

# VDPP • RUNDBRIEF

14. Jahrgang

9 / 2002

## 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  
**56** INHALT

**Rückblick Mitglieder-  
versammlung 2002**

**MentorinnenNetzwerk für  
Frauen in Naturwissenschaft  
und Technik**

**Globalisierung und  
Gesundheit**

## EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

vor euch liegt der neue Rundbrief. Er ist diesmal sehr dokumentationslastig, aber die hier abgedruckten Papiere erscheinen uns allesamt sehr lesenswert. Um Missverständnissen vorzubeugen, weisen wir noch einmal darauf hin, dass keinesfalls alle Beiträge die Meinung des VDPP wiedergeben.

Zur Auflockerung der Bleiwüste haben wir den Rundbrief ein wenig mit Bildern von der Mitgliederversammlung angereichert und hoffen, dass die Wiedergabequalität diesmal besser ist als in der letzten Ausgabe.

Aus technischen Gründen (Tabellen einscannen ist ein Strafe!) erscheinen Finanzbericht und Bilanz 2001 sowie der Finanzplan 2002 im nächsten Rundbrief.

Ansonsten bitten wir euch alle, euch durch Beiträge am Rundbrief zu beteiligen, auch über weitere RedakteurInnen würden wir uns sehr freuen.

Viel Spaß beim Lesen,

Eure Redaktion

*Redaktionsschluss für den VDPP-Rundbrief Nr. 57:  
30. November 2002*

## IMPRESSUM

*Herausgeber:* Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e. V., Fleming-Apotheke, Grindelallee 182, D-20144 Hamburg, Telefon / Fax: (0 40) 45 87 68, E-Mail: [geschaeftsstelle@vdpp.de](mailto: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, D-22523 Hamburg, Telefon: (0 40) 5 70 45 75 und (01 72) 4 01 95 41, Fax: (0 40) 5 70 45 75, E-Mail: [redaktion@vdpp.de](mailto:redaktion@vdpp.de)

Für Beiträge, die mit vollem Namen gekennzeichnet sind, übernimmt 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

<b>Grußwort des Vorstands</b> Jürgen Große	3	<b>Aufenthaltsstatus</b> Jessica Groß	26
<b>Pharmazeutinnen als Mentorinnen gesucht</b> Svetlana Gippert	4	<b>Krank auf der Flucht?</b> <b>Ursachen der Illegalität</b>	28
<b>Rechenschaftsbericht zur MV 2002</b> Thomas Schulz	5	<b>Menschen ohne Aufenthaltsdokumente: Gesundheitliche Risiken</b>	
<b>Protokoll der MV 2002</b> Christa Augustin	6	<b>Rechtsprobleme bei der Behandlung "Illegaler"</b> Britta Nitsche	29
<b>VORSTANDSPROTOKOLLE</b>			
<b>Vorstand 22. 5. 2002</b> Bernd Rehberg	8	<b>Hormonskandal bei Frauen ohne Folgen</b>	31
<b>Vorstand 3. 7. 2002</b> Thomas Hammer	9	<b>Gesundheitspolitik: Solidarität statt Privatisierung und Marktorientierung</b>	32
<b>Vorstand 21. 8. 2002</b> Jürgen Große	10	<b>Keine Lockerung des Werbeverbots für Medikamente!</b>	34
<b>Kuba-Reise des VDPP</b>	11	<b>Heidelberger Erklärung</b>	35
<b>Termine</b>	12	<b>Sozialstaatliche Verantwortung statt Privatisierung</b>	36
<b>Herbstseminar "Globalisierung im Gesundheitswesen"</b>	13	<b>Wahlkampf auf dem Rücken der Patienten</b>	42
<b>Globalisierung und Gesundheit – Wenn aus Patienten Kunden werden</b> Andreas Wulf	14	<b>Selbstbewusste Patienten als Leitbild einer zukunftsweisenden Gesundheitsreform</b>	42
<b>ISDB zu Fortschritten in der medikamentösen Therapie</b>	19	<b>Programme für chronisch Kranke – Grundsätzlich Chance für eine bessere Versorgung</b>	43
<b>"Illegal" - Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen</b>			

# Grußwort des Vorstands



## **Liebe Leserin, lieber Leser!**

Seit der gut besuchten Mitgliederversammlung in Hannover, von der gesagt werden kann, dass wer nicht da war, etwas versäumt hat, sind wieder ein paar Monate ins Land gegangen. Wir haben Wahlen erlebt, die zu keiner Richtungsänderung in der Gesundheitspolitik führen werden, falls hier überhaupt von "Richtung" gesprochen werden kann, und die zu einem Verschwinden der linken Opposition im Bundestag geführt haben, was ich persönlich sehr bedaure. Wer in dieser Legislaturperiode an der Spitze des Gesundheitsministeriums stehen wird, steht noch nicht fest, ebenso wenig wie die genaue Zusammensetzung des Gesundheitsausschusses, von der wir nur wissen, dass sich dort die Zahl der Parteien vermindert hat, die wir als Ansprechpartner ansehen können.

Dass es aber zu Veränderungen kommen wird, die das Gesundheitswesen im Allgemeinen und die Arzneimittelversorgung im Besonderen betreffen, ist so gut wie sicher. Ob dies Veränderungen im Interesse einer verantwortungsvollen Arzneimittelversorgung sein werden, ist offen, darf aber bezweifelt werden. Deshalb ist es wichtig, dass auch wir uns in die Diskussionen einmischen, dabei dürfen wir nicht erst warten, bis

man uns fragt, sondern müssen auch von uns aus Vorschläge in die Öffentlichkeit und in den politischen Entscheidungsprozess bringen. Da unsere Kräfte leider sehr begrenzt sind, ist es außerordentlich wichtig, dass es uns gelingt, unsere schmale Basis ein wenig zu verbreitern.

Dies macht eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit notwendig, und die gibt es nicht für umsonst. Die Mitgliederversammlung in Hannover hat mehrheitlich beschlossen, den seit 1989 geltenden Mindestbeitrag für normal verdienende Mitglieder von 10,- DM (entsprechend 5,11 Euro) auf 5,- Euro monatlich zu senken.

Die Motive für diesen Beschluss waren edel, man wollte die allgemein zu beobachtende Preistreiberei nicht nachahmen, gleichwohl kann er mittelfristig die Bemühungen erschweren, unsere Arbeit im nötigen Ausmaße auszuweiten. Dies insbesondere, wenn wir bedenken, dass die gleiche Mitgliederversammlung einen Haushalt beschlossen hat, der eine massive Unterdeckung aufweist.

