

Pharmazie in sozialer Verantwortung



Offener Brief des VdPP an das Bundesministerium für Gesundheit

Beratungspflicht für Arzneimittel – auch im Versandhandel!

Aus Sicht des Vereins demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) ist eine Beratung bei der Abgabe von Arzneimitteln für eine patientenorientierte Arzneimittelversorgung unerlässlich. Aus diesem Grund verurteilt der VdPP die aktuelle Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Beratungspflicht von Versandapotheken, in der es heißt: *„Damit entfällt bei einer Versandapotheke grundsätzlich die Pflicht, eigeninitiativ zu beraten, nicht aber das Recht der Patienten, beraten zu werden.“*¹

Mit dieser Stellungnahme trage das BMG nach eigener Aussage den *„tatsächlichen Besonderheiten des Versandhandels mit Arzneimitteln Rechnung“*. Die Bedürfnisse von Patient_innen, insbesondere der Schutz vor gesundheitlichen Risiken durch falsch angewendete Arzneimittel, scheinen dabei allenfalls eine untergeordnete

Rolle zu spielen.

Laut § 20 der Apothekenbetriebsordnung ist „bei der Abgabe von Arzneimitteln an einen Patienten oder anderen Kunden [...] durch Nachfrage auch festzustellen, inwieweit dieser gegebenenfalls weiteren Informations- und Beratungsbedarf hat und eine entsprechende Beratung anzubieten. Im Falle der Selbstmedikation ist auch festzustellen, ob das gewünschte Arzneimittel zur Anwendung bei der vorgesehenen Person geeignet erscheint oder in welchen Fällen anzuraten ist, gegebenenfalls einen Arzt aufzusuchen.“ Diese Voraussetzungen sind im Versandhandel derzeit unerfüllbar. Daraus allerdings den Schluss zu ziehen, dass die Pflicht zur eigeninitiativen Beratung hier nicht gilt, macht die Kund_innen von Versandapotheken zu Patient_innen zweiter Klasse.

Die Pflicht aller Apotheken zur aktiven Beratung in der neuen Apothekenbetriebsordnung erfüllt eine langjährige

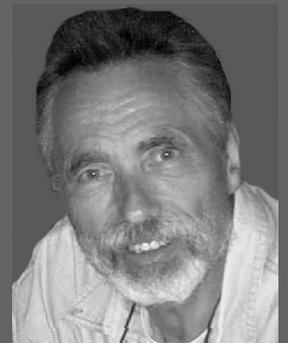
Inhalt dieser Ausgabe

Beratungspflicht	1
BMG-Datenklau	2
Sozialpharmazie.....	3
ERFA-Gruppe	6
TRIPS-Ratifizierung in Indien	8

Grußwort des Vorstands

Es wird leider, leider immer deutlicher: Der Mensch, der Patient interessiert die Politiker überhaupt nicht. Es interessiert sie alleine das Geld und die Macht. Aktive Beratung vom kleinen Apotheker – aber natürlich. Beim Versandhandel (gleich: Geld und Kosten der Krankenkassen) da lassen wir das mal, so wichtig ist das ja denn doch nicht. Moral, was ist *das* denn. Wie schön, als wir noch den Zehn Geboten Bedeutung zumaßen und der kategorische Imperativ das mögliche Ziel unseres Handelns war.

Das jedenfalls ist
meine Meinung



Forderung des VdPP. Wir erwarten von den Kammern, dass sie dieser erweiterten Verpflichtung Rechnung tragen und aktiv die Beratungstätigkeit fördern und auch einfordern. Eine aktive Beratung ist unerlässlich, da vielen Patient_innen die Notwendigkeit einer Beratung nicht bewusst ist. Das rein passive Beratungsangebot von Versandapotheken wird häufig nicht in Anspruch genommen. Das Signal an Patienten ist fatal: Arzneimittel können auch



ohne Beratung bestellt und eingenommen werden. Risiken werden auf diese Weise bagatellisiert. Auch die Rolle von ApothekerInnen als Arzneimittelexperten wird durch die Negierung einer Beratungspflicht untergraben.

Der VdPP fordert die Bundesregierung auf, den Versandhandel mit Arzneimitteln so weit einzuschränken, wie es das EU-Recht zulässt und sich auf EU-Ebene dafür einzusetzen, dass die Regelung des Arzneimit-

telversandhandels wieder vollständig in nationalstaatliche Kompetenz übergeht. Mindestens aber muss die Pflicht zur eigeninitiativen Beratung auch für Versandapotheken gelten. Wie bereits in der VdPP-Stellungnahme zur Apothekenbetriebsordnung vom 15.11.2011² gefordert, muss diese Beratungspflicht auch in § 17 Abs. 2a (Versandhandel) Nr. 7 hinzugefügt werden.

12. März 2013

Der Vorstand des VdPP

¹ DAZ: BMG äußert sich zur Beratungspflicht von Versandapotheken

² VdPP-Stellungnahme zum BMG-Verordnungsentwurf der ApoBetrO

Lobbyismus muss transparenter werden

Interview mit VdPP-Vorstandsmitglied Florian Schulze zum Datenklau im BMG

BERLIN (ks). Die Aufklärung der Affäre um die aus dem Bundesgesundheitsministerium gestohlenen Daten zieht sich hin. Die Staatsanwaltschaft ermittelt – und solange niemand Einblick in die Ermittlungsakten hat, herrscht das große Schweigen. Wir fragten beim Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) nach, wie er die Spionage-Affäre einschätzt und ob die ABDA aus seiner Sicht ausreichend für Aufklärung sorgt. Der VdPP steht für eine patientenorientierte Arzneimittelversorgung und mehr Demokratie in den Standsorganisationen.

DAZ: Herr Schulze, noch immer ermittelt die Staatsanwaltschaft zum Datenklau aus dem BMG – erwarten Sie hieraus einen Imageschaden für die Apothekerschaft und ihre Berufsorganisationen?

Schulze: Der Schaden ist bereits eingetreten. Der taz-Bericht vom 18. Januar 2013 wirft ein neues Licht auf die Affäre um den Datenklau und ein

schlechtes Licht auf die Apothekerschaft. Er legt nahe, dass die ABDA – auf welchem Wege auch immer – von dem Datendiebstahl profitiert hat. Bislang liegen keine Belege dafür vor und der VdPP wird sich nicht an Spekulationen um eine Mitschuld der ABDA beteiligen. Wir müssen aber zur Kenntnis nehmen, dass die öffentliche Debatte eine andere ist. Es wird von „Lobbyisten der Apothekerschaft“ gesprochen. Auch der VdPP als unabhängige Apothekerorganisation wird von unterschiedlichen Seiten angesprochen, wie er sich zu dem Skandal verhält. Insgesamt ist nach unserer Auffassung eine entschiedene Reaktion der Ständevertretungen gefordert. Nur mit größtmöglicher Offenheit und Transparenz kann das Ansehen der Apothekerschaft im Ganzen geschützt werden.

DAZ: Erschwert der Fall die Durchsetzung berufspolitischer Ziele?

