. Fortbildung

Apothekenleiter, pharmazeutische MitarbeiterInnen und PKAs sollen sich regelmäßig fortbilden. Fortbildung wird im Arbeitsvertrag mit Rechten und Pflichten festgelegt.

2. Ausbildung

Auszubildenden und PraktikantInnen werden alle Lehr- und Lernmittel in einer aktuellen Ausgabe zur Verfügung gestellt. Es werden Ausbildungsverantwortliche jeweils zugeordnet

3. Mitsprache- und Anhörungsrecht

Die MitarbeiterInnen haben ein Mitspracherecht bei Personalentscheidungen. Bei anderen betrieblichen Entscheidungen haben sie das Recht auf Anhörung. Zu diesen Zwecken können die MitarbeiterInnen aus ihren Reihen eine Obfrau /

einen Obmann wählen, soweit dies nicht gesetzlich sowieso gefordert wird.

4. Verbot von Umsatzkontrollen und umsatzabhängigen Vergütungen

Kontrollen der individuellen Umsätze von Mitarbeitern finden nicht statt. Es werden keine Prämien oder andere Vergünstigungen für Zusatzverkäufe gewährt. Vergütungen für besondere Leistungen werden nicht umsatzabhängig (etwa durch Umsatzbeteiligung) gewährt.

§ 8 Ökologische Aspekte – Umweltbilanz

Wir fühlen uns der Umwelt im besonderen verpflichtet. Über unser allgemeines umweltpolitisches Engagement hinaus ergreifen wir innerhalb unseres Betriebes folgende Maßnahmen:

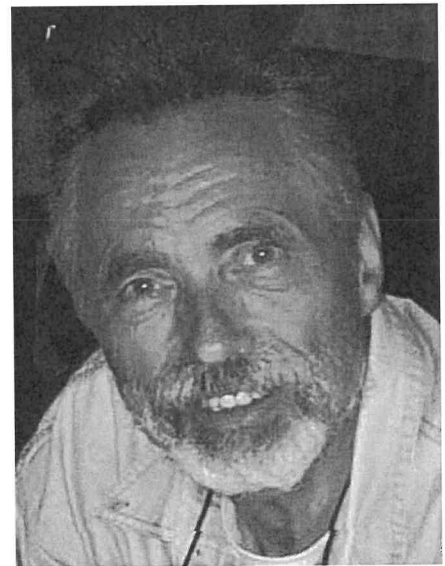
- Müllvermeidung, Mülltrennung
- Stromsparende Maßnahmen
- Abwasserminimierung
- Umweltschonende Putzmittel
- Auf umweltgerechte Verpackungen achten
- Nur wiederverwendbare HV-Aufsteller und Zähltablets akzeptieren
- Umweltschonende Labormethoden anwenden
- Umweltverträgliche Büromaterialien benutzen
- Umweltfreundliche Werbeartikel einsetzen

§ 9 Zusammenarbeit

Eine Zusammenarbeit im Rahmen dieses Leitbildes wird angestrebt mit:

1. Ärztinnen und Ärzten
2. Heil- und Pflegeberufen
3. Selbsthilfegruppen
4. Verbraucherverbänden
5. Krankenkassen
6. Herstellern und pharmazeutischen Großhandlungen

Ziel dieser Zusammenarbeit ist die optimale gesundheitliche Versorgung der Menschen im Einzugsbereich der Apotheke. In regelmäßigen Abständen sollte die Qualität der Zusammenarbeit überprüft werden.



Vorstandssitzung am 11. Dezember 2010 in Berlin

von Anne Paschke

Jürgen wird die VDPP-Steuererklärung, welche dieses Jahr ansteht, ein letztes Mal übernehmen. Im nächsten RB soll noch einmal auf die Beitragserhöhung hingewiesen werden, da noch nicht alle Mitglieder eine neue Einzugsermächtigung mit dem erhöhten Betrag zurückgeschickt haben.

Anne war seit der letzten VS auf dem Apothekertag sowie dem Jahrestreffen von HAI und Armut und Gesundheit und hat dort die VDPP-

Partnerorganisationen kennengelernt und über wichtige Themen diskutiert.

Es wurde beschlossen 2011 alle VDPP-Veranstaltungen auf das Thema „Qualitätssicherung in der Apothekenberatung – QMS und Kontrolle“ ausgerichtet werden. Dabei sollen zwei Seiten beleuchtet werden: zum einen die Frage, wie sich qualitativ hochwertige Beratung in der Apotheke herstellen lässt, zum anderen die Frage, wie diese Qua-

lität gemessen bzw. kontrolliert werden kann. Mögliche Referenten wurden diskutiert und werden von Anne angeschrieben. Es ist angedacht, 2011 einen eigenen VDPP-Workshop bei Armut und Gesundheit auszurichten, möglicherweise zum Thema „Beeinflussbarkeit von Apothekern – Auswirkungen auf die Beratungsqualität“. Unter den weiblichen VDPP-Mitgliedern soll diskutiert werden, ob dieses Jahr ein Frauenseminar stattfindet.

Thomas berichtete vom erfolgreich moderierten Armut und Gesundheit Workshop. Florian referierte kurz über die kontroverse AMNOG-Anhörung und urteilte, dass letztendlich niemand das Gesetz für gut befindet. Für die EU-Richtlinie zu traditionellen Arzneimitteln wird zurzeit ein vereinfachtes Zulassungsverfahren diskutiert. Es sollen minimale Nachweise und kein Wirksamkeitsnachweis erforderlich sein. Patientengruppen fordern hingegen keine Zulassungsnotwendigkeit. Die Fraktion Gesund-

heit in Berlin wird auf Grund von Uneinigkeiten nicht noch einmal kandidieren. Einige Diskussionspunkte der Hamburger Regionalgruppe zur Apothekenbetriebsordnung sind in das VDPP-Forum (www.vdpp.forumieren.de) gestellt worden. Die Hamburger Regionalgruppe wird Ende September das BUKO Straßentheater „Schluck & Weg“ einladen.

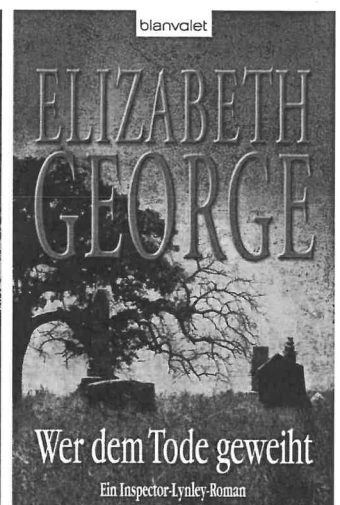
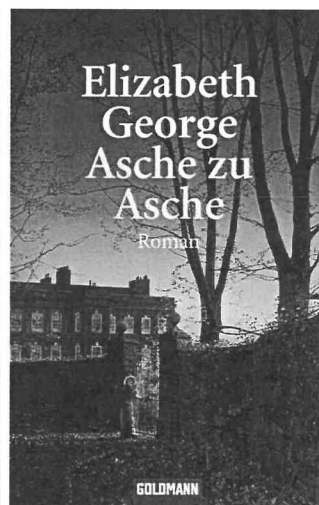
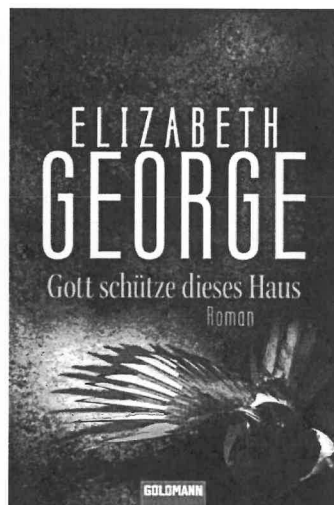
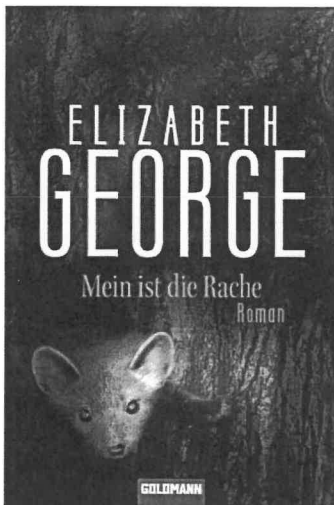
Die nächste Vorstandssitzung wird am 19. März 2011 um 14.00 Uhr bei Bernd in Hamburg stattfinden.