Der Verein verfügt noch über Vermögen, wir müssen nicht gleich morgen zum Konkursrichter gehen, aber über Jahre geht es so natürlich nicht weiter. Wenn der Rundbrief weiter - vielleicht auch wieder häufiger - erscheinen soll, wenn wir zu Anhörungen fahren, wenn interessante Seminare durchgeführt werden, und wenn die Geschäftsstelle zumindest stundenweise erreichbar sein soll, dann kostet das viel Geld. Wenn wir darüber hinaus irgendwann einmal wieder über eine hauptamtliche GeschäftsführerIn oder eine ReferentIn für Öffentlichkeitsarbeit auch nur nachdenken wollen, dann kostet dies noch mehr Geld.

Der Vorstand arbeitet ohne Vergütung, die zahlungskräftigeren Mitglieder tragen auch ihre Reisekosten etc. selbst, aber da wir alle noch einen Hauptberuf haben, sind unsere Möglichkeiten natürlich äußerst begrenzt. Professionelle Ergebnisse sind bei dieser Arbeitsweise leider nicht

immer zu erwarten. Früher waren unsere Versuche, wieder eine ReferentIn für Öffentlichkeitsarbeit einzustellen an fehlenden KandidatInnen gescheitert, heute würde und schlicht das Geld fehlen.

Ich bitte euch daher alle, zu überprüfen, ob es nicht möglich ist, den gezahlten Beitrag ein wenig nach oben aufzurunden. Es ist nicht zu verkennen, dass diese oder jene gesundheitspolitische Entscheidung die wirtschaftliche Situation bei einigen KollegInnen nicht gerade erleichtert hat, aber für viele von uns sieht es glücklicherweise noch anders aus.

Ungefähr die Hälfte der Mitglieder zahlt nur den Mindestbeitrag, einige wenige, die zur Zeit ihres Beitritts arbeitslos, StudentInnen o. ä. waren, zahlen auch noch den halbierten Mindestbeitrag. Nun hat sich die wirtschaftliche Situation vieler dieser Mitglieder seitdem durchaus zufriedenstellend entwickelt, daher die Bitte, eine angemessene Beitragsanpassung wohlwollend in Erwägung zu ziehen.

In diesem Zusammenhang wäre auch bei den KollegInnen, die ihren Beitrag bislang noch monatlich überweisen, eine Überprüfung angebracht, ob sie dieses Zahlungsverfahren nicht vielleicht auf den jährlichen Bankeinzug umstellen wollen. Ihr würdet damit Gudrun Meiburg in der Geschäftsstelle das Leben sehr erleichtern.

Nun Schluss mit der Schwarzmalerei: Der Verein lebt, einige Regionalgruppen und der Vorstand treffen sich regelmäßig, ein neuer Rundbrief ist erschienen, das Herbstseminar in Hamburg wird geplant, im nächsten Jahr treffen wir uns zur Mitgliederversammlung in Bremen und wollen außerdem noch nach Kuba fahren, und die Sonne scheint.

Bis dann

Jürgen Große  
(für den Vorstand des VDPP)

# Pharmazeutinnen als Mentorinnen gesucht!!!!

von Svetlana Gippert



## MentorinnenNetzwerk für Frauen in Naturwissenschaft und Technik

Sind Sie interessiert weibliche Kompetenzen zu stärken und den Frauenanteil in attraktiven beruflichen Positionen in Wissenschaft und Wirtschaft zu erhöhen? Wollen Sie Ihre eigenen beruflichen Erfahrungen und ihr Wissen an eine Studentin oder Berufseinsteigerin weitergeben? Dann engagieren Sie sich als Mentorin beim „MentorinnenNetzwerk für Frauen in Naturwissenschaft und Technik“!

Das MentorinnenNetzwerk richtet sich an Studentinnen und Absolventinnen der naturwissenschaftlich-technischen Fächer. Es ist eine zentrale Einrichtung aller Hessischen Universitäten und Fachhochschulen und wird vom Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst finanziert. Sitz des Koordinierungsbüros ist die Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main.

Das MentorinnenNetzwerk gibt Studentinnen und Absolventinnen (Mentees) die Möglichkeit von berufserfahrenen Frauen (Mentorinnen) aus der Wissenschaft oder Wirtschaft persönlich unterstützt und beraten zu werden. Dadurch bekommen die Mentees schon während des Studiums Einblicke ins Berufsleben, können sich gezielter auf die Anforderung vorbereiten, Kontakte knüpfen und Karrierechancen besser wahrnehmen.

Die Ziele des MentorinnenNetzwerks sind:

- den Anteil von Frauen in naturwissenschaftlich-technischen Berufsfeldern zu erhöhen
- die Aufstiegschancen für Frauen in attraktive Positionen in Wirtschaft und Wissenschaft zu verbessern

- Studentinnen praxisnah und in persönlicher Begleitung auf die Anforderungen im Berufsleben vorzubereiten
- Absolventinnen bei der Planung und effizienten Gestaltung des Berufseinstiegs zu unterstützen
- Oberstufen-Schülerinnen für naturwissenschaftliche und technische Studiengänge zu interessieren
- ein berufliches Netzwerk für Frauen in Naturwissenschaft und Technik aufzubauen

220 Mentees und 180 Mentorinnen aus Hochschulen, Unternehmen und Forschungseinrichtungen partizipieren bereits am MentorinnenNetzwerk. Das MentorinnenNetzwerk ist somit ein wichtiges Bindeglied zwischen Hochschule, Wirtschaft und außeruniversitären Forschungseinrichtungen. Es erleichtert qualifizierten weiblichen Nachwuchskräften den Zugang zu Unternehmen und unterstützt ihre berufliche Integration.

Doch nicht nur die Mentees profitieren von der Mentoring-Kooperation. Auch der Einsatz als Mentorin lohnt sich. Die Vorteile für Mentorinnen sind:

- Kontakte zu anderen Mentorinnen knüpfen (Networking),
- den eigenen Werdegang reflektieren und Erfahrungen weiterzugeben,
- neue Impulse für die eigene Arbeit gewinnen,
- Führungs- und Beratungskompetenzen weiterentwickeln,
- qualifizierte Nachwuchsmitarbeiterinnen für ihr Unternehmen bzw. Ihre Institution gewinnen
- die Verbindung zu jüngerer Generation halten,
- Persönliche Wertschätzung.

Da sich viele Pharmazie-Studentinnen für das nächste Mentoring-Programm beworben haben, suchen wir zurzeit dringend **Pharmazeutinnen**, vorzugsweise auf Forschung und Wirtschaft, die sich als Mentorinnen engagieren wollen. Der Zeitaufwand für eine Mentoring-Partnerschaft kann von den Teilnehmerinnen individuell festgelegt werden, durchschnittlich beträgt er ca. 6 Stunden im Vierteljahr (persönliche, telefonische und E-Mail-Kontakte). Die Dauer eines Mentoring-Zyklus beträgt ein Jahr. Ein begleitendes Weiterbildungsangebot „Professionelles Mentoring – gezielt führen, motivieren und begleiten“ bietet die Möglichkeit eigene Kompetenzen in den Bereichen Mitarbeiterführung, Zeit- und Projektmanagement sowie Gesprächsführung zu vertiefen und neue Ideen zu entwickeln. Die Mentorinnentätigkeit wird nach Beendigung des Programms zertifiziert und kann damit als Zusatzqualifikation anerkannt werden.