Schulze: Wäre ein vergleichbarer Skandal bereits vor einem Jahr öffentlich geworden, wäre die Debatte um das

Apothekenhonorar und die Notdienstvergütung vermutlich anders verlaufen. Aber sicher wird es auch nicht einfacher, die Ziele des VdPP in die Öffentlichkeit zu tragen. Die patientenorientierte Arzneimittelversorgung sollte oberstes Ziel aller Apothekerinnen und Apotheker und ihrer Vertretungen sein. Doch wenn sich in der Öffentlichkeit das Bild verfestigt, dass sich die Apothekerorganisationen vor allem und mit unerlaubten Mitteln um Interessensvertretung bemühen, schadet dies auch allen Apothekerinnen und Apotheker, die sich vorrangig um eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten bemühen. Jede Pharmazeutin und jeder Pharmazeut sollte daher ein Interesse daran haben, dass der Datendiebstahl schnellstmöglich und vollständig aufgeklärt wird.

DAZ: Ist die von der ABDA angekündigte Aufklärungsarbeit aus Ihrer Sicht ausreichend?

Schulze: Es ist gängige Praxis in der Politik, bei Druck eine Arbeitsgruppe einzusetzen, auf die dann bei allen

Rückfragen verwiesen werden kann. Doch die Gruppe „Verbands-Compliance“ ist ausschließlich mit internen Leuten besetzt, die sich praktisch selbst überprüfen sollen. Nur ein „externer Berater“ soll hinzugezogen werden. Wir meinen, eine unabhängige Überprüfung insbesondere der vorgeworfenen Geldzahlungen an el Pato wäre angemessen gewesen. Insgesamt kann die Öffentlichkeitsarbeit der ABDA auf keinen Fall als offensiv bezeichnet werden. Es wird beteuert, dass niemals Geld für strafbare Handlungen gezahlt wurde. Aber nachprüfen kann das niemand. Vertrauensbildend ist das nicht. Falls sich herausstellt, dass an den Vorwürfen etwas dran ist, muss das selbstverständlich personelle Konsequenzen nach sich ziehen. Auch das Konstrukt ABDA wäre dann beschädigt. Es wird von den Kammern mitgetragen, die als Körperschaften qua Gesetz dem Gemeinwohl verpflichtet sind. Die Verquickung aus wirtschaftlicher Interessensvertretung und mittelbarer Staatsverwaltung war schon immer problematisch und ge-

hört im Zuge dieser Affäre einmal mehr auf den Prüfstand.

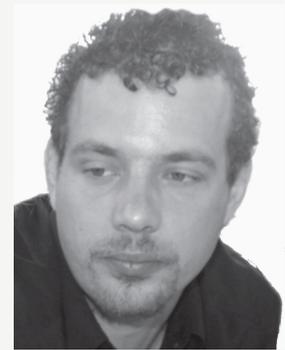
DAZ: Was erwarten Sie nach dieser Affäre vom Bundesgesundheitsministerium?

Schulze: Das Ministerium hat ein originäres Interesse, solche Vorfälle künftig zu verhindern und wird entsprechende Vorkehrungen treffen. Dass kriminelle Energie Einzelner in einem so großen Gebilde wie einem Bundesministerium nie ganz auszuschließen sein wird, ist auch klar. Grundsätzlich ist es nach unserer Auffassung das kleinere Problem, wenn Gesetzesentwürfe aus dem Ministerium an Lobbyisten geschmuggelt werden, als wenn der Weg umgekehrt gegangen wird. Wir wissen, dass schon „Formulierungshilfen“ der Pharmaindustrie Eingang in Gesetze gefunden haben. Wer weiß, wie häufig wir von einer solchen Kungelei gar nichts erfahren. Lobbyismus muss grundsätzlich transparenter geregelt werden und Abgeordnetenbestechung strafbar sein. Die Öffentlichkeit hat ein Recht

zu erfahrenes was Geistes Kind ein Gesetz ist. Bislang kann man das höchstens erahnen. Gerade im Gesundheitsbereich findet ein extrem aggressives Lobbying statt. Auch durch kleine Regelungen werden enorme Summen an Geld verschoben und die Einflussnahme der Verbände lohnt sich offenbar. Das ist doch das eigentliche Problem und sollte bei aller Aufregung um den Datendiebstahl nicht vergessen werden.

DAZ: Vielen Dank für das Gespräch.

(Aus der Deutschen Apothekerzeitung, Nr. 6/2013, S. 32. Wir danken für die Genehmigung zum Abdruck.)



Sozialpharmazie - Geschichte und Zukunft Teil 2/2

Der erste Teil dieses Beitrags von Udo Puteanus ist im VaPP-Rundbrief Nr. 84 (12/2012) abgedruckt.

Die Gesundheit der Bevölkerung war und ist, früher wie heute, eine wichtige Grundlage für die Stärke eines Landes. Waren es früher in erster Linie gesunde, kräftige junge Männer, auf die sich die Macht eines Staates über ein schlagkräftiges Heer stützen konnte, sind es heute gesunde, gut ausgebildete, arbeitswillige, kreative und diszipliniert arbeitende Frauen und Männer, die für den Wohlstand notwendig sind. Um dorthin zu kommen, ist das Thema Ge-

sundheit der Bevölkerung ein prinzipiell wichtiges Thema. Das sehen allerdings nicht alle politisch Verantwortlichen so, zumindest immer dann, wenn dies Geld kostet. Denn das muss irgendwoher kommen. Einige der politisch Verantwortlichen haben aber die Bedeutung von Gesundheit erkannt und darauf eine Gesundheitspolitik aufgebaut, wenn man sie ließ. Dazu waren auch Mediziner notwendig, die das Leid der Menschen sahen und Erklärungen dafür suchten und manchmal auch fanden. Nicht selten aber waren es aufgrund der politischen Verhältnisse weniger die Politiker, sondern eher

die über den Tellerrand schauenden Mediziner, die eine Gesundheitspolitik einforderten, weil sie erkannten, dass Gesundheit der Bevölkerung ohne eine auf Gesundheit fokussierte Politik nicht möglich ist. Ein herausragendes Beispiel war der weit bekannte Mediziner Rudolf Virchow im 19. Jahrhundert. Es folgten viele andere, und in den zwanziger Jahren hatte die damals als Sozialhygiene bezeichnete sozialmedizinische Forschung und Praxis in der Weimarer Republik international eine führende Stellung erreicht.