BUCHBESPRECHUNGEN

„Bücher sind wie gute Freunde“

von Regina Schumann

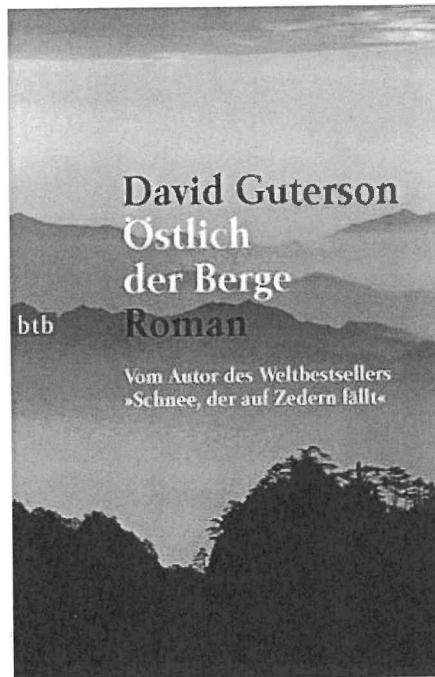
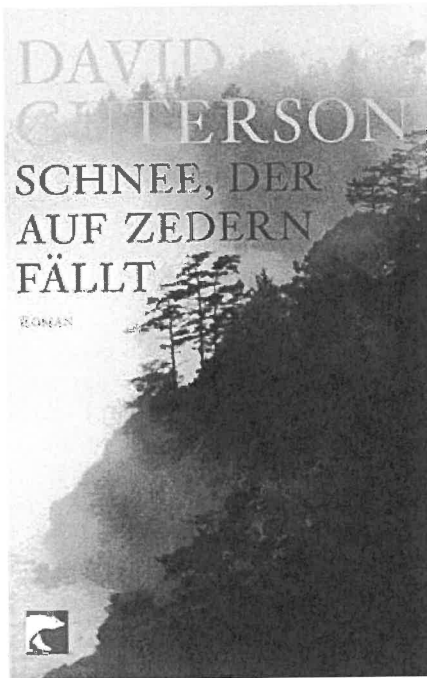


„Good books, like good friends, are few and chosen; the more select, the more enjoyable.“ – Louisa May Alcott

Die Bücher von Elizabeth George wurden mir Ende der 90er Jahre von meiner Kollegin Marion empfohlen – wir hatten zu der Zeit Englischkurse besucht, um endlich ohne einen Herzinfarkt zu bekommen, eine Telefonat auf englisch führen zu können. Es war die Zeit, in der ich zum ersten Mal zum Europarat und zur Europäischen Kommission fuhr und auf Englisch diskutieren, verhandeln, aber auch Smalltalk machen sollte. Was lag näher, als Bücher auf englisch zu lesen. Welch ein Universum betrat ich mit den

Büchern von Elizabeth George? Marion lieh mir nicht nur die ersten zu dieser Zeit erschienenen Bände, sondern auch eine Liste der Bücher in einer bestimmten Reihenfolge, die ich „ablesen“ sollte. Um die Protagonisten und ihre Geschichte zu verstehen, muss man mit „A Suitable Vengeance“ („Mein ist die Rache“ Goldmann 1994. ISBN 3-442-05883-X) anfangen, obwohl als erstes Buch von George „The Great Deliverance“ („Gott schütze dieses Haus“ Blanvalet 1989. ISBN 3-442-09918-8) erschien. In diesem Buch lernen wir Thomas Lynley, Inspektor bei New Scotland Yard – upper class – mit Familiensitz in Cornwall, Sidney St. James, den Freund von Lynley, die Fotografin Deborah Cot-

ter und Lady Helen Clyde kennen. Später kommt seine Kollegin Sergeant Barbara Havers – working class – schlecht angezogen, schlecht frisiert und immer über sich selbst stolpernd, hinzu. Mit diesen Charakteren verbrachte ich in den letzten Jahren viel Zeit, mit ihren Gefühlen, Wünschen, Enttäuschungen, ihrem Alltag und ihrer Profession. Die Geschichten, die George erzählt, sind fast immer sehr konstruierte Geschichten von Schuld und Sühne, von Eltern ohne Liebe für ihre Kinder, für traumatische Erlebnisse, die in der Zukunft neue Verbrechen provozieren. Einen Roman von George legt man erst aus der Hand, wenn man völlig erschöpft vom Lesen ist und einem die Augen zufallen.

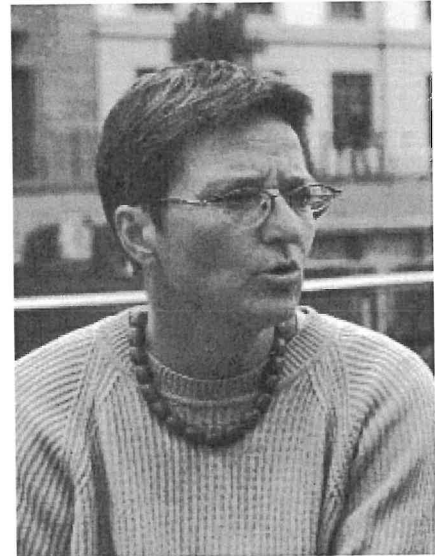


Diese Bücher sind gute Freunde im Alcott'schen Sinn, sie sind verlässlich (erscheinen jedes Jahr), enttäuschen mich nie, sind nicht sauer, wenn ich einmal keine Zeit für sie habe, und ich liebe sie. Mein Lieblingsbuch ist „Playing for the Ashes“ („Asche zu Asche“ Blanvalet 1995. ISBN 3-442-43771-7). Zur Zeit lese ich „This Body of Death“ („Wer dem Tode geweiht“ Blanvalet 2010. ISBN 978-3-7645-0246-1) – 2011 als Paperback erschienen – und habe schon eine Idee, wer den Mord an einer jungen Engländerin verübt haben könnte ...

Elizabeth George ist US-Amerikanerin, lebt auf einer Insel vor Seattle, Washington. Sie fährt regelmäßig auf Recherchereisen nach London und England.