Haben Sie Interesse sich als Mentorin zu engagieren? Kennen Sie andere Pharmazeutinnen, Naturwissenschaftlerinnen oder Ingenieurinnen, die Sie auf das MentorinnenNetzwerk aufmerksam machen könnten? Wir freuen uns, wenn Sie mit uns Kontakt aufnehmen. Weitere Informationen bekommen Sie beim Hessischen Koordinierungsbüro oder auf unserer Homepage: [www.MentorinnenNetzwerk.de](http://www.MentorinnenNetzwerk.de)

### Kontaktadresse:

Svetlana Gippert, Linda Steger  
MentorinnenNetzwerk für Frauen in  
Naturwissenschaft und Technik  
Hessisches Koordinierungsbüro  
J. W. Goethe-Universität  
Kreuzerhohl 50  
60439 Frankfurt am Main  
Tel. (069) 798 297 31  
Fax (069) 798 297 25

E-Mail:  
[Info@MentorinnenNetzwerk.de](mailto:Info@MentorinnenNetzwerk.de)  
[www.MentorinnenNetzwerk.de](http://www.MentorinnenNetzwerk.de)

# Rechenschaftsbericht zur Mitgliederversammlung 2002

von Thomas Schulz

Der Berichtszeitraum umfasst ein ganz normales Jahr (Juni 2001 bis Juni 2002). Der Vorstand traf sich siebenmal in Hamburg. Die Protokolle erschienen im aktuellen Rundbrief (Nr. 55). Der Rundbrief erschien zweimal seit der letzten MV.

17.6.2001  
15.8.2001  
9.9.2001  
10.10.2001  
5.12.2001  
26.1-27.1.2002  
3.4.2002  
15.5.2002

Münster  
Hamburg  
Hamburg  
Hamburg  
Hamburg  
Hamburg  
Hamburg  
Hamburg

Vorstandsmitglied hängt, ist das Erscheinen leider ein Spiegelbild der beruflichen Belastung. Es sollte in Zukunft dennoch in einer gewissen Regelmäßigkeit erscheinen. In der Öffentlichkeitsarbeit bestehen derzeit deutliche Defizite. Es fehlt an einer Person, die hier die Pflege der VDPP-Homepage betreibt und ggf. auch inhaltliche Impulse gibt.

An Stelle eines Herbstseminars wurde zum Besuch des Symposiums der BUKO-Pharmakampagne aus Anlass des 20-jährigen Bestehens aufgerufen. Ein Frauenseminar wurde im Jahr 2002 nicht durchgeführt.

Im November wurde dann das 20-jährige Bestehen der BUKO-Pharmakampagne im Rahmen eines Symposiums "Kein Leben ohne Pillen?" gefeiert. Bereits auf der MV in Münster wurde zum Besuch dieser Veranstaltung aufgerufen, da die Thematik als herbstseminarartig befunden wurde. Viele VDPP-Mitglieder hatten und haben die Arbeit der BUKO-Pharmakampagne aktiv oder durch Spenden unterstützt. So trafen sich viele Mitglieder in Bielefeld, auch einige der lange nicht gesehenen ... Ein ausführlicher Bericht hierzu war im RB 55 zu lesen.



Die E-Mail-Information VDPP-aktuell erschien seit der letzten MV insgesamt fünfmal.

Es wurden Stellungnahmen zur Dienstrechtsreform, zur Abschaffung der Liste verordnungsfähiger Arzneimittel und zur Änderung des Apothekengesetzes abgegeben. Zusammen mit anderen Organisationen wie der BUKO-Pharmakampagne wurde die Stellungnahme zur Arzneimittelwerbung veröffentlicht. Die Mitgliederzahl ist konstant: Wir konnten drei neue Mitglieder begrüßen, dafür traten leider drei Mitglieder aus.

Ein Frauenseminar wurde vom rein männlichen Vorstand kurz angedacht, dann aber in Ermangelung von Organisatorinnen nicht weiter verfolgt.

Der Rundbrief erscheint regelmäßig. Inzwischen sind Rundbriefredaktion, Layout, Druck und Versand wieder ausschließlich in Hamburg angesiedelt. Leider ist es der Redaktion, die ja nun auch noch Vorstandsarbeit leistet nur möglich gewesen, zwei Ausgaben fertig zustellen. Wir weichen damit immer noch von unserer Zielvorgabe eines quartalsmäßigen Erscheinens ab, aber es lässt sich unter den derzeitigen Umständen leider nicht ändern.

Die Vorstandsarbeit des letzten Jahres erfolgte mit etwas gebremstem Schäum, da die berufliche und private Situation nur sehr begrenzten Arbeitseinsatz für die einzelnen Vorstandsmitglieder ermöglichte. Positiv machen sich die modernen Kommunikationsstrukturen bemerkbar. Es darf euphorisch vermerkt werden, dass nun auch Udo Ament, der die Kasse zuverlässig verwaltet, im Netz ist. Immerhin war das ein Projekt, das über drei Jahre heranreifte ...

Der E-Mail-Verteiler wurde nach und nach ausgebaut. So konnten die Mitglieder dann auch mit einigen Informationen über den VDPP-aktuell informiert werden. Da diese Kommunikationsform nur an einem

Es wurden drei Stellungnahmen verfasst, wobei die Stellungnahme zur Dienstrechtsreform im Hochschulbereich auf Initiative eines an der Hochschule tätigen und betroffenen Vorstandsmitgliedes erfolgte. Hieraus ergab sich Antworten des zuständigen Bundesministerium und Zusendungen weiterer Informationen von einigen Fraktionen. Die weiteren Stellungnahmen wurden von Jürgen Grosse und Katja Lorenz erarbeitet. Der Vorstand möchte an dieser Stelle Katja für die Unterstützung in dieser Materie danken. Die Lipobay-Affäre und der Arzneimittelpass wurden intensiv diskutiert aber wir erreichten keine veröffentlichungsfähige Form. Alle Stellungnahmen erschienen im Rundbrief und teilweise auf der Homepage.

Die Verbindungen zu anderen Organisationen wurden gehalten. Am besten klappte die Zusammenarbeit mit der BUKO-Pharmakampagne. Hier konnte auf dem Symposium die Grundlage für eine gemeinsame Stellungnahme zur Arzneimittelwerbung gelegt werden, die dann elektronisch fortentwickelt wurde. Ebenfalls ein Ergebnis des BUKO-Symposiums war die Intensivierung des Kontaktes zur Bundespolitik, zudem auch ein Mitglied des Vorstandes nach Berlin fuhr. Im Gegensatz zu früheren Berichten muss dieser Rechenschaftsbericht eher kurz und gedrängt ausfallen, da der derzeitige Vorstand nur sehr begrenzte Ressourcen zur Verfügung stehen hat.