Mit der Pervertierung der Sozialhygiene zur Rassenhygiene durch die Nati-

onalsozialisten, mit der Vertreibung und Ermordung der führenden Köpfe der Sozialhygiene und mit der Vernichtung des sozialhygienischen Potenzials in Deutschland standen nach Kriegsende bevölkerungsorientierte Ansätze einer Gesundheitspolitik in Westdeutschland zunächst vor dem Nichts. Weder waren die Fachleute da, die an die Zeit vor 1933 anknüpfen konnten, noch wurden bevölkerungsbezogene Ansätze in der Gesundheitspolitik mehrheitsfähig, weil gerade der bevölkerungsbezogene Ansatz durch eine auf Rassenideologie fußende „Volksgesundheit“ letztendlich zur Vernichtung von Millionen von Menschen geführt hatte. Zudem nutzten die Interessenvertreter der niedergelassenen Ärzte sowie die Vertreter eines liberalen Gesundheitsmarktes die Gunst der Stunde der Nachkriegszeit, um das heutige Kassenarztrecht zu festigen und bevölkerungspolitische Ansätze zu verhindern. Der Niedergang des öffentlichen Gesundheitsdienstes in dieser Zeit und bis heute ist ein Zeichen dieser Politik. Der Sozialmedizin gelang es jedoch, auf einem wenn auch niedrigen Niveau in der Bundesrepublik zu überleben.

Es dauerte bis in die 1980er Jahre, bis man in der Bundesrepublik erkannte, dass bevölkerungsbezogene Gesundheitsforschung, -politik und -praxis Experten auf verschiedenen Ebenen gebraucht wird, damit das Potenzial vorhanden ist, die Grundlagen zu schaffen, den Gesundheitszustand der Bevölkerung korrekt zu erfassen und Determinanten von Gesundheit zu beeinflussen. Ein Blick auf die internationale Public-Health-Szene führte den Verantwortlichen schonungslos vor Augen, dass sich die Bundesrepublik auf diesem Gebiet auf dem Stand eines Entwicklungslandes befand. Der staatlich finanzierte Aufbau von Public-Health-Forschungs-

- und Lehreinrichtungen war die Folge. Es wurden an verschiedenen Universitäten Stellen geschaffen und Forschungsmittel zur Verfügung gestellt, um den internationalen Rückstand aufzuholen, die Versorgungsforschung zu etablieren und Prävention und Gesundheitsförderung voranzubringen. Nicht zuletzt waren die „alternative“ Gesundheitsbewegung Anfang der achtziger Jahre und die Frauenbewegung sowie die in der sog. „Ottawa-Charta“ sich kristallisierende neue Strategie zu Prävention und Gesundheitsförderung wesentliche Promotoren. Inzwischen sind die Mittel allerdings schon wieder zurückgefahren worden. Die Befürchtung, dass in Zukunft unter dem Stichwort Prävention eher biomedizinische oder medizintechnologische Ansätze bevorzugt und sozialwissenschaftliche, psychologische oder gesundheitspolitische Ansätze vernachlässigt werden, hat es inzwischen notwendig gemacht, dass sich die deutschen Vertreter von Public Health mit einer ausführlichen Stellungnahme zu Wort gemeldet haben (*Gerlinger T, Babitsch B et al: Situation und Perspektiven von Public Health in Deutschland – Forschung und Lehre. In: Das Gesundheitswesen 74 (2012), 762 ff.*).

Mit dem Aufbaustudiengang Public Health haben auch die Pharmazeutinnen und Pharmazeuten die Gelegenheit, ihr naturwissenschaftliches Wissen um sozialwissenschaftliche, psychologische, epidemiologische, ökonomische und politische Aspekte von Gesundheit zu ergänzen. Eine direkte Verbindung dorthin während des Studiums, wie die Sozialmedizin innerhalb der Medizin, steht aber den Pharmazeutinnen und Pharmazeuten weiterhin nicht zur Verfügung.

Zukunftshoffnung klinische Pharmazie?

Bis zur Einführung der Klinischen Pharmazie als neues Forschungs- und Lehrfach in der Pharmazie wurden allenfalls im Fach Pharmaziegeschichte soziale, kulturelle und/oder gesellschaftspolitische Themen angesprochen. Ansonsten war und ist Pharmazie ein rein naturwissenschaftliches Fach. Mit Aufnahme der Klinischen Pharmazie in das Curriculum der Pharmazie kann dies in Zukunft möglicherweise etwas anders werden. Darauf verweisen erste Forschungsergebnisse der Klinischen Pharmazie zur Versorgungsforschung oder die Stellungnahme der Fachgruppe Klinische Pharmazie der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft aus dem Jahr 2010 (*Pharmazeutische Zeitung, 155. Jg., Nr. 34, Seite 3128 f.*)

Im Gegensatz zur Bundesrepublik Deutschland ist Sozialpharmazie als eigenes Fach in anderen Ländern präsent. So verfügen bspw. die nord-europäischen Länder wie auch die meisten angelsächsischen Länder über Forschungs- und Lehreinrichtungen für Sozialpharmazie an den universitären pharmazeutischen Instituten. Darüber hinaus finden sich Forschungsaktivitäten in vielen Ländern der Welt, die alle zwei Jahre auf dem *International Social Pharmacy Workshop* vorgestellt und diskutiert werden (<http://www.pharmacypractice.org/vol08/supp1/toc.htm>).

Deshalb bleibt festzuhalten, auf internationaler Ebene ist Sozialpharmazie ein etabliertes Fach innerhalb der Pharmazie, während in der Bundesrepublik Deutschland wie auch in manch anderen Ländern, wie z. B. Frankreich oder Österreich, Vergleichbares höchstens in Ansätzen vorhanden ist.

Setzt man den Bereich Sozialpharmazie im internationalen Kontext in Beziehung zu allen pharmazeutischen

Wissenschaften, so lässt sich allerdings festhalten, dass es sich bei Sozialpharmazie immer noch um einen relativ neuen Arbeitsbereich handelt, der sich in Konkurrenz zu den anderen Bereichen wie Pharmazeutische Chemie, Pharmazeutische Analytik, Pharmazeutische Technologie, Klinische Pharmazie und Pharmazeutische Biologie behaupten muss. Während dies in einigen Ländern schon gut gelungen scheint, tun sich andere Länder schwer damit.

Zu Beginn der Sozialpharmazie in den siebziger und achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts existierte im Wesentlichen nur eine internationale Zeitschrift für Sozialpharmazie: „Journal of Social and administrative Pharmacy“, herausgegeben von der schwedischen Apothekersozietät. Inzwischen wurde die Zeitschrift aus finanziellen Gründen eingestellt. Gleichzeitig entstanden aber andere englischsprachige Zeitschriften wie z. B. „Research in Social and administrative Pharmacy“, „Pharmacy Practice“, „International Journal of Pharmacy Practice“ oder „Journal of Pharmacy Practice“.

Themen der Sozialpharmazie werden auch in (internationalen) Zeitschriften der Pharmakoepidemiologie, der Arzneimittelsicherheit, der Arzneimittel-epidemiologie und der Versorgungsforschung bearbeitet. Weiterhin beschäftigen sich u. a. Ökonomen, Psychologen, Soziologen oder Juristen mit Arzneimittelversorgungsfragen. Auch die Medizinerinnen und Mediziner haben die Bedeutung der Arzneimitteltherapie und -versorgung sowie ihrer Qualitätssicherung festgestellt und kümmern sich bspw. in wissenschaftlichen Instituten für Allgemeinmedizin um Optimierungen. Pharmazeutinnen und Pharmazeuten werden dabei nur selten eingebunden. Ihnen fehlen ja in der Regel auch die Grund-

lagen dazu. Man muss als junge Pharmazeutin oder junger Pharmazeut schon ganz genau hinschauen, wo man sich wissenschaftlich mit solchen Fragestellungen aus den Gesellschafts- und Verhaltenswissenschaften beschäftigen kann.