Wem „Detective stories“ zu profan sind, dem empfehle ich zwei Bücher von David Guterson. Auch er lebt auf einer Insel vor Seattle, aber seine Romane spielen im US-Staat Washington. „Snow Falling on Cedars“, („Schnee, der auf Zedern fällt“, ISBN 3-8333-0434-0), 1994 ein Bestseller, 1999 grandios verfilmt, ist eine vielschichtige Ge-

schichte über Liebe, Rassismus, Krieg und Hass. Sein Roman „East of the Mountains“ („Östlich der Berge“, 1999, ISBN 3-442-45411-5) ist ein wunderbares Werk, in der die Landschaft, insbesondere die Wüste und die goldenen Berge, wie ich sie auch in Nordkalifornien gesehen habe, eine große Rolle spielen. Der Roman handelt vom Entstehen und Vergehen, von Tod und Geburt. Auch dieses Buch wie ist ein guter Freund, mit dem man über Gott und die Welt diskutieren kann, und dann getröstet und seelisch aufgerichtet schlafen gehen kann.



TERMINE

Regionalgruppe Berlin

Das nächste Treffen der Regionalgruppe Berlin findet am Montag, dem 16. Mai 2011 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: 6. und 20. April, 4. und 18. Mai 2011.



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 in Köln stattfinden. Näheres siehe letzte Seite und gesonderte Einladung.

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

DOKUMENTATION

Apotheken könnten mehr UAW melden

von Anne Paschke

Die Apotheker als Heilberufler könnten nicht nur erheblich zu einer Vermehrung der Meldungen an unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) beitragen, es gilt auch: Klasse statt Masse. Es fehlt vor allem an qualitativ hochwertigen UAW-Meldungen, um die Arzneimittelsicherheit in Deutschland zu verbessern. Dieser Auffassung ist Dr. Ulrich Hagemann, bis Ende 2010 Leiter der Abteilung „Pharmakovigilanz“ im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). In einem Gespräch im letzten Jahr mit dem Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen gab er einen Einblick in seine Tätigkeit.

„Tonnen-Ideologie ist nicht das, was wir brauchen“

Im Jahr 2009 gingen beim BfArM insgesamt fast 20.100 Meldungen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen ein, davon der weitaus überwiegende Teil (etwa 83 %) aus der pharmazeutischen Industrie. Die Pharmaunternehmen sind dazu verpflichtet, jede Mitteilung so ausführlich wie möglich zu dokumentieren, für die Pharmakovigilanz-Verantwortlichen ein routinemäßiger Vorgang. Die Dokumentationspflicht ist aus Hagemanns Sicht ein Grund dafür, warum UAW-Meldungen aus der Industrie meist eine erheblich bessere Qualität haben als diejenigen, die das BfArM direkt von Heilberuflern wie Ärzten und Apothekern erreichen.

Bedenken von Pharmakritikern, dass unliebsame Nebenwirkungen beschönigt oder gar unter den Teppich gekehrt werden könnten, teilt Hagemann nicht. Nach den Arzneimittelskandalen in früheren Jahren ist es aus seiner Sicht vielmehr ebenso im Sinne der Behör-

den wie auch der Unternehmen, unerwünschte Arzneimittelwirkungen detailliert zu dokumentieren und damit gegebenenfalls mit Maßnahmen zur Risikoabwehr frühzeitig intervenieren zu können.

Die meisten Meldungen, die das BfArM von der Arzneimittelkommission der deutschen Apotheker (AMK) und von den Apothekern direkt erreichen, befassen sich laut Hagemanns Auskunft mit Qualitätsmängeln von Fertigarzneimitteln. Nur wenige der insgesamt knapp 1500 Meldungen im Jahr 2009 (siehe Grafik) beschrieben unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Zwar ist die Anzahl der Berichte, die in demselben Zeitraum durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) übermittelt wurde, mit annähernd 1800 nur unwesentlich höher, allerdings ist zu beachten, dass fast alle Industriemeldungen letztlich ebenfalls von Ärzten stammen.

Apotheker in anderen Ländern melden öfter

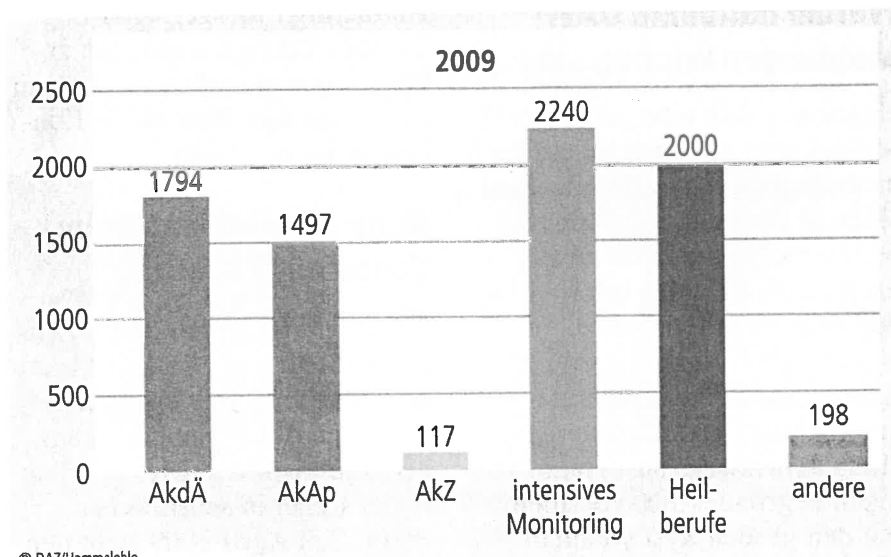
Im europäischen Vergleich ist der Industrieanteil der UAW-Meldungen in Deutschland einmalig hoch, was Hagemann angesichts der Qualität dieser Meldungen jedoch nicht unbedingt als negativ bewertet. Einen wichtigen Grund für die signifikant höheren Anteile von UAW-Meldungen aus der Apotheker- und Ärzteschaft in anderen europäischen Ländern sieht er in der landesspezifischen Meldekultur. In den Niederlanden beispielsweise wird das Pharmakovigilanzsystem hauptsächlich durch die Apotheker gestützt, während in Deutschland ein allgemeines Misstrauen gegenüber Behörden zu einer eher zurückhaltenden Meldebereitschaft der Heilberufe an das BfArM führt, wie Hagemann meint.

Qualität vor Quantität

Hagemanns Wunschvorstellung ist jedoch keineswegs, eine bestimmte Anzahl von UAW-Meldungen zu erreichen. „Tonnen-Ideologie ist nicht das, was wir brauchen“, meint der Experte für Arzneimittelsicherheit. Er bemängelt vielmehr vor allem die allgemein geringe Qualität der UAW-Meldungen aus der Apothekerschaft. Dabei kann Hagemann durchaus nachvollziehen, dass die Patienten beobachtete Nebenwirkungen möglicherweise eher an Ärzte als an Apotheker herantragen und dass diese zudem lediglich einen begrenzten Einblick in die Krankengeschichte der Patienten haben.