Im Einzelnen fanden Vorstandssitzungen statt am:

Thomas Schulz für den Vorstand

# Protokoll der VDPP-Mitgliederversammlung vom 15. und 16. Juni 2002 in Hannover

von Christa Augustin

## TOP 1: Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn

Gudrun Hahn wird bei einer Enthaltung einstimmig zur Versammlungsleiterin, Christa Augustin einstimmig zur Protokollführerin gewählt.

## TOP 2: Genehmigung der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird in der vorliegenden Form genehmigt. Die Versammlungsleiterin stellt fest, dass die Einladungen frist- und formgerecht den Mitgliedern zugesandt worden sind.

## TOP 3: Genehmigung des Protokolls der letzten MV

Das Protokoll der Mitgliederversammlung 2001 wird bei einer Enthaltung einstimmig genehmigt.

## TOP 4: Bestätigung von neuen Mitgliedern

Seit der letzten MV sind drei neue Mitglieder in den VDPP eingetreten (zwei davon über die Homepage) und drei Mitglieder ausgetreten. Die neuen Mitglieder werden bestätigt.

## TOP 5: Rechenschaftsbericht des Vorstands und Diskussion

(siehe Anlage)

## TOP 6: Kassenbericht:

(siehe Anlage)

## TOP 7: Bericht der Rechnungsprüferinnen

Es gab keine Beanstandungen an der Kassenführung. Die Rechnungsprüferinnen schlagen die Entlastung des Vorstands vor.

## TOP 8: Entlastung des Vorstands

Der Vorstand wird einstimmig bei fünf Enthaltungen entlastet.

## TOP 9: Öffentlichkeitsarbeit/ Homepage/Rundbrief

Homepage: Das Problem ist die Aktualisierung und Pflege (Terminaktualisierungen, Rundbrief). Christiane Hefendehl bietet wiederum an, sich darum zu kümmern, wenn sie die entsprechenden Informationen vom Vorstand erhält. Bislang gehen die Informationen hauptsächlich von Jürgen zu Susanne Jäger (Web-Master der Homepage). Die Frage nach der Anzahl der Besucher auf der Web-Site konnte nicht beantwortet, soll aber herausgefunden werden.

Ferner erhält der Vorstand den Auftrag, herauszufinden, ob das seit dem 1. 1. 2002 geltende neue Teledienste-Gesetz auch Anwendung auf gemeinnützige Vereine findet oder auf gewerbliche Betriebe wie z.B. Apotheken begrenzt ist. Apothekeninhaber müssen inzwischen diverse Angaben wie Betriebsform, Handelsregister-Nummer, Ort der Erteilung der Approbation etc. angeben.

Es wird der Vorschlag gemacht, in den Fachbereichen Pharmazie (möglichst an einem schwarzen Brett der Fachschaft) ein VDPP-Plakat aufzuhängen, auf dem auch die Internet-Adresse steht, um Kontaktmöglichkeiten zu bieten. Eine gute Vorlage existiert bei Ricky Weber in Kassel. Michael Höckel soll diesen aufordern, die Druckvorlage des Plakates sowie Rundbrief-Druckvorlagen und Bilder zurückzusenden. Der Vorstand soll Vereinsmitglieder, die in Uni-Städten leben, ansprechen und sie bitten, Kontakt zu den Fachschaften aufzunehmen und das Plakat dort aufzuhängen.

Kontakte zu anderen Gruppen, um gemeinsame Aktionen oder Aufrufe zu starten, sollten verstärkt gesucht werden. Katja Lorenz will sich an Attac wenden. Diese haben in Berlin (wohl auch in Hamburg) eine Ge-



sundheitsgruppe gegründet.

Isabella, die seit der durch Ellis Huber im Jahre 2000 initiierten Gründung eines Gesundheitsparlamentes, dort als VDPP-Kontaktperson fungierte, möchte dieses nicht mehr und wird dort die Geschäftsstelle als Kontaktadresse angeben, um Informationen direkt an den Vorstand kommen zu lassen.

## TOP 10: Künftige Arbeitsschwerpunkte

Der Vorstand macht drei Themen-Vorschläge für das Herbstseminar:

1. Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl im September
2. Globalisierung in der Gesundheitspolitik (Gemeinsames Seminar mit Attac, Medico)
3. Kommerzialisierung der Apotheken in der EU (Fremd- und Mehrbesitz, Kettenbindung, Preisspannenverordnung, System in den USA)

Als 4. Thema wird "Werbung für rezeptpflichtige Arzneimittel" (Geplante Einführung einer EU-Richtlinie, evtl. gemeinsames Seminar mit VDÄÄ) vorgeschlagen.

Nach ausführlicher Diskussion und Abstimmung über die Themen wird beschlossen, dass das Herbstseminar am 23. November 2002 im Curio-Haus in Hamburg stattfinden soll, und dass der Vorstand die Entscheidung zwischen den Themen Globalisierung und Werbung treffen soll.

Zum Apothekertag (10. - 12. 10. 2002 in Berlin, gleichzeitig Feiern anlässlich des 100. Geburtstages des Pharmazeutischen Instituts) ist aus VDPP-Kreisen kein Delegierter bekannt. Es wird angemerkt, dass dort eine gute Möglichkeit besteht, die Positionen der neuen Regierung kennen zu lernen.

Die Erfa-Gruppe (ursprünglich gegründet als Planungsgruppe für die Schaffung von sozialen Apotheken) existiert noch und trifft sich zweimal jährlich ohne Moderator.

Das Frauenbuchprojekt hat Kontakte zu einer Mitarbeiterin des Deutschen Museums in München, die versuchen will, zu ermöglichen, dass dort auf einer im Herbst stattfindenden Ausstellung mit dem Titel "Geschichte der Gewürze" auch unsere Ausstellung ("Geschichte der Frauen in der Pharmazie") gezeigt wird.

Als Thema für ein eventuell einmal wieder stattfindendes Frauenseminar wird "Globalisierung – Bedeutung

für Frauen" genannt. Dorothea Hoferberth und Katja Lorenz wollen sich informieren und Kontakt zu einer Gruppe "Frauen gegen Globalisierung" aufnehmen.

Die nächste Mitgliederversammlung findet auf Anregung von Gerd Glaeske am 21. und 22. 6. 2002 in Bremen in den Räumen des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen statt. Er hat auch Verträge mit Hotels, in denen die Übernachtung □57,- Euro kosten würde. Das Essen müsste von einem Caterer geliefert werden.

#### TOP 11: Anträge

(siehe Anlage)

Der Antrag 2001/1a – 2001/1b wird wie folgt entschieden: 13 Personen stimmen für den Antrag 1b, 4 für den Antrag 1a. Damit ist beschlossen, dass der Mindestbeitrag auf □5,- Euro bzw. □2,50 Euro für Studenten, Arbeitslose etc. gesenkt wird.