Die wenigen Einrichtungen, die Pharmazeutinnen und Pharmazeuten nach dem Studium wissenschaftlich auf den Arbeitsgebieten mit sozialpharmazeutischen Inhalten in der Bundesrepublik unterstützen, wie bspw. das Zentrum für Sozialpolitik in Bremen, das Arbeitsfeld Consumer Health Care in Berlin oder die PMV-Forschungsgruppe in Köln sowie einzelne Public-Health Aufbaustudiengänge muss man sich als Pharmazieabsolvent selbst erst einmal suchen. Um das Suchen nach einer solchen Alternative überhaupt in Erwägung zu ziehen, muss man allerdings schon besonders viel Engagement zeigen. Denn neben dem wahrlich nicht einfachen Studium Pharmazie den Kopf frei zu haben für ein bewusstes Suchen in einem ganz anderen Wissenschaftsbereich, dazu bedarf es schon besonderer Anstrengungen und meist auch einer besonderen Prägung. Da haben es die Mediziner einfacher, die im Rahmen ihres normalen Studiums über die Sozialmedizin mit diesen Themen

konfrontiert werden. Zugegeben, auch die Sozialmedizin ist nur ein Randthema innerhalb der Medizin, aber mit der Existenz sozialmedizinischer Lehrstühle ist zumindest ein Anfang gemacht. Ob innerhalb der Pharmazie das Fach Klinische Pharmazie hier ausreichend einspringen kann, kann bezweifelt werden. Zumindest zum derzeitigen Zeitpunkt findet sich nur vereinzelt eine Publikation, die in anderen Ländern der Sozialpharmazie zugeordnet werden

könnte. Offensichtlich können oder wollen die Vertreterinnen und Vertreter der Klinischen Pharmazie keine allzu großen Schritte wagen. Zu groß scheint die Befürchtung zu sein, damit innerhalb der Naturwissenschaft Pharmazie im Abseits zu stehen mit der Folge, auf Personalstellen und Drittmittel verzichten zu müssen.

Was ist zu tun? Auf absehbare Zeit ist nicht damit zu rechnen, dass Sozialpharmazie innerhalb der Pharmazie in der Bundesrepublik Deutschland etabliert wird, zumal auch der internationale Druck auf die deutsche Pharmazie nicht zu erkennen ist. Einzelne Inhalte werden in der Klinischen Pharmazie aufgegriffen werden, doch wird es mittelfristig dem Einzelnen überlassen bleiben, zu suchen, wo sozialwissenschaftliche, psychologische oder kulturelle Fragestellungen rund um Pharmazie und die Arzneimittel bearbeitet werden. Umso wichtiger ist es, über die wenigen Kristallisationspunkte und deren Arbeit zu berichten, um die Chance zu erhöhen, den interessierten Nachwuchs anzusprechen. Wenn schon das Fach Sozialpharmazie dem Studierenden nicht begegnet, so sollte zumindest Hilfe geleistet werden, die wenigen Weiterbildungs- oder Arbeitsangebote in diesem Bereich bekannt zu machen. In diesem Sinne sollte zunächst aus Anlass des 25-jährigen Jubiläums des programmatischen Artikels von Lars Einar Fryklöf an die Gründungsphase dieses Faches erinnert werden.

Udo
Puteanus,
Münster



Sozialpharmazie – ein interdisziplinäres Thema

Sozialpharmazie im Studium nicht präsent

Vom Wunschbild zur Wirklichkeit

17 Jahre ERFA-Gruppe im VdPP

Seit 1996 gibt es im VdPP eine kleine, eigenständige Gruppe von selbstständigen Apotheker_innen, die sich vorgenommen haben, die Grundsätze des VdPP in ihren Apotheken in die Tat umzusetzen. Im Mai 2013 wird die ERFA-Gruppe 17 Jahre alt. Ein Bericht über ERFAhungen, patientenorientierte Arzneimittelversorgung im Apothekenalltag zu realisieren.

Kann eine Apotheke, die entsprechend unseren Ideen geführt wird, im Konkurrenzkampf überleben, und könnte sich aus unserer Zusammenarbeit sogar ein verändertes Besitzmodell entwickeln? Vorbilder in anderen europäischen Ländern waren für uns z. B. die „sozialen Apotheken“ in den Niederlanden, die wir bei einem Besuch im Frühjahr 1994 kennengelernt hatten.

Viele KollegInnen hatten sich damals für das Thema interessiert. So entstand im Juli 1994 nach vielen Diskussionen und einigen Seminaren das **Netzwerk der Apotheken im VdPP**. Am Netzwerk waren mehr als 30 Kolleg_innen beteiligt. Sie entwickelten mit viel Engagement eine **Selbstverpflichtungserklärung** für alle Apotheken im VdPP. Die Selbstverpflichtungserklärung der Apotheken im VdPP ist nachzulesen im VdPP-Rundbrief Nr. 30/1995 und auf der Homepage des VdPP.

Aber Papier ist bekanntlich geduldig. Es war uns allen klar, dass die Umsetzung dieser Erklärung in den einzelnen Apotheken nicht einfach sein würde. Abgesehen von organisatorischen Problemen stand vorrangig die Frage im Raum: Ist eine Apotheke mit diesem Leitbild überhaupt wettbewerbsfähig, oder führt diese Verpflichtung am Ende in ein finanzielles Desaster?

Kurzum, wir beschlossen die Probe aufs Exempel zu wagen und zusam-

men mit gleichgesinnten Apotheken Stück für Stück unsere Vorstellungen einer Apotheke im Sinne des VdPP umzusetzen.

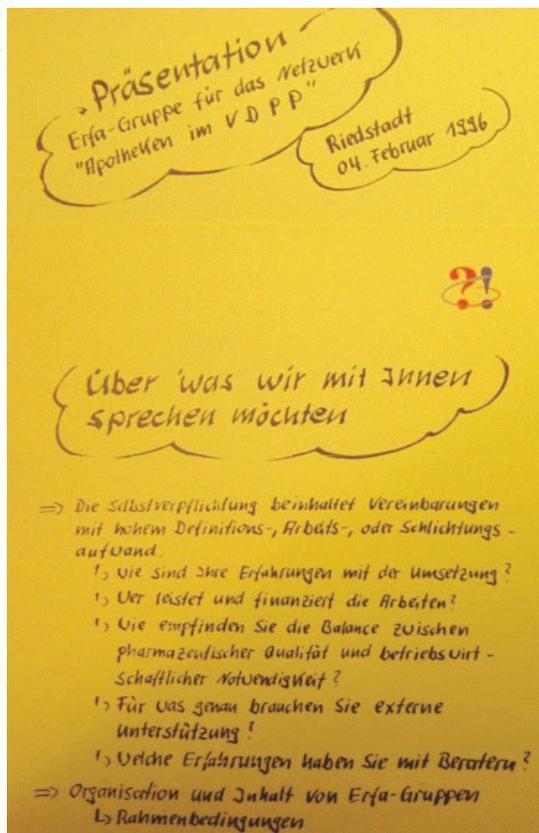
ERFAhungsaustausch war gefragt.