So viel wie möglich nachfragen

Allerdings, so hofft Hagemann, müsste sich die Qualität der Berichte aus Apotheken trotzdem noch erheblich verbessern lassen. Möglich sei dies vor allem durch gezieltes Erfragen der notwendigen Detailinformationen. Bislang wird offenbar meist nur das dokumentiert, was der Patient von sich aus berichtet hat, und das Bild ist lückenhaft. „Über den Tresen“ sollten solche Gespräche aber auf gar keinen Fall geführt werden, sondern in einem abgetrennten Beratungsbereich, der eine gewisse Diskretion gewährleistet. Natürlich hat ein Patient auch das Recht, keine weiteren Auskünfte zu erteilen. Gleichwohl appelliert Hagemann an die Apotheker, die betroffenen Patienten soweit als möglich hierzu zu ermutigen, auch mit dem Hinweis darauf, dass die frühzeitige und nachhaltige Aufklärung der Anwendungsrisiken eines Arzneimittels über die Meldung an die Behörden auch für andere Patienten sehr hilfreich ist. Gegebenenfalls sollten fehlende Informationen auch von den behan-



© DAZ/Hammelehle

ANZAHL DER UAW-MELDUNGEN aus Deutschland an das BfArM im Jahr 2009 (n = 7846) verteilt nach der Meldequelle (ohne Meldungen von Pharmaunternehmen).

AkdÄ: Arzneimittelkommission der Ärzte, AkAp: Arzneimittelkommission der Apotheker, AkZ: Arzneimittelkommission der Zahnärzte

delnden Ärzten erfragt werden, wozu der Patient allerdings sein Einverständnis erklären muss.

Vier Minimalkriterien für UAW-Meldungen

Damit die Arzneimittelkommission, das pharmazeutische Unternehmen oder die Behörden einen Verdachtsfall beurteilen können, müssen folgende Minimalkriterien für eine Meldung eingehalten werden:

- 1. Das Arzneimittel muss genannt werden!** Entweder in Form des Wirkstoffs, besser noch in Form des Handelsnamens (einschließlich der Zusätze wie „comp“ oder „forte“).
- 2. Die beobachteten Symptome müssen beschrieben werden.** Wie äußerte sich die mutmaßliche unerwünschte Arzneimittelwirkung?
- 3. Der Patient muss identifizierbar sein,** wobei eine der folgenden Angaben ausreichend ist: Initialen, Geburtsdatum, Alter, Geschlecht, Patientennummer. So sollen Doppelmeldungen erkannt und vermieden werden. Ein vollständiger Name oder eine Adresse sind nicht notwendig.
- 4. Die Meldequelle muss verifizierbar sein.** Dies ist wichtig, um Kontakt z. B. mit dem Arzt aufneh-

men zu können oder um „gefälschte“ Berichte identifizieren zu können.

Diese vier Minimalkriterien, die die Apotheken eigentlich immer erfüllen können müssten, sind für die Auswertung durch die Behörden jedoch nur als unterste Schwelle zu betrachten. Zusätzlich sollten möglichst die folgenden Faktoren, die für die Fallbeurteilung wichtig sind, aktiv nachgefragt und dokumentiert werden:

- Dosierung und Dauer der Arzneimittelanwendung,
- Begleitmedikation,
- Erkrankungen,
- Auffälligkeiten,
- Alter und Geschlecht.

Welche UAW-Meldungen sind von besonderem Interesse?

Von größter Bedeutung sind Meldungen über schwerwiegende oder unerwartete UAW sowie solche, die mit neuartigen Arzneimitteln in Zusammenhang stehen. Nebenwirkungen wie auftretende Blutungen nach ASS-Gabe oder durch ACE-Hemmer bedingter Husten sind demgegenüber hinlänglich bekannt und weitere Berichte stellen daher laut Hagemann – außer einer möglichen Verschiebung bei ihrer Häufigkeit – nicht unbedingt einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn für das

BfArM dar. Besonders hilfreich ist die Unterstützung der Apotheker bei der Detektion von Nebenwirkungen im Selbstmedikationsbereich wie auch im Bereich Arzneimittelmissbrauch oder -abhängigkeit. Zudem könnten die Apotheken erheblich dazu beitragen, die Patientenwahrnehmung hinsichtlich unerwünschter Arzneimittelwirkungen und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität durch gezielte Aufklärung zu verbessern.

Übermittlung der Daten an das BfArM

Den kürzlich überarbeiteten Meldebogen der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (www.abda-amk.de), der die Dokumentation zusätzlicher Informationen ermöglicht, begrüßt Hagemann außerordentlich. Er kritisiert allerdings die häufig schlechte Lesbarkeit handschriftlich ausgefüllter Bögen und bittet daher dringend darum, den elektronischen Meldebogen des BfArM (www.bfarm.de) zu verwenden.

Warum nationale UAW-Meldungen wichtig sind

Hagemann hält eine gefestigte Meldekultur aus dem Inland für unabdingbar, um in Deutschland sinnvoll Pharmakovigilanz zu betreiben. Seiner Erfahrung nach reichen hierfür Informationen über Nebenwirkungen im europäischen Ausland, so wie sie vielfach von den Pharmaunternehmen berichtet werden, allein keineswegs aus. Hagemann begründet dies vor allem mit den großen Systemunterschieden sowie der länderspezifischen Verfügbarkeit und Anwendungshäufigkeit von Arzneimitteln. So gibt es in einigen EU-Mitgliedstaaten Arzneimittel, die in Deutschland nicht zugelassen sind, und umgekehrt. Zum Beispiel kennen viele andere Länder einen so breit gefächerten Phytopharmakmarkt wie in Deutschland überhaupt nicht. Gerade deshalb ist die Meldung von UAW-Verdachtsfällen aus Deutschland so besonders bedeutsam. Von einer kompletten Zentralisierung der Pharmakovigilanz auf EU-Ebene, wie sie von

manchen Europapolitikern befürwortet wird, hält Hagemann vor diesem Hintergrund nicht viel. Er plädiert vielmehr für den Erhalt der Kompetenz der nationalen Arzneimittelbehörden auf diesem Gebiet. Die ohnehin schon hohe Schwelle, UAW-Verdachtsfälle zu melden, würde vor allem für Heilberufler mit geringen Englischkenntnissen zusätzlich erhöht, wenn sie plötzlich etwa an die zuständige Behörde in London melden müssten.

Neue Entwicklung beim Consumer Reporting

Schon immer konnten sich Patienten direkt an das BfArM wenden, wenn sie über eine unerwünschte Arzneimittelwirkung berichten wollten. Dies geschah in der Regel in schriftlicher Form. Seit April 2009 steht den Patienten oder Verbrauchern hierfür auch eine elektronische Meldemöglichkeit per Internet zur Verfügung. Sie wurde vornehmlich entwickelt, um das Monitoring in Pandemiesituationen zu verbessern. Der elektronische Meldebogen ist für jeden zugänglich und bietet so einen besseren Ansatz für das Consumer Reporting, auch wenn die Meldungen nicht anonym abgesetzt werden können, wie es in einigen anderen EU Ländern möglich ist. Der Grund hierfür liegt in

der Notwendigkeit einer Qualitätssicherung des Meldesystems. Es muss möglich sein, den Wahrheitsgehalt einer Meldung zu überprüfen. Nichtsdestotrotz behandelt das BfArM alle Nebenwirkungsberichte streng vertraulich. Um einen mutwilligen Missbrauch des Systems zu verhindern, hat die Behörde bisher auf eine intensive Bewerbung dieses Instrumentes in der Öffentlichkeit verzichtet. Im ersten Jahr sind laut Hagemann erst rund 100 Patientemeldungen eingegangen, die Anzahl ist aber leicht steigend.