Der Antrag 2002/2 (Bereitstellung von 3000,- Euro für die Bereitstellung eines Computers für die Geschäftsstelle) wird einstimmig angenommen.

Der Antrag, Gudruns Meiburgs Gehalt auf □180,- Euro (netto) zu erhöhen, wird aus dem Plenum dahingehend erweitert, ihr □200,- Euro monatlich zu zahlen. Der Antrag wird

bei zwei Enthaltungen angenommen.

#### TOP 12: Finanzplan

(siehe Anlage)

Der Finanzplan wird nach Einfügung geringer Änderungen mit zwei Enthaltungen angenommen.

#### TOP 13: Verschiedenes

1. Regionale Ansprechpartner: Es wird die Aktualität der Adressenliste auf der Rückseite des Rundbriefes (regionale Ansprechpartner) diskutiert. Im Rahmen der Diskussion werden auch datenschutzrechtliche Bedenken an der Veröffentlichung dieser Liste geäußert. Es wird ein Meinungsbild erstellt zu der Frage, ob die Seite nicht mehr oder mit tatsächlich aktiven Ansprechpartnern weiterhin erscheinen soll, wobei für die erste Version 5 und für die zweite Version (Beibehaltung) 12 Personen stimmen.
2. Katja Lorenz berichtet von einem Aufruf im Rundschreiben der Berliner Apothekerkammer an die Apotheker, sich am NS-Entschädigungsfond zu beteiligen. Es besteht kein unmittelbarer Handlungsbedarf für den VDPP, da ein entsprechender Aufruf bereits im Rundbrief veröffentlicht worden ist.



# Protokoll des Vorstandstreffens vom 22. Mai 2002

Ort: bei Bernd Rehberg, Brahmsallee 18, 20144 Hamburg

Beginn: 19:00 Uhr

## Teilnehmer:

Jürgen Große, Thomas Schulz, Udo Ament, Bernd Rehberg

Thomas Hammer ist im Urlaub  
Gäste: Gudrun Meiburg

**Top 1** (Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn)  
Bernd Protokollführer / Udo Versammlungsleiter

**Top 2** (Genehmigung der Tagesordnung)  
Genehmigt

**Top 3** (Protokoll des letzten Vorstandstreffens)  
Protokoll mit geringen Änderungen angenommen

**Top 4** (Beschlusskontrolle)  
Udo hat den Entwurf eines Finanzplanes vorgelegt. Thomas Hammer muss die MdB Schmidbauer oder Kirschner noch ansprechen. Die Ökogeno-Genossenschaftsanteile sind von Gudrun Meiburg gekündigt, es gibt aber noch keine Antwort. Die Beitragsordnung wurde noch nicht verschickt, wird auf der MV vorliegen. Bernd hat Gerd Glaeske kontaktiert. Udo wird das Formular für die Zahlungserinnerung überarbeiten.

**Top 5** (Bericht aus der Geschäftsstelle)  
Ein Austritt. Eugen schafft es nicht mehr, die "GID", die Zeitung des Gen-Ethischen-Netzwerkes, zu bearbeiten. *Wir schlagen Thomas Hammer oder Franz Kirchner vor.* Angebot der Center Hotels, 4 Hotels in Deutschlands Mitte, für Seminare oder die MV abgelehnt.

**Top 6** (Kassenbericht)  
Udo legt Beleg für den Finanzplan 2003 vor.  
Laptop □2.500 war genehmigt, hat aber 2.960 gekostet. □1000 müssen nachbewilligt werden. *Bernd stellt den Antrag.*

Udo erläutert den Finanzplan auf Nachfrage.

**Top 7** (Berichte aus den Regionen)  
Hamburg trifft sich alle 14 Tage bei Bernd Rehberg Mittwochabends 20 Uhr.  
Berlin trifft sich unregelmäßig.  
Hessen trifft sich unregelmäßig ca. alle 6 Wochen in der "Arche Nova" am Westbahnhof in Frankfurt/Main.

**Top 8** (Mitgliederversammlung 2002)  
Bisher 17 Anmeldungen. Referenten Glaeske und Thomsen haben zugesagt. Versammlungsleitung und ProtokollführerIn sind benannt. Udo kann erst Sonnabendabend kommen, gegen 17:30 Uhr. Daher muss der Top Kassenbericht verschoben werden. Der Vorstand beschließt, vegetarisches Essen zu bestellen, um Auseinandersetzungen vorzubeugen. *Udo überarbeitet die Beitragsordnung und legt sie ohne Zahlen auf der MV als Kopie für jeden vor.* Über die Zahlen = monatliche Beiträge soll dann die MV beschließen.

**Top 9** (Arbeitsplanung für 2002)  
Ideen zum Herbstseminar im November 2002 sind:  
1. Gesundheitswesen nach der Bundestagswahl im September 2002  
2. Attac und die Globalisierung auch im Gesundheitswesen?  
3. Kommerzialisierung der Apotheken in der EU – Fremd- und Mehrbesitz, kommunale Apotheken, System in Amerika

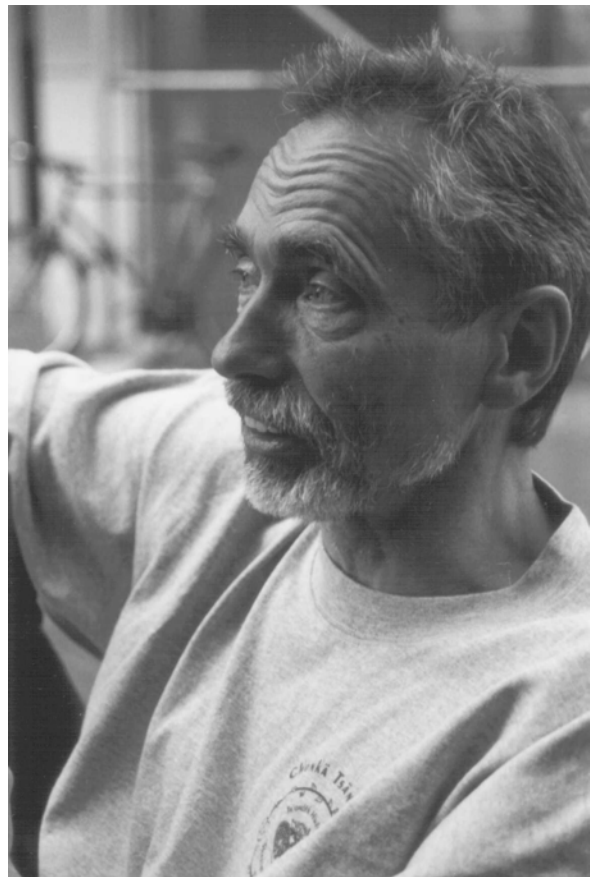
**Top 10** (Rundbrief)  
Der Rundbrief wird am Montag, 27. Mai zur Post gebracht.