11 Apotheken hatten Interesse an

war Michael Höckel als Vertreter vom VdPP die ersten Male dabei und berichtete jeweils im Rundbrief über unsere Arbeit.

Nach einem ersten Vorgespräch im Februar 1996 trafen wir uns am 18./19. Mai 1996 in Riedstadt zu unserem ersten Arbeitstreffen. Wir erarbeiteten eine Satzung und diskutierten ausgiebig, wie die Selbstverpflichtung in unserer täglichen Arbeit umgesetzt werden könnte bzw. bereits umgesetzt wird. Es ergab sich eine große Themensammlung, die bei den nächsten Treffen zu bearbeiten war. Ab 1996 trafen wir uns nun regelmäßig einmal im Jahr für ein langes Wochenende in jeweils einer teilnehmenden Apotheke.

Eine kleine Auswahl der Themen, die uns an diesen Wochenenden beschäftigten: betriebswirtschaftliche Fragen, Betriebsvergleiche, gemeinsamer Einkauf, Großhandel, Mitarbeiterführung, Motivation, „Wie viel Chef In braucht ein/e MitarbeiterIn?“, „Sind Netzwerke möglich?“, „Sollten wir eine Zertifizierung anstreben?“ u. v. a.



Präsentation auf dem ERFA-Gründungstreffen

diesem „Freilandversuch“. Um eine unverbindliche Quasselrunde zu vermeiden, suchten wir für die erste Zeit eine professionelle Begleitung. Unsere Wahl fiel auf Rainer Menzel und Heinz Eickmeier, Organisationsberater und Moderatoren. Beide hatten bereits ERFAhungen mit Betrieben in sozialen Bereichen. Die Kosten dafür haben wir selber getragen. Zusätzlich

Bei jedem Treffen wurde außerdem die jeweilige Apotheke genauestens unter die Lupe genommen und nach den Kriterien der Selbstverpflichtungserklärung beurteilt. Wir gingen dabei nicht gerade zimperlich vor. Das war für uns alle sehr hilfreich. Beschwingt machten wir uns dann auf den Heimweg. Es lag zwar ein Berg von Arbeit vor uns, aber gleich-

zeitig war es ein gutes Gefühl zu wissen, dass es auch noch gleichgesinnte KollegInnen mit ähnlichen Problemen gibt.

In den folgenden Treffen ging es zunächst um betriebswirtschaftliche Themen, Großhandelsbeziehungen, Strukturen der einzelnen Apotheken und um Modelle der Zusammenarbeit der ERFA-Apotheken. Wir alle befürchteten Umsatzverluste, wenn wir streng nach unserer Selbstverpflichtung arbeiten würden. Wir dachten an einen gemeinsamen Einkauf bei Großhandel oder Firmen und an eine Kooperation von VdPP-Apotheken unter einem gemeinsamen Logo.

Wir diskutierten lange, ob wir uns gegenseitig finanziell unterstützen könnten. Die Jahresumsätze klappten sehr weit auseinander, naturgemäß die Gewinne ebenfalls. Die teilnehmenden Apotheken hatten sehr unterschiedliche Strukturen, verschiedene, oft wechselnde Großhandelspartner, verschiedene Apothekensoftware und vieles mehr. Es erschien uns unmöglich, hier einen Ausgleich zu schaffen. Letztlich war keiner von uns bereit sich auf ein derartiges Abenteuer einzulassen. Die Idee eines finanziellen Zusammenhalts war damit gestorben.

Für eine Kooperative waren wir zu wenige. Die Chance, noch mehr Interessierte zu finden, war gleich null. Es war uns aber wichtig zu beweisen, dass eine Apotheke, die der Selbstverpflichtung entsprechend geführt wird, nicht dem Untergang geweiht ist. Wir beschlossen deshalb weiterhin die betriebswirtschaftlichen Daten zu beobachten und zu vergleichen.

Der Kernbereich einer normalen Apotheke ist der Handverkaufstisch oder genauer gesagt: die Abgabe der Arzneimittel und die damit verbundene

Beratung. Am HV-Tisch entscheidet sich, ob eine Apotheke Erfolg hat oder scheitert. Wie vermitteln wir das unserem Team?

Wir beschlossen zunächst die Erarbeitung von **Beratungsbögen**. Jede Apotheke hatte für das nächste Treffen ein Thema zu erarbeiten. Im Lauf der Zeit kamen dadurch einige Ordner zusammen. Die Sammlung der Arbeitsbögen haben wir an den VdPP weitergereicht.

Papier ist geduldig, s. o. Was nützt mir ein perfekter Arbeitsbogen, wenn



Einige ERFA-Mitglieder bei einem Treffen der Gruppe zum Erfahrungsaustausch

ich nicht gelernt habe, meine Patientinnen auch zu erreichen. Wie steht es mit unserer Fähigkeit Kunden zu beraten? Und wie vermitteln wir unsere Vorstellung von einer gut geführten Apotheke unseren MitarbeiterInnen?

Qualitätsmanagement, Teamarbeit und MitarbeiterInnenschulung waren in den nächsten Jahren deshalb unsere Dauertemen.

Ab 2000 fühlten wir uns stark genug und fähig auch ohne Moderatoren vernünftig weiterarbeiten zu können. Es entstand ein **strukturierter Stammtisch**, der sich zweimal im Jahr traf. Betriebswirtschaftliche Vergleiche spielten weiterhin eine große Rolle, ebenso wie Mitarbeitergespräche, Kundenberatung u. ä. Weitere Themen waren neue Krebstherapien, Salutogenese, Disease Management

Programme, Me-too-Präparate, elektronisches Rezept, E-Commerce, Cave-Modul, Nahrungsergänzungsmittel und Honorar für Beratung.

Pharmazeutische Betreuung wurde immer wichtiger.

Das Thema Kommunikation war uns so wichtig, dass wir privat organisiert uns im Mai 2002 eine Woche **Kommunikationstraining** in entspannter Atmosphäre mit einer professionellen Betreuung leisteten. Die Betreuung unserer Kundinnen und Patientinnen hat anschließend noch mehr gemacht. Soweit irgend möglich, sollte

ein solches Training, Mitarbeiterinnen natürlich mit einbezogen, regelmäßig wiederholt werden, damit nicht der Alltag wieder alles zunichte macht. Leider war das wiederum eine Kostenfrage für uns alle.

Jedes Treffen bot Zeit und Raum um alle Neuerungen und Probleme offen zu besprechen. Angestauten Frust konnten wir so bewältigen, und mit neuen Ideen im Kopf war es viel leichter wieder in den Alltag unserer Apotheken zurückzukehren, mit dem festen Vorsatz nicht klein beizugeben sondern vielmehr unsere Selbstverpflichtung umzusetzen.