Vorausschauende Pharmakovigilanz mit RMP

Als weitere Neuerung auf dem Gebiet der Pharmakovigilanz in den letzten Jahren führte er den sogenannten Risiko-Management-Plan (RMP) an, der als Bindeglied zwischen der Zulassung eines Arzneimittels und der Nachmarktbeobachtung, das heißt der Pharmakovigilanz, dienen soll. Aus den für das Zulassungsverfahren durchgeführten klinischen Studien werden nach Begutachtung durch unabhängige Experten mögliche Risiken spezifiziert, die noch nicht hinreichend abgeklärt sind. Diese werden von dem pharmazeutischen Unternehmen wiederum in einem Risiko-Management-Plan erfasst, in

dem dargelegt wird, wie und in welchem zeitlichen Rahmen die spezifizierten Risiken in der Folge weiter abgeklärt und überwacht werden sollen. Mögliche Maßnahmen wären zum Beispiel die Durchführung weiterer klinischer Studien mit einer größeren Studienpopulation oder auch die Erstellung von Aufklärungsmaterialien für Heilberufler oder Patienten. Derzeit ist ein Risiko-Management-Plan in der Regel nur für die Zulassung neuer Substanzen erforderlich, er kann allerdings auch zu jedem späteren Zeitpunkt angeordnet werden. Im Moment befinden sich diesbezüglich alle Beteiligten, das heißt sowohl die Behörden als auch die Pharmaunternehmen, noch in einem kontinuierlichen Lernprozess, aber, so konstatierte Hagemann abschließend, bewährt hat sich das neue Instrument zweifellos bereits.

*Im Auftrag des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen
Ulenbergstr. 127-131
40225 Düsseldorf
www.liga.nrw.de*

(Dieser Anfang 2010 entstandene Artikel ist in der Deutschen Apothekerzeitung Nr. 8/2011 erschienen. Wir danken für die Genehmigung zum Abdruck.)

Joint Open Letter Calling Novartis to cease seemingly endless legal process in India

Health Action International (HAI) Europe, in collaboration with Berne Declaration, HAI Africa, HAI Asia Pacific, Third World Network and Knowledge Ecology International, have urged the pharmaceutical company Novartis to put an end to its five year legal actions in India regarding the patenting of the anticancer drug Glivec. The NGOs also called on the Swiss company to refrain from attempting to influence the Indian government over laws and policies that would hinder access to medicine.

In a joint *Open Letter* sent last Tuesday to Novartis' President, Dr. Vasella, the signatories voiced



their concern regarding Novartis' persistent legal actions in regards to the patent application for Glivec (Gleevec in the USA), a vital medicine in treating relatively

rare forms of leukaemia and gastro-intestinal tumors.

Despite three consecutive patent refusals pronounced by the Indian justice authorities since 2006, the pharmaceutical giant, through an appeal to the Supreme Court in August 2009, is insistent in its attempt to challenge the Indian Patent Law. The *Open Letter* strongly urges Novartis to drop this pending case. Domestic NGOs have organised simultaneous protest events throughout India, and will remain mobilised until the next hearing of the Glivec case at the Supreme Court scheduled for 19 April this year.

The *Open Letter* also urges Novartis to abstain from lobbying the Indian government for more stringent intellectual property regulation. This would have major negative impact on access to medicines for disadvantaged patients and would undermine competition with generic equivalent medicines. These particular issues are currently being negotiated in the framework of bilateral free-trade agreements between India and the European Union, and the European Free Trade Association.

The *Open Letter* follows a public call made by Patrick Durisch, health programme Coordinator of Bern Declaration, a HAI Europe member organisation, during the Annual General Meeting of Novartis' shareholders last Tuesday.

Durisch underlined the negative consequences of this judicial saga:

"The stakes go far beyond the granting of the patent for this anticancer drug. This action aims at weakening a public health safeguard clause – section 3(d) of the Indian Patents Act – which limits the multiplication of abusive or useless patents on an already-known substance", said Mr Durisch. *"Without this disposition, access to affordable medicines would be threatened in most developing countries, since India is one of the primary suppliers of generic medicines worldwide, in particular in the field of HIV/AIDS."*

(This document arises from the Developing Rational Use of Medicines in Europe project, which has received

funding from the European Union, in the framework of the Health programme. The views expressed in this publication are those of the author, who is solely responsible for its content. The Executive Agency for Health & Consumers is not responsible for any use of the information herein.)

The complete version of the Open Letter is available here: <http://haieurope.org/wp-content/uploads/2011/02/22-Feb-2011-Open-Letter-to-Novartis.pdf>

For more information please visit: www.ladb.ch/Glivec

HAI Europe, Overtoom 60/II,
1054 HK Amsterdam
The Netherlands
Tel: + 31 20 683 3684
Fax: +31 20 685 5002
e-mail: info@haiweb.org

Presseerklärung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte und der Patientenberatungsstellen (BAGP)

Patientenberatungsstellen und ÄrztInnen fordern gemeinsam: Keine IGeL-Leistungen in der Kassenarztpraxis

**Zunehmend Angebote von privaten Leistungen an gesetzlich Versicherte.
Deshalb: Keine IGeL-Leistungen in der Kassenarztpraxis.
Abrechnung von IGeL übergangsweise durch die KV oder Ärztekammern!
Einführung eines Zertifikats „IGeL-freie Praxis“**

Ein soeben vom WidO, dem wissenschaftlichen Institut der AOK, vorgelegtes Gutachten zeigt den ungebremsten Anstieg privat berechneter ärztlicher Leistungen bei gesetzlich krankenversicherten Patienten. Das WidO befragte fast 3000 Versicherte im Frühjahr 2010 nach ihren Erfahrungen mit den so genannten IGeL-Leistungen (Individuelle Gesundheitsleistungen). Diese privat vom Versicherten zu zahlenden Behandlungen stellen eine zusätzliche Einkommensquelle für die Kassenärzte dar. Etwa 65 Prozent aller Kassenärzte bieten inzwischen diese Zusatzangebot an. Genaue Zahlen zu den anbietenden Ärzten gibt es nicht, doch sind mit fast einem Drittel die Gynäkologen die Spitzenreiter bei den erbrachten

verein demokratischer ärztinnen und ärzte



Leistungen. Dieser Gesundheitsmarkt hat inzwischen ein geschätztes Volumen von ca. 1,5 Mrd. €, also 5 Prozent der kassenärztlichen Leistungen. Wurden 2001 erst 9 Prozent der Versicherten diese Leistungen angeboten, so waren es in der vorliegenden Studie bereits fast 30 Prozent der Patienten, denen ein solches Zusatzangebot offeriert wurde. Ca. 16 Millionen IGeL wurden den Patienten in den vergangenen zwölf Monaten angeboten. Die Studie

zeigt einen positiven Zusammenhang zwischen dem Angebot privater Leistungen und dem Einkommen und der Schulbildung der Patienten: Patienten mit höheren Einkommen werden deutlich öfter IGeL-Leistung angeboten. Bei der Erbringung dieser Leistungen steht also nicht die medizinische Notwendigkeit der Behandlung im Vordergrund, sondern die finanzielle Leistungsfähigkeit des Patienten. Die IGeL-Leistungen unterliegen keinerlei Kontrolle durch KV oder Ärztekammer, fast 15 Prozent der Patienten erhalten keine Rechnung für die erbrachte Leistung.

Diese Entwicklung stellt eine gravierende Veränderung des ärztlichen Berufsbildes dar. „Nicht mehr

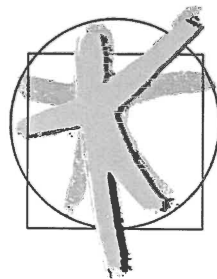
die Heilung des ratsuchenden Patienten, sondern dessen finanzielle Leistungskraft steht im Mittelpunkt des Arzt-Patient-Verhältnisses. Der Arzt mutiert zum Krämer, mit der Kasse gleich am Empfangstresen“, so Wulf Dietrich, Vorsitzender des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte.