**TOP 11** (Öffentlichkeitsarbeit)  
Die aktualisierte Website

entsteht. Jürgen hat Susanne Jäger angemailt.

**TOP 12** (Verschiedenes)  
In unseren (anwesende Chefs) Apotheken werden eifrig Unterschriften für die Aktion "Initiative Pro Apotheke" gesammelt. Udo hat schon 700 Unterschriften zusammen. Die Neptun-Apotheke wird im Hamburger Kammerrundschreiben lobend erwähnt, für ihre Aktion, per speziellem Hinweisblatt im Nachtdienst, Unterschriften zu sammeln  
Thomas Schulz prüft seinen Terminkalender, ob er zu folgender Veranstaltung in Berlin geht: "Globale Medizin – gemeinsamer Gesundheitsmarkt in Europa. Die Umsetzung der G-10-Gesundheits-Initiative in Deutschland", vom BMG und Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie.

Nächster Vorstandstermin: Freitag, 14. Juni 2002, 20 Uhr, in Hannover Hanns-Lilje-Haus.  
Ende 22 Uhr





# Protokoll des VDPP-Vorstandstreffens vom 3. Juli 2002

Anwesend: Udo Ament, Jürgen Große, Thomas Hammer, Bernd Rehberg, Thomas Schulz  
Gäste: Uschi Blöcker, Gudrun Hahn, Gudrun Meiburg, Renate Rathmann

Vorläufige Tagesordnung:

## Top 1 Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn

Versammlungsleiter: Jürgen Große  
Protokollführer: Thomas Hammer

## Top 2 Genehmigung der Tagesordnung

Die Tagesordnung wurde genehmigt

## Top 3 Protokoll des letzten Vorstandstreffens

Das Protokoll wurde mit wenigen Änderungen genehmigt

## Top 4 Beschlusskontrolle

*Thomas Schulz versucht nochmals, Kontakt zu den MdB Schmidbauer und Kirschner (beide SPD) herzustellen. Udo Ament verfasst eine Überarbeitung der Zahlungserinnerung säumiger Beitragszahler. Thomas Hammer widmet sich in Zukunft der Lektüre des GID, um Interessantes für die Vereinsarbeit oder den Rundbrief zu finden.*

## Top 5 Bericht aus der Geschäftsstelle

Gudrun Meiburg berichtet, dass uns die BUKO-Pharmakampagne Einladungen für die von ihr veranstaltete Tagung "Patente, Profite und Aids" in Bad Boll geschickt hat, mit der Bitte, diese den Vereinsmitgliedern zugänglich zu machen. Der Vorstand kommt dieser Bitte gerne nach. Außerdem berichtet sie, dass die Oekogeno-Anteile des Vereins gekündigt worden sind.

## Top 6 Kassenbericht

Ein neuer Kassenbericht liegt verständlicherweise kurz nach der MV noch nicht vor.

Es wurde bemängelt, dass etliche Mitglieder nicht den Mindestbeitrag zahlen. Zur nächsten Vorstandssitzung wird eine Liste der aktuellen Beitragseingänge vorgelegt. Danach wird erörtert, wie die Ver-

einsmitglieder animiert werden können, wenigstens den Mindestbetrag zu zahlen.

## Top 7 Bericht aus den Regionen

In der Hauptstadt trifft man sich nun jeden dritten Donnerstag im Monat.

In Hamburg trifft man sich weiterhin vierzehntägig.

In Hessen fand direkt nach der MV ein gut besuchtes Regionaltreffen statt.

## Top 8 Nachlese MV 2002

Die Beschlüsse der MV sollen wie folgt umgesetzt werden:

*Bernd Rehberg kontaktiert Christiane Hefendehl, um die Zahl der VDPP-Homepage-Nutzer zu ermitteln.*

*Jürgen Große prüft, ob das neue Teletext-Gesetz für den VDPP von Bedeutung ist.*

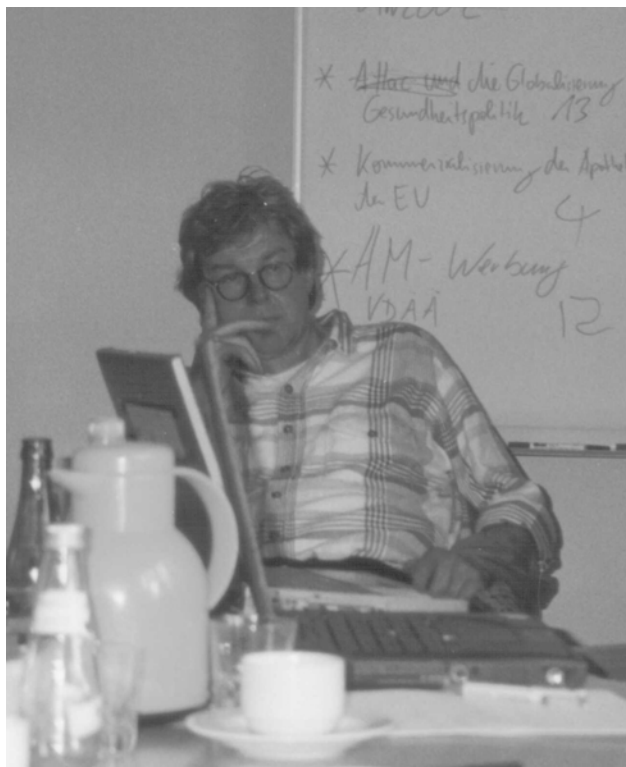
*Thomas Hammer bittet Michael Höckel, Kontakt zu Ricky Weber (e-Bildwerke Kassel) aufzunehmen, da dieser noch die Druckvorlagen für ein VDPP-Plakat und für die von ihm gestalteten Rundbriefe hat.*

*Thomas Schulz wird Katja Lorenz und Ingeborg Simon fragen, ob sie Kontakte zu attac haben. Außerdem versucht er, Informationen zu dem Projekt "Frauen gegen Globalisierung" zu bekommen.*

## Top 9 Arbeitsplanung 2002

Jürgen Große wird sich nach Möglichkeiten erkundigen, einen geschlossenen Mitgliederbereich auf der VDPP-Homepage einzurichten. Er will sich auch um eine beschleunigte Aktualisierung der Homepage kümmern.

Gudrun Meiburg wird Gerd Glaeske ansprechen, um Konkretes zu den Tagungsräumlichkeiten sowie den Übernachtungs- und Verpflegungsmöglichkeiten für die MV 2003 in Bremen zu erfahren.



Da der Vortrag von Christa Augustin während der MV sehr positiv aufgenommen worden ist, will der Vorstand auch für die nächste MV ein Vereinsmitglied bitten, in einem kurzen Vortrag Einblicke in seine Arbeitswelt zu geben.