Die Treffen haben uns motiviert, weiterzumachen und mit viel Elan und Kreativität die Probleme anzupacken. Die Realität hat uns trotzdem zeitweise und immer wieder den Spaß an

unserer Arbeit verdorben mit Themen wie Ulla Schmidts Sparprogramm, Festbetragsregelung, Re-Importe, aut-idem, BEK Modell, Hausarztmodell, Heimbelieferung, negatives Image der Apotheken, Versandhandelsproblematik, Apothekenketten, DocMorris-Apotheken, Kooperationen, Filialapotheken, Datenschutz, Pseudocustomer, Retaxationen u. v. a.

Mit Genugtuung konnten wir aber bald feststellen, dass einige unserer Ideen inzwischen durchaus Eingang in die offizielle Standespolitik fanden.

Die meisten von uns begannen frühzeitig mit der **Zertifizierung** eines Qualitäts-Management-Systems. Dazu mussten wir jeweils ein individuelles Leitbild erstellen. Die Fleming-Apotheke entwickelte darüber hinaus ein **Leitbild für Apotheken im VdPP**.

Wettbewerb im Gesundheitswesen war politisch gewollt und führte zwangsläufig zu vielen Problemen. Gesundheit kann keine Ware sein.

Auch in unsere Gruppe entwickelten sich heftige Diskussionen zur Frage „Wettbewerb im Gesundheitswesen: Ja oder Nein“.

Jede der ursprünglich 11 Apotheken hat in den vergangenen 17 Jahren einen eigenen Weg gefunden, aber alle bezogen sich in ihrer täglichen Arbeit immer auf die Grundsätze im VdPP-Programm und auf unsere individuellen Leitbilder, die wir daraus entwickelt haben. Leider konnten wir keine neuen Apotheken dazugewinnen. Von den neun Apotheken im Jahr 2000 sind inzwischen fünf verkauft worden, so dass jetzt noch ein harter Kern von vier Apotheken übriggeblieben ist.

Zusammen mit den „Ruheständlern“ treffen wir uns weiterhin einmal im Jahr in einer der vier verbliebenen Apotheken, um die neuesten Entwicklungen, die brennendsten Probleme und die aktuelle Standespolitik zu besprechen und nach Lösungen zu suchen, die unserem Selbstverständ-

nis entsprechen. Es ist abzusehen, dass unsere Gruppe nur noch ein paar Jahre existieren wird.

Es wäre schön, wenn sich jüngere Kollegen und Kolleginnen finden würden, die sich mit Mut und Experimentierfreude um eine patientenorientierte und sozial verantwortliche Pharmazie bemühen wollen und diese Herausforderung annehmen

Die Zeit ist reif für eine neue junge ERFA-Gruppe.

Christl
Trischler



Die Folgen der TRIPS-Ratifizierung für den Zugang zu Arzneimitteln in Indien und anderen Entwicklungsländern

[Teil 1/2]

1. Einleitung

Zugang zu Arzneimitteln ist eine entscheidende Komponente in einem gut funktionierenden Gesundheitssystem. Es ist notwendig, dass sichere Arzneimittel von guter Qualität zugänglich, erhältlich und bezahlbar sind. Barrieren sind Probleme wie unzuverlässige Beschaffungssysteme, geringe Arzneimittel-Qualität, irrationale Verschreibungen, Abgabe und Gebrauch von Arzneimitteln, unbezahlbare Arzneimittel-Preise, unfaire

Gesundheitsfinanzierungsmechanismen und unzulängliche Forschung in vernachlässigte Krankheiten. Der Aspekt von Arzneimittel-Produktpatenten als Hindernis für den Zugang zu Arzneimitteln soll in dieser Arbeit untersucht werden.

Da die Fragestellung nach den Folgen der TRIPS-Ratifizierung für den Zugang zu Arzneimitteln in Indien und anderen Entwicklungsländern sehr übergreifend ist, werde ich zuerst einen Überblick über das indische

Gesundheitssystem geben. Dann gehe ich kurz auf den indischen Arzneimittelmarkt und dessen rechtlichen Rahmen ein. Nach der Erläuterung des TRIPS-Abkommens komme ich zur Doha-Erklärung, da durch sie die Public-Health-Aspekte von Arzneimittel-Patentschutz zum ersten Mal berücksichtigt wurden. Wie sich TRIPS-Abkommen und Doha-Erklärung auf die indische Patentgesetzgebung ausgewirkt hat, stelle ich im Anschluss an Beispielen indischer Rechtsprechung vor.

Die Frage nach weiteren Verhandlungen werde ich im Abschnitt 6 vorstellen. Am Ende meiner Arbeit fasse ich meine Erkenntnisse zusammen und zeichne Möglichkeiten für einen kostengünstigen Zugang zu Arzneimitteln in Indien auf. Die Gestaltung des Arzneimittel-Zugangs ist ein fortlaufender und mit dem TRIPS-Abkommen, der Doha-Erklärung und der eigenen indischen Gesetzgebung längst kein abgeschlossener Prozess. Wie die Akteure diesen Prozess weiter gestalten, ist ebenfalls Teil meiner Schlussbetrachtung.

2. Das indische Gesundheitssystem

Indien besitzt ein schlecht finanziertes Gesundheitssystem, welches nur einen begrenzten Gesundheitsdienst für die Bevölkerung bereithält und kaum reguliert ist. Gesundheit ist überwiegend eine private Angelegenheit.

Indien gibt ungefähr 4,8 Prozent des Bruttoinlandsproduktes (BIP) für Gesundheit aus. Der Anteil des öffentlichen Aufwandes ist mit einem Prozent dürftig und liegt damit weit unter den meisten anderen Entwicklungsländern. Reiche Länder geben 9 bis 10 Prozent des BIP für Gesundheit aus. In den meisten Industrieländern wird das Gesundheitssystem entweder steuerfinanziert oder beruht auf einer (gesetzlichen) Krankenversicherung - Indien hat keines von beiden. Nur 5 Prozent der indischen Bevölkerung haben eine Krankenversicherung. Rund 71 Prozent bezahlen ihre gesamten Gesundheitskosten aus eigener Tasche. Die genannten 71 Prozent verteilen sich nicht gleichmäßig über das gesamte Indien. In ökonomisch wenig entwickelten Staaten wie Bihar oder Uttar Pradesh müssen noch mehr Kosten selbst übernommen werden, während es in Staaten mit einem gut entwickelten Gesundheitssystem wie Kerala oder Tamil

Nadu weniger sind [Government of India, 2009a].

Gegenwärtig müssen InderInnen entweder auf medizinische Behandlungen verzichten oder sind gezwungen, einen Großteil ihrer für den gesamten Lebensunterhalt zur Verfügung stehenden Ressourcen für die Kosten der medizinischen Versorgung aufzuwenden. Nicht wenige Haushalte verschulden sich und verarmen aus diesen Grund. Schätzungsweise sind in den letzten Jahren ca. 39 Millionen InderInnen durch das Zahlen von Gesundheitskosten aus der eigenen Tasche unter die Armutsgrenze gerutscht [Selvaraj et al. 2009].