„Besonders bedenklich ist, dass die Initiative für IGeL-Leistungen meistens vom Arzt ausgeht, dabei darf sie regelkonform ausschließlich vom Patienten ausgehen“, betont Patientenberater Peter Friemelt von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen BAGP. „Mit den Regeln haben die IGeL-Ärzte scheinbar Probleme. Nur knapp die Hälfte der befragten Patienten geben an, dass vor der Leistungserbringung eine schriftliche Vereinbarung getroffen wurde, obwohl dies zwingend ist. Ohne schriftliche Form muss der Patient nicht bezahlen“, so Friemelt weiter.

Eine Folge der IGeL ist starke Verunsicherung der Patienten, denen von Ärzten suggeriert wird, die Kassenleistungen seien nicht mehr ausreichend und nur durch privat gezahlte Leistungen sei eine optimale Versorgung zu erreichen.

Die vom Präsidenten der Bundesärztekammer angestoßene Diskussion um die Priorisierung ärztlicher Leistungen unterstützt diese Tendenz, die beim Patienten das Misstrauen in die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung verstärkt. Es wächst bei ihnen das Gefühl, die Kassen würden nicht mehr ausreichend zahlen können. Das Arzt-Patient-Verhältnis leidet unter dieser Ökonomisierung der

Medizin gewaltig. Nach vorliegenden der Studie gehen drei Viertel der Versicherten von einer Verschlechterung des Vertrauensverhältnisses Arzt — Patient durch das Angebot von IGeL aus.



BAGP
BundesArbeits-
Gemeinschaft der
PatientInnenstellen
und -Initiativen

In eine ähnliche Richtung wie IGeL geht die Forderung nach Ausweitung der Kostenerstattung, die zunehmend von Teilen der Ärzteschaft gestellt wird. Auch sie fördert das ökonomische Interesse der Ärzte an der medizinischen Behandlung ihrer Patienten und setzt diesen ökonomischen Risiken aus. Deshalb lehnen die BAGP und der vdää, ebenso wie der bayerische Ärztetag von 2010, diese Forderung entschieden ab.

Der Versuch der Bundesärztekammer, dieses private Abkassieren von Kassenpatienten in geregelte Bahnen zu lenken, ist gescheitert. Der vdää und die BAGP treten für ein vollständiges Verbot von IGeL ein. Es muss Schluss sein mit der Verunsicherung der Patienten. „Medizinisch sinnvolle Leistungen gehören in den Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen, alle anderen Leistungen dürften, da medizinisch nicht sinnvoll, nicht von Ärzten mit Kassenzulassung erbracht werden“, fordert Peter Friemelt (BAGP), und der vdää unterstützt diese Forde-

rung ebenfalls. Auch sinnvolle Leistungen aus dem IGeL-Katalog, wie z. B. Reisetauglichkeits- oder sportmedizinische Untersuchungen, sollten von den Krankenkassen gezahlt werden. Schließlich dient Sport der Prävention und die Folgen von Reiseerkrankungen müssen auch von den Kassen getragen werden. „IGeL darf nicht zum Schlupfloch für die Kassen werden, medizinisch sinnvolle Leistungen den Versicherten vorzuenthalten“, fordert Dietrich.

Da die IGeL-Leistungen keinerlei Kontrolle unterliegen und schon gar keine Qualitätsstandards bestehen, fordern der vdää und die BAGP als Übergang bis zum vollständigen Verbot dieser Leistungen, die Abrechnungen dieser Behandlungen über die Ärztekammern, zuständig für Privatabrechnungen, oder die KVen durchführen zu lassen. Ohne diese Kontrollen besteht die Gefahr der Verwilderung ärztlicher Ethik und Ökonomisierung medizinischen Handelns.

BAGP und vdää schlagen zusätzlich ein Zertifikat für Praxen vor, die keine unsinnigen IGeL anbieten: „Patienten sollen schon am Praxisschild erkennen, ob ein Arzt auf marktschreierische Angebote verzichtet. Medizin darf nicht zur Ware werden!“, fordern Dietrich und Friemelt.

Prof. Dr. Wulf Dietrich
(Vorsitzender des vdää)

Peter Friemelt
(Patientenberater, Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen BAGP)

Presseerklärung des vdää zur drohenden Schließung des Instituts für Medizinische Soziologie am Fachbereich Medizin der J.W. Goethe Universität Frankfurt/M.

Am 3. Februar wird der Fachbereichsrat des Fachbereichs Medizin J.W. Goethe Universität Frankfurt/M über die Zukunft des Instituts für Medizinische Soziologie beraten und dessen Abschaffung beschlie-

ßen. Damit wird nach der Schließung des Instituts für Sexualwissenschaft ein weiterer wesentlicher Bestandteil des ehemaligen Zentrums der psychosozialen Grundlagen der Medizin geschlossen.

Im Zuge der Reformdiskussionen Ende der 60er Jahre und der Reform ärztlichen Ausbildung in allen ihren Teilen sollte die Studenten „wesentlich stärker auf die Belange des künftigen Arztes“ vorbereitet werden.

Das Frankfurter Institut für medizinische Soziologie wurde 1973 gegründet und war das erste deutsche Institut, das nach Einführung der Medizinischen Soziologie als Lehr- und Prüfungsfach für die Studierenden der Medizin errichtet wurde. Damit war die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den sozialen Determinanten und dem gesellschaftlichen Kontext von Krankheit und Gesundheit im Fachbereich Medizin und damit auch in der Lehre institutionell etabliert. Medizin wurde endlich auch akademisch als bio-psycho-sozialer Zusammenhang gesehen.

Für uns Ärztinnen und Ärzte zeigt sich die Wichtigkeit des Studienfachs „Psychoziale Grundlagen

der Medizin“ in unserer täglichen Praxis. Für die praktische Tätigkeit des Arztes und den Umgang mit den PatientInnen ist die Reflexion psycho-sozialer und auch gesundheitspolitischer Zusammenhänge elementar. Nicht weniger Forschung und Lehre in diesen Fächern ist notwendig, sondern mehr!

Als Ärztinnen und Ärzte befürchten wir, dass mit der Schließung des Instituts für Medizinische Soziologie das Verständnis von Medizin weiter eingeengt werden soll: weg von einer Medizin als sozialer Wissenschaft, hin zu einem einseitig naturwissenschaftlich und hochtechnisierten Bild

von Medizin, das aus Medizinstudierenden vielleicht gute Techniker und Handwerker, aber keine guten ÄrztInnen machen wird.

Der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte fordert deshalb im Interesse einer guten, am Patienten orientierten Medizin den Erhalt des Instituts für Medizinische Soziologie und den Ausbau von Forschung und Lehre der psychosozialen Grundlagen der Medizin.

02.01.2011

Prof. Dr. Wulf Dietrich
(Vorsitzender des vdää)

AKW sofort abschalten

Sofort abschalten!