## Top 10 Herbstseminar 2002 in Hamburg

*Zum möglichen Seminarthema "Globalisierung im Gesundheitswesen" nehmen Thomas Hammer Kontakt zu medico international, Jürgen Große zur BUKO-Pharmakampagne und Thomas Schulz zum VDÄÄ auf. Thomas Schulz will zum Thema Globalisierung im VDPP-aktuell zum "brain storming" aufrufen. Gudrun Hahn wird einen Seminarraum im Curio-Haus reservieren.*

## Top 11 Öffentlichkeitsarbeit/ Rundbrief

Der nächste Rundbrief (Nr. 56) wird laut Ankündigung von Jürgen Große im Laufe des Septembers verschickt.

## Top 12 Verschiedenes

*Bernd Rehberg wird mit Christiane Hefendehl sprechen, ob es Möglichkeiten für eine Kuba-Reise des VDPP geben könnte.*

# Protokoll des VDPP-Vorstandstreffens vom 21. August 2002

Ort: bei Bernd Rehberg, Brahmsallee 18, 20144 Hamburg

Anwesende: Bernd Rehberg, Jürgen Große, Thomas Hammer  
Gäste: Gudrun Likus, Gudrun Meiburg, Renate Rathmann, Uschi Blöcker  
Entschuldigt: Thomas Schulz, Udo Ament

Beginn: 19.00 Uhr

Vorläufige Tagesordnung:

1. Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn
2. Genehmigung der Tagesordnung
3. Protokoll des letzten Vorstandstreffens
4. Beschlusskontrolle
5. Bericht aus der Geschäftsstelle
6. Kassenbericht
7. Berichte aus den Regionen
8. Herbstseminar
9. Rundbrief / Öffentlichkeitsarbeit
10. Verschiedenes

## 1. Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn

Bernd Rehberg wird zum Versammlungsleiter, Jürgen Große zum Protokollführer gewählt.

## 2. Genehmigung der Tagesordnung

Die Tagesordnung wird in der vorgeschlagenen Form angenommen.

## 3. Protokoll des letzten Vorstandstreffens

Das Protokoll wird mit geringfügigen Änderungen angenommen.

## 4. Beschlusskontrolle

Noch zu erledigende Punkte sind kursiv markiert:

*Thomas Schulz versucht nochmals, Kontakt zu den MdB Schmidbauer und Kirschner (beide SPD) herzustellen.*

*Udo Ament verfasst eine Überarbeitung der Zahlungserinnerung säumi-*

*ger Beitragszahler.*

Thomas Hammer widmet sich in Zukunft der Lektüre des GlD, um Interessantes für die Vereinsarbeit oder den Rundbrief zu finden.

Gudrun Meiburg berichtet, dass uns die BUKO-Pharmakampagne Einladungen für die von ihr veranstaltete Tagung "Patente, Profite und Aids" in Bad Boll geschickt hat, mit der Bitte, diese den Vereinsmitgliedern zugänglich zu machen. Der Vorstand kommt dieser Bitte gerne nach.

*Zur nächsten Vorstandssitzung wird eine Liste der aktuellen Beitragseingänge vorgelegt. Danach wird erörtert wie die Vereinsmitglieder animiert werden können, wenigstens den Mindestbetrag zu zahlen.*

Bernd Rehberg kontaktiert Christiane Hefendehl, um die Zahl der VDPP-Homepage Nutzer zu ermitteln. (Christiane hat den Vorstandmitgliedern die URL des Zählers zugemailt.)

*Jürgen Große prüft, ob das neue Teletext-Gesetz für den VDPP von Bedeutung ist.*

*Thomas Hammer bittet Michael Höckel, Kontakt zu Ricky Weber (e-Bildwerke Kassel) aufzunehmen, da dieser noch die Druckvorlagen für ein VDPP-Plakat und für die von ihm gestalteten Rundbriefe hat.*

*Thomas Schulz wird Katja Lorenz und Ingeborg Simon fragen, ob sie Kontakte zu attac haben. Außerdem versucht er, Informationen zu dem Projekt "Frauen gegen Globalisierung" zu bekommen.*

*Jürgen Große wird sich nach Möglichkeiten erkundigen, einen geschlossenen Mitgliederbereich auf der VDPP-Homepage einzurichten. Er will sich auch um eine beschleunigte Aktualisierung der Homepage kümmern.*

*Gudrun Meiburg wird Gerd Glaeske ansprechen, um Konkretes zu den*

*Tagungsräumlichkeiten sowie den Übernachtungs- und Verpflegungsmöglichkeiten für die MV 2003 in Bremen zu erfahren.*

*Zum möglichen Seminarthema "Globalisierung im Gesundheitswesen" nehmen Thomas Hammer Kontakt zu medico international, Jürgen Große zur BUKO-Pharmakampagne und Thomas Schulz zum VDÄÄ auf. Thomas Schulz will zum Thema Globalisierung im VDPP-aktuell zum "brain storming" aufrufen. Gudrun Hahn wird einen Seminarraum im Curio-Haus reservieren.*

Bernd Rehberg wird mit Christiane Hefendehl sprechen, ob es Möglichkeiten für eine Kuba-Reise des VDPP geben könnte. (Christiane hat den Vorstandmitgliedern näheres per Mail mitgeteilt.)

## 5. Bericht aus der Geschäftsstelle

Der Sommerregen hat auch die VDPP-Geschäftsstelle nicht verschont, sie stand unter Wasser. Dank umsichtiger Lagerung ist aber das gesamte VDPP-Material vom Wasser verschont geblieben.

Eine Betriebsprüfung durch die BfA wird erfolgen, alles ist in Ordnung.

Christine Szlachcic-Schomacher stellt sich als Kontaktperson für Nordrhein-Westfalen zur Verfügung. Gudrun Meiburg wird Volker Kluy fragen, ob er seiner Ablösung zustimmt.

## 6. Kassenbericht

Ein Kassenbericht lag nicht vor.

## 7. Berichte aus den Regionen

In Hamburg hatte ein sehr interessantes Treffen mit dem Gesundheitsökonom Holger Pätow stattgefunden.

*In Zukunft sollen die korrigierten Vorstandsprotokolle unmittelbar nach ihrer Genehmigung durch das folgende Vorstandstreffen an alle Vorstandmitglieder und Regionalbeauftragten ge-*

mailt werden. Dafür ist die jeweilige ProtokollantIn zuständig.

## 8. Herbstseminar

Thomas Hammer hat Kontakt zu *medico international* aufgenommen, ohne dass es schon zu einer konkreten Absprache gekommen wäre, es wird hier eventuell terminliche Probleme geben, er wird den Kontakt weiter halten. Jürgen Große hat mit einem BUKO-Vertreter bereits einen Termin zum Thema "Arzneimittelwerbung" vereinbart, da wir aber das Seminarthema "Globalisierung im Gesundheitswesen" gewählt haben, wird er noch die hierfür zuständigere Christine Fischer ansprechen. Bernd Rehberg wird sich um Kontakt zu attac kümmern.