Der *National Sample Survey* (2004-05) geht davon aus, dass rund zwei Drittel der gesamten Gesundheitskosten, welche aus eigener Tasche bezahlt werden, für Arzneimittel ausgegeben werden. Sowohl die Bundes- als auch die Länder-Regierungen stellen nur ca. 10 Prozent ihrer Finanzierungen für die Beschaffung von Arzneimitteln bereit [Selvaraj 2005].

Öffentliche Gesundheitszentren und Krankenhäuser leiden zudem unter Arzneimittel-Mangel [Betz 2002]. Die durchschnittliche Verfügbarkeit von wichtigen Arzneimitteln im öffentlichen Sektor beträgt 30 Prozent in

Chennai und zum Vergleich 0 Prozent in West-Bengal [Cammeron et al 2008]. Öffentliche Einrichtungen sind im Vergleich zu privaten öfter von Nichtverfügbarkeit essentieller Arzneimitteln betroffen (17 Prozent vs. 3 Prozent der Tage) [[Lalvani et al 2003]. Bihar registrierte die Nichtverfügbarkeit von 42 Prozent der Arzneimittel über 105 Tage innerhalb von 6 Monaten im Vergleich zu 17 Prozent über 50 Tagen im gleichem Zeitraum in Tamil Nadu [Selvaraj et al 2010]. Aus diesen Gründen werden öffentliche Gesundheitseinrichtungen von ärmeren Bevölkerungsschichten gemieden, obwohl sie diese aus finanziellen Gründen am dringendsten nötig hätten [Betz 2002].

Private Gesundheitsdienste und deren Finanzierung sind mit ca. 80 Prozent der Gesamtausgaben im Gesundheitssystem unverhältnismäßig hoch [Betz 2002]. Hinterfragt werden muss ebenfalls die praktisch nicht stattfindende Überwachung des privaten Sektors. Vergeblich sucht man nach Transparenz hinsichtlich der Behandlungsmethoden und -kosten [Betz 2002]. Die übermäßige oft auf spezifische Originale ausgestellten Arzneimittelverschreibungen, lassen eine Beeinflussung der Ärzte durch die Pharmaindustrie befürchten [Betz 2002].



3. Der indische Arzneimittelmarkt
Angetrieben vom wachsenden Bedarf, hat sich die Produktion von Arzneimitteln über die Jahre drastisch erhöht: Indien rangiert global auf dem 3. Platz bezüglich des Produktionsvolumens und auf dem 14. Platz bezüglich des Produktionswertes. Dies entspricht etwa 10 Prozent des globalen Produktionsvolumens und 1,5 Prozent des globalen Produktionswertes. Interessanterweise rangiert die indische Pharmaindustrie auf Platz 4 der Generika-Produktion und auf Platz 17 des Exportes von Arzneistoffen und Dosis-Formulierungen. Die Gesamtgröße wurde 2008/2009 auf 89.000 Crore Rupien (18 Milliarden US-Dollar) geschätzt, wovon etwa 50.000 bis 55.000 Crore Rupien auf den heimischen Markt entfallen [Government of India 2009b].

Die Wachstumsrate der indischen Pharmaindustrie wird auf 12 Prozent geschätzt. Das Verkaufswachstum betrug zwischen 1994/1995 und 2008/2009 8 Prozent [Mahal, A. et al. (Editors) 2010].

Ungefähr zwei Drittel des indischen Arzneimittel-Exports gehen in Entwicklungsländer. Fast die Hälfte essentieller Arzneimittel, welche über UNICEF verteilt werden, kommen aus Indien und ungefähr 75 bis 80 Prozent aller über *International Dispensary Association* (IDA) verteilten Arzneimittel werden in Indien produziert. Ca. 80 Prozent der von Ärzten ohne Grenzen gekauften HIV-Arzneimittel, stammen aus Indien und werden auf über 30 Länder verteilt [Mahal, A. et al. (Editors) 2010].

Eine Erfolgsgeschichte ist der Einstieg der indischen Pharmaindustrie in die Produktion von HIV-Arzneimitteln 2001. Die Preise begannen für die Behandlung drastisch zu fallen. Vor 2001 kostete eine Behandlung mit first-line HIV-Arzneimitteln 10.439 US-

Dollar - danach nur noch 350 US-Dollar. Derzeit kostet die Therapie 99 US-Dollar pro Patient/Jahr und damit 140-fach weniger als vor 2001 [Mahal, A. et al. (Editors) 2010].

4. Die Preiskontrolle von Arzneimitteln in Indien

Paradox ist, dass Indien über eine eigene ausreichende Arzneimittelproduktion mit hohem Export verfügt, aber die Gesamtbevölkerung keinen Zugang zu Arzneimitteln in ausreichender Höhe, geeigneter Dosierung und bezahlbaren Preisen hat.

Die Arzneimittelpreise wurden ab den 1970er Jahren staatlich reguliert. 1979 kamen 347 Arzneistoffe unter Preiskontrolle. 1987 waren es noch 166. 1995 wurde die *Drug Price Control Order* (DPCO) auf 74 auf ein Minimum reduziert [Mahal, A. et al. (Editors) 2010]. Heute sind nur noch ein Zehntel der Arzneimittel auf dem Markt unter Preiskontrolle der *National Pharmaceutical Pricing Authority* (NPPA), während es in den späten 1970er Jahren nahezu 90 Prozent waren. Folglich verteuerten sich die Arzneimittel exorbitant während 1993/1994 und 2003/2004 im Vergleich zur allgemeinen Preisentwicklung [Mahal, A. et al. (Editors) 2010].

5. Das Patentgesetz von 1970 und das TRIPS-Abkommen

Das indische Patentgesetz von 1970 hat eine starke eigene Arzneimittelproduktion mit niedrigen Preisen hervorgebracht. Durch das Gesetz waren Arzneimittel auch für andere Entwicklungsländer kostengünstig. Das Kernstück des Gesetzes erlaubte für Arzneimittel nur Prozess-Patente, limitierte diese auf 5 bis 7

Jahre und kannte keine Produktpatente. Dass die Arzneimittelpreise im Vergleich zu den 1950er und 1960er Jahren stark gefallen waren, ist Verdienst des Prozess-Patent-Regimes von 1970. 1991 versorgte die einheimische Pharmaindustrie ihr Land mit 70 Prozent der Arz-



neistoffe
und 80

Prozent der Arzneimittel [Löfgren, H. et al 2006].

Trade Related Intellectual Property Rights (TRIPS) nahm seinen Ausgangspunkt in den 1980er Jahren im US-Pharmakonzern Pfizer. Mit der von Pfizer initiierten Gründung des Intellectual Property Committee (IPC) wurde die Durchsetzung von geistigen Eigentumsrechten von der US-Handelspolitik priorisiert. Das TRIPS-Abkommen wurde 1995 von der WTO abgeschlossen und muss von allen WTO-Mitgliedsstaa-

ten ratifiziert werden. Nichtratifizierungen werden mit Handelssanktionen geahndet.