Das Ausmaß und die Folgen der japanischen Atomkatastrophe sind bisher noch kaum absehbar. Eines aber ist jetzt schon klar: Die Restrisiken von Atomkraftwerken sind nicht zu kalkulieren und unberechenbar. Harrisburg, Tschernobyl und jetzt Fukushima beweisen, dass Zwischenfälle in Atomkraftwerken mit katastrophalen Folgen immer und überall möglich sind. Unser besonderes Mitgefühl gilt den Opfern von Erdbeben und Tsunami, der japanischen Bevölkerung in der Umgebung des Kernkraftwerks und noch mehr den Beschäftigten in den Kernkraftwerken, die ihre Gesundheit riskieren müssen, um eine noch größere Katastrophe zu verhindern.

Ein Moratorium der geplanten Laufzeitverlängerung für atomare Anlagen mit erneuter Sicherheitsüberprüfung, wie jetzt von der Regierung beschlossen, ist unsinnig. Sicherheitsrisiken, insbesondere in den älteren Anlagen, sind bekannt und müssen nicht erneut untersucht werden. Auch liegt es in der

Natur von unkalkulierbaren Risiken, dass sie nicht vorhergesehen werden können.

Deshalb fordert der vdää die sofortige Abschaltung aller Atomkraftwerke. Technisch ist dieser sofortige Ausstieg realisierbar, er muss nur politisch durchgesetzt werden.

Wir als Ärztinnen und Ärzte sind besonders verpflichtet, diesen sofortigen Ausstieg aus der atomaren Energiegewinnung zu fordern, da wir wissen, dass medizinische Hilfe, abgesehen einmal vom Verteilen von Jodtabletten, im Ernstfall nicht möglich sein wird. Nicht erst seit Tschernobyl sind die medizinischen Langzeitfolgen atomarer Verstrahlung bekannt.

Und keiner kann helfen ...

„Und keiner kann helfen“ – das war vor fast 30 Jahren das Motto des 3. Medizinischen Kongresses zur Verhinderung eines Atomkrieges in München. Auch heute ist dies in Bezug auf die sogenannte

friedliche Nutzung der Atomenergie noch gültig. Nach der Katastrophe werden wir nicht mehr helfen können. Wir können uns aber, gerade als Mediziner, dafür einsetzen, dass diese nicht endgültig beherrschbare Technologie nicht weiter zur Energiegewinnung eingesetzt wird. Politische Einmischung ist Prophylaxe. Letztlich ist gute Medizin ohne Politik nicht machbar.

15. März 2011
Im Namen des Vorstands
Wulf Dietrich



VDÄÄ
Geschäftsstelle
Nadja Rakowitz

Kantstraße 10
63477 Maintal
Telefon 06181 – 432 348

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

Neue Pharma-Studie der BUKO Pharma-Kampagne:

Geschäftsverhalten von Bayer, Baxter und Boehringer Ingelheim in Indien untersucht

Bielefeld, 14. Dezember 2010. Deutsche Firmen vertreiben in armen Ländern wie Indien zahlreiche unsinnige Präparate und haben kaum unentbehrliche Innovationen zu bieten. Die Hersteller Bayer Schering Pharma und Boehringer Ingelheim führen in Indien zwar zahlreiche klinische Studien durch. Sie erforschen damit aber lieber neue Anwendungsbereiche ihrer Blockbuster als sich vernachlässigten Krankheiten zu widmen, die in armen Ländern vorherrschen. Dies sind erste Ergebnisse einer neuen Studie der BUKO Pharma-Kampagne in Kooperation mit dem Institute of Public Health in Bangalore/Indien. Untersucht wurde das Arzneimittelsortiment und Geschäftsverhalten von Bayer Schering, Baxter und Boehringer Ingelheim in Indien. Das Projekt wurde von der Stiftung Umwelt und Entwicklung NRW gefördert.

Das Familienunternehmen Boehringer Ingelheim hat mit 70 % irrationalen Mitteln und keinem einzigen unentbehrlichen Präparat ein erschreckend schlechtes Arzneimittelsortiment. Die Firma verzichtet allerdings auf strikte Patentdurchsetzung im Fall von Nevirapine. Das wichtige Aids-Medikament kann daher in Indien günstig generisch produziert werden, was den Zugang für arme Länder, insbesondere im südlichen Afrika, sichert. Bei Bayer hingegen



sind zwar immerhin 64 % der in Indien verkauften Produkte rational. Die aggressive Patentpolitik des deutschen Unternehmens blockiert allerdings den Zugang armer Menschen zu dem innovativen Krebsmittel Nexavar®. Die Firma Baxter hat mit 47 % rationalen Produkten und 39 % unentbehrlichen Mitteln ein recht gutes Sortiment. Viele dieser Produkte sind in Indien aber ohne generische Alternative, zum Beispiel einige der Antibiotika-Infusionslösungen. Ihr Preis ist hoch und schließt die Armen vom Zugang aus.

Alle drei Firmen entfalten in Indien beachtliche Marketing-Aktivitäten, von der Direktwerbung bei ApothekerInnen und ÄrztInnen bis hin zu zahlreichen sogenannten „Partnerschaften“ mit Gesundheitseinrichtungen und öffentlichen Institutionen. Baxter etwa ist passend zu seinem Produktsortiment Partner der PatientInnenselbsthilfe Hemophilia Federation India und finanzierte 2010 den World-Haemophilia-Day in Indien. Bayer ist als Hersteller des umstrittenen Diabetes-Mittels Arcabose (Glucobay®) Partner eines Diabetes-Aufklärungs-Projekts. Und

auch in Sachen Verhütung präsentiert sich das deutsche Traditionsunternehmen als Marktführer: So sponserte Bayer den 2010 in Indien ausgetragenen World Contraception Day und erwähnt auf der zugehörigen Website geschickt die Markennamen seiner Verhütungspillen. Die auf der Startseite vorgestellten Botschafterinnen heißen Claire und Diana, ähnlich wie die Bayer-Pillen (Diane35®, Qlaira®). Diane35® gilt in Indien als orales Kontrazeptivum. In Deutschland ist das Mittel zur Verhütung nicht zugelassen.

Beliebte Marketing Instrumente sind auch Diskussionsforen von PatientInnen oder soziale Netzwerke wie Twitter und Facebook. Die Firma Bayer bewirbt z.B. über Facebook die Website „Yes I can India“. Diese von Bayer gesponserte Seite will Jugendliche über Verhütung und Kontrazeptiva aufklären.

ExpertInnen des Institute of Public Health Bangalore und der BUKO Pharma-Kampagne werden diese und weitere Studienergebnisse vom 15.-21. Dezember mit öffentlichen Einrichtungen, entwicklungspolitischen Organisationen und FirmenvertreterInnen in verschiedenen deutschen Städten diskutieren. Eine Veröffentlichung der kompletten Datenauswertung ist für Sommer 2011 geplant.

www.Pillen-Checker.de – die arzneimittelkritische Website für Jugendliche

(Bielefeld, 4.2.2011) Die BUKO Pharma-Kampagne hat eine neue Website an den Start gebracht: www.Pillen-Checker.de will Jugendliche im Alter von 12-17 Jahren motivieren, sich kritisch mit Arzneimitteln, Arzneimittelwerbung und mit dem eigenen Konsumverhalten auseinander zu setzen. Zugleich thematisiert die Website den mangelnden Zugang zu Medikamenten in armen Ländern und macht ent-

wicklungs-politische Zusammenhänge sowie die eigene Teilhabe daran deutlich.