Indien und andere Entwicklungsländer wurden verpflichtet ihr



nationales
Patentrecht
an
die
in



TRIPS weltweit vereinheitlichten geistigen Eigentumsrechte innerhalb von 10 Jahren anzupassen. Die Einführung in Indien erfolgte 2005 und veränderte die Patentrecht-Gesetzgebung grundlegend: das

Prozess-Patent-recht von 1970 musste durch das Produkt-Patentrecht aufgegeben werden [Löfgren, H. et al 2006]. 2001 wurde auf Druck der internationalen Öffentlichkeit und der Besorgnis von Entwicklungs- und Schwellenländern die Doha-Erklärung verabschiedet. Um die öffentliche Gesundheit eines Staates sicherzustellen, lässt die Doha-Erklärung sogenannte TRIPS-Flexibilitäten, wie Zwangslizenzen auf patentierte Arzneimittel zu. Zwangslizenzen können Regierungen ohne Zustimmung des Patentinhabers auferlegen. Sie haben damit die Möglichkeit, ein unter Patent stehendes Arzneimittel legal generisch produzieren oder importieren zu lassen, vielfach für einen Preis weit unter dem des Patentinhabers [Park, C. et al 2009].

Der indische Gesetzgeber hat die Möglichkeit der Zwangslizenz-Vergabe in das neue Patentgesetz von 2005 verankert. Abschnitt 3 des Gesetzes listet z. B. auf, wann insbesondere im pharmazeutischen Bereich Patente auf Erfindungen ausgeschlossen sind. Darunter fallen z. B. natürliche Substanzen, neue Indikation bekannter Substanzen und neue pharmazeutische Formulierungen bekannter Substanzen, es sei denn, ihre Wirksamkeit ist immens erhöht. Abschnitt 3 entschärft TRIPS in der Weise, indem abgeleitete Patente auf bekannte Arzneistoffe nicht anerkannt werden

Literaturquellen

Betz, J. (2002): Das indische Gesundheitswesen: Struktur, Defizite und die Rolle externer Akteure, Nord-Süd aktuell, 3. Quartal: 462-468

Cammeron, A., Ewen, M., Ross-Degnan, D., Ball, D., Laing, R. (2008): Medicine prices, availability, affordability in 36 middle-income countries: a secondary analysis, Lancet; 373 (9659): 240-249

Government of India (2009b): Annual Report New Delhi: Ministry of Chemicals and Fertilisers, Department of Pharmaceuticals

Lalvani, P., Bapna, J., Burn, R., Eichler, R., Green, T., Walkowiak, H. (2003): Access to Essential Medicines: Rajasthan, India 2001. Prepared for the Strategies for Enhancing Access to Medicines Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health

Löfgren, H., Malhotra, P. (2006): Der Aufstieg der indischen Pharmaindustrie: Transformation der globalen Wettbewerbslandschaft? Peripherie Nr. 103, 26. Jg., Verlag Westfälisches Dampfboot, Münster: 315-337 (Übersetzung: Hoering, U.)

Mahal, A., Debroy, B., Bhandari, L. (Editors) (2010): India Health Report 2010, BS books, New Delhi

Park, C., Jayadev, A. (2009): Access to Medicine in India: A Review of Recent Concerns, available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1436732> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1436732>, Zugriff am 01.01.2013

Selvaraj, S. (2005): Access to Essential Drugs and Medicines in Financing and Delivery of Health Care Services in India, Financing and Delivery of Health Care Services in India, NCMH Background Papers, 191-218, New Delhi, Ministry of Health and Family Welfare

Selvaraj, S., Karan, A. K. (2009): Deepening Health Insecurity in India: Evidence from National Sample Surveys since 1980s, Economic and Political Weekly, XLIV (40), 3 October

Selvaraj, S., Chokshi, M., Hasan, H., Kumar, P. (2010): Improving Governance and Accountability in India's Medicine Supply System. Draft Report subm. to Results for Development Institute, New Delhi: Public Health Foundation of India

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: geschaefsstelle@vdpp.de, URL: <http://www.vdpp.de>, Bankverbindung: Postbank Berlin, BLZ 100 100 10, Konto 200 47 - 105

Redaktion: Jürgen Große (verantwortlich), Anne Paschke;
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.

und damit das sogenannte ‚evergreening‘ stark eingeschränkt wird. ‚Evergreening‘ ist ein von der Pharma-Industrie häufig angewendetes Verfahren, um Arzneimittel länger unter Monopol zu halten. [Park, C. et al 2009].

Das neue Patentgesetz ermöglicht BürgerInnen, Firmen oder juristischen Personen grundsätzlich Einsprüche gegen Patente vor und nach deren Gewährung. Damit wurde für die Zivilgesellschaft die Möglichkeit geschaffen, sich am Patentverfahren zu beteiligen. Die-

ser Passus ist von großer Bedeutung für die öffentliche Gesundheit und den Zugang zu Arzneimitteln. In der Tat hat der oberste Gerichtshof Indiens seit 2005 schon einige Patentrechts-Entscheidungen im Sinne der öffentlichen Gesundheit

entschieden. Gleichzeitig zeigen die folgenden Fälle auf, dass Gerichtsverfahren nur begrenzte Möglichkeiten für das Ziel, Zugang zu Arzneimitteln für alle, haben [Park, C. et al 2009].

*Im nächsten
VdPP-Rundbrief Nr. 86:*

Teil 2/2

6. Fallbeispiele
7. Die Auswirkungen des TRIPS-Abkommens in Indien
8. Zusammenfassung und Ausblick

Jana
Böhme



KONTAKT

VdPP
c/o Neptun-Apotheke - Bramfelder Chaussee 291 -
D-22177 Hamburg

Tel. 040 63917720 - Fax 040 63917724

E-Mail geschaeftsstelle@vdpp.de

Mehr Informationen, Artikel und aktuelle Termine
finden Sie unter:

www.vdpp.de

Der **Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten** wurde 1989 mit dem Ziel einer patientenorientierte Arzneimittel- und Standespolitik gegründet. Die übergeordneten Vereinsziele des VdPP sind:

- Patientenorientierte Arzneimittelberatung und Versorgung
- Demokratisierung des Gesundheitswesens und der Standesorganisationen
- eine Zusammenarbeit aller Akteure im Gesundheitswesen
- Stärkung des Verbraucherschutzes und der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen
- Zugang aller Menschen weltweit zu einer ausreichenden Arzneimittelversorgung
- Begrenzung der Marktmacht der pharmazeutischen Industrie

Durch Seminare und Stellungnahmen zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen sowie enge Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen bringt sich der VdPP in die gesundheitspolitische Diskussion ein.

VORSTAND

Jana Böhme
boehme_jana@yahoo.de

Monika Gerth
Monika.Gerth@t-online.de

Thomas Hammer
hr.hammer@web.de

Dorothea Hofferberth
dorothea.hofferberth@web.de

Bernd Rehberg
bernd@bernd-rehberg.de

Florian Schulze
Florian.schulze@web.de

NÄCHSTER RUNDBRIEF

Der nächste
VdPP-Rundbrief
erscheint im
Juni 2013



Redaktionsschluss ist am
15. Mai 2013.