Viele Monate lang haben wir www.Pillen-Checker.de kontinuierlich erweitert, die Inhalte gemeinsam mit SchülerInnen, LehrerInnen und Jugendgruppen entwickelt, erprobt und mehrfach überarbeitet. Herausgekommen ist nun eine Vielzahl informativer und unterhaltsamer Sei-

ten. Ein Lexikon von A-Z bietet Jugendlichen nützliche und verständliche Infos rund um das Thema Arzneimittel und Gesundheit. Erklärt werden Begriffe von *Advertorial* über *Disease Mongering*, die *HPV-Impfung* und *Millenium Development Goals* bis hin zu *Schlafkrankheit* und *WHO*.

Die Rubrik Werbealarm klärt über die Tricks der Arzneimittelwerbung auf und präsentiert zahlreiche anschauli-

che Werbebeispiele aus Süd und Nord. Verständliche und detaillierte Hintergrundtexte thematisieren das Menschenrecht auf Gesundheit ebenso wie die Fakten zur globalen Jugendgesundheit. Welchen Stellenwert Arzneimittel in der weltweiten Gesundheitsversorgung spielen und was unentbehrliche Medikamente sind, erfahren Jugendliche in der Rubrik Pillen-Info.

Amüsante Lektüre bieten dagegen die Fotostories zu Theaterstücken von *Schluck & weg*. Witzige Fotos mit Sprechblasen dokumentieren Live-Auftritte der pharmakritischen Straßentheatergruppe, die jedes Jahr durch Deutschland tourt und Missstände in Süd und Nord anprangert. Zugleich bietet das Laientheater älteren Jugendlichen die Chance, selbst politisch aktiv zu werden und mit auf Tournee zu gehen.

Dazu bietet Pillen-Checker.de viele nützliche Surf-Tipps, und auch Spiel und Spaß kommen nicht zu kurz: Ein kniffliges Quiz und zwei Memories bringen selbst junge Leute mit Köpfchen ins Schwitzen. Und wer freut sich nicht, wenn das bunte Pillenmännchen die Arme hochreißt und jubelt ... Testen Sie's selbst!

www.Pillen-Checker.de

Die Bundeskoordination Internationalismus (BUKO) ist ein Netzwerk von über 200 Dritte Welt Gruppen in Deutschland. 1980 begann BUKO eine Kampagne gegen unverträgliche 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

Atomkraft: Risiken schon im Normalbetrieb

Gesundheitsgefahren beim Brennelementwechsel

Die atomkritische Ärzteorganisation IPPNW warnt vor Gesundheitsgefahren beim Brennelementwechsel in Atomkraftwerken. Am Wochenende ging das Atomkraftwerk Grafenrheinfeld zum Brennelementwechsel! und zur jährlichen Anlagenrevision vom Netz. Bei einem Brennelementwechsel wird der Deckel des Reaktordruckgefäßes geöffnet. Dabei entweichen neben radioaktivem Kohlenstoff weitere radioaktive Stoffe wie Tritium, Jod 131, Caesium 137, radioaktive Edelgase sowie das schwer zu messende Strontium 90 und Spuren von Plutonium 239.

Die IPPNW fordert die Bundesregierung auf, umgehend per Gesetz zu regeln, dass die Emissionsmesswerte aus allen deutschen Atomkraftwerken nicht mehr als Betriebseigentum der Betreiber behandelt werden. Sie müssen der Öffentlichkeit, insbesondere der öffentlichen Forschung zur Verfügung gestellt werden. Dabei sollten nicht nur wie bisher gemittelte Werte, sondern auch alle Tagesspitzenwerte veröffentlicht werden.

„Die ionisierende Niedrigstrahlung, die schon im AKW-Normalbetrieb ständig in die Umgebung abgegeben wird, ist offensichtlich gefährlicher als angenommen“, erklärt IPPNW-Vorstandsmitglied Reinhold Thiel. Eine vom Mainzer Kinderkrebsregister im Auftrag des Bundesamtes für Strahlenschutz durchgeführte Fall-Kontroll-

Studie hatte 2007 bewiesen: Je näher ein Kleinkind an einem Atomkraftwerk wohnt, desto größer ist sein Risiko, an Krebs, besonders an Leukämie zu erkranken. Nach Ansicht der IPPNW ist es wahrscheinlich, dass die strahlenbedingten Leukämie-Erkrankungen schon vorgeburtlich induziert werden. Die bisher geltenden Strahlenschutzrechenmodelle und die offiziellen Grenzwerte müssten deshalb zum Schutz der Bevölkerung in der Umgebung von Atomanlagen korrigiert werden.

Radioaktiver Kohlenstoff und Tritium sind für die Bevölkerung im Umfeld der Atomanlagen gefährlich, insbesondere für schwangere Frauen und deren ungeborene Kinder. Mit der Atemluft, mit Essen und Trinken gelangen die strahlenden Teilchen in den mütterlichen Körper. Über die Blutbahn erreichen sie auch die Plazenta und den Embryo bzw. den Fetus. Das sehr schnell wachsende ungeborene Kind baut die radioaktiven Isotope in seine Organe ein, wo sie lange Zeit verbleiben und genetische sowie Organschäden verursachen können. „Sollte sich die Umgebungsbelastung mit Radionukliden anlässlich der Brennelementwechsel bestätigen, müssten schwangere Frauen und Kinder rechtzeitig gewarnt und aufgefordert werden, die AKW-Region vorübergehend zu verlassen“, so Reinhold Thiel.

Die IPPNW hat anhand einer Grafik des Bundesamtes für Strahlenschutz für das Atomkraftwerk Neckarwest-

heim 2 nachgewiesen, dass Emissionsspitzen mit Revisions- und Brennelementwechsel-Terminen zusammenhängen. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass die von den Atomkraftwerksbetreibern mitgeteilten Quartalsmittelwerte immer geringer ausfallen als einzelne Tagesspitzenwerte.

Das IPPNW-actsheet „Atomkraft: Risiken schon im Normalbetrieb“ finden Sie unter http://www.ippnw.de/commonFiles/pdfs/Atomenergie/factsheet_risiken_normalbetrieb.pdf

Eine Grafik mit den gemittelten Spitzen der Revisionen finden Sie unter http://www.ippnw.de/commonFiles/pdfs/Atomenergie/brennelement_wechsel.pdf

IPPNW-Film „Kinderkrebs um Atomkraftwerke“: <http://www.youtube.com/user/IPPNWgermany#p/f/2/2PiQTr0nol4>

29.3.2011

Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges/
Ärzte in sozialer Verantwortung,
Körtestr. 10, 10967 Berlin,
www.ippnw.de



VDPP-Mitgliederversammlung 28. - 29. Mai 2011 in Köln

Jugendherberge Köln-Deutz · City-Hostel,
Siegesstraße 5 · 50679 Köln

Freitag, 27. Mai	20.00 Uhr	gemeinsames Abendessen im SCHLÜTERS, Aachener Straße 537, 50933 Köln
Samstag, 28. Mai	10.00 Uhr	Beginn der MV
	11.00 Uhr	Gastvortrag Frau Gabriele Overwiening, Präsidentin der Apothekerkammer Westfalen-Lippe zum Thema: „Qualität in der Apothekenberatung“
	18.00 Uhr	Stadtführung und anschließend gemeinsames Abendessen
Sonntag, 29. Mai	9.30 Uhr	Fortsetzung der MV

Der nächste VDPP-Rundbrief
erscheint Ende Mai 2011.

Redaktionsschluss ist
am 15. Mai 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