## 9. Rundbrief / Öffentlichkeitsarbeit

Der nächste Rundbrief soll im September erscheinen.

## 10. Verschiedenes

Es wird diskutiert, ob die Kuba-Reise

des VDPP besser im Februar stattfinden sollte, was den Vorteil hätte, dass Christiane Hefendehl uns begleiten könnte, oder besser in den Schulferien, was für eventuell interessierten LehrerInnen aus unserem Ver-

ein die Teilnahme ermöglichen würde.

Nächstes Vorstandstreffen: 4. September 2002 in Hamburg.  
Schluss: 21.15 Uhr



# Kuba-Reise des VDPP

Angeregt durch Bernd Rehberg, haben einige Kolleginnen und Kollegen begonnen, für Anfang 2003 eine VDPP-Reise nach Kuba zu planen. Dabei hat sich bislang Folgendes herauskristallisiert:

1. Die Reise wird sehr wahrscheinlich im Februar 2003 stattfinden.
2. Sie soll ca. zwei Wochen dauern, wobei noch offen ist, ob einer Woche mit Gesprächen und Besichtigungen von Gesundheitseinrichtungen eine eher touristisch bestimmte Woche folgen soll, oder ob beides zeitlich gemischt werden soll.
3. Bisher sind folgende Punkte geplant: Zusammentreffen mit kubanischen ApothekerInnen, Besichtigung einer Arzneimittelfabrik, Exkursionen nach Viñales, Cayo Judia, Varadero, Stadtrund-



4. Bei Interesse unsererseits könnte auch ein Treffen mit WissenschaftlerInnen aus der HIV-Forschung oder mit einer traditionellen HeilerIn sowie der Besuch einer Reha-Kinderklinik organisiert werden.
5. Es ließen sich auch ein Ausritt,

eine botanische Exkursion oder der Besuch von Konzerten organisieren.

6. Die Kosten (inkl. ÜbersetzerIn) dürften bei ca. 1000 Euro pro Person liegen, wobei der genaue Betrag natürlich von der Teilnehmerzahl und vom Programm abhängt.

Natürlich können eure Anregungen und Wünsche noch

in die Planung der Reise aufgenommen werden. Wer Lust hat mitzukommen, der wende sich an die Geschäftsstelle oder an Bernd Rehberg, Bramfelder Chaussee 291, 22179 Hamburg, Telefon (0 40) 6 41 77 69, Fax (0 40) 64 20 22 01, E-Mail neptun@neptun-apotheke-hamburg.de.

## TERMINE

### VDPP-Herbstseminar 2002

23. November 2002 in Hamburg, Curio-Haus, Rothenbaumchaussee 11, 20148 Hamburg.

### Regionalgruppe Berlin

Die Regionalgruppe trifft sich an jedem 3. Donnerstag im Monat um 20 Uhr im Café Savarin, Kulmer Straße 17, 10783 Berlin. *Nächste Termine: 17. Oktober, 21. November, 19. Dezember 2002.*

### Regionalgruppe Hamburg

Die Regionalgruppe trifft sich alle zwei Wochen mittwochs um 20 Uhr (wenn gleichzeitig Vorstandstreffen ist: 19.00 Uhr) bei Bernd Rehberg, Brahmsallee 18, 20144 Hamburg. *Nächste Termine: 2., 16. und 30. Oktober, 13. und 27. November, 11. Dezember 2002.*

### Regionalgruppe Hessen

Die Treffen finden unregelmäßig in der Arche Nova, Kasseler Straße 1a, 60486 Frankfurt/M., gegenüber vom Westbahnhof, statt. Die Termine sind jeweils bei Christl Trischler zu erfragen, Tel. (0 61 50) 8 52 34 (p), 8 19 19 (d), E-Mail heegbach-apotheke@t-online.de.

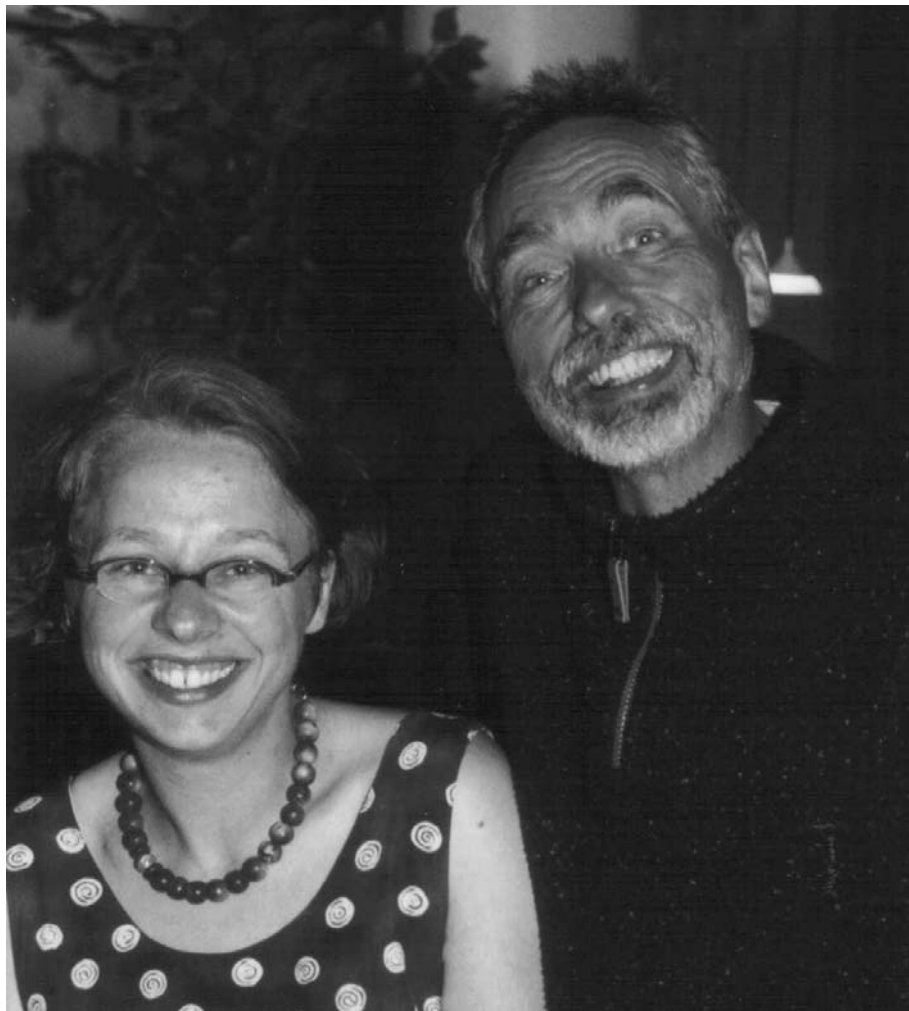
### VDPP-Vorstand

Nächstes Treffen: Mittwoch, 16. Oktober 2002, 19.00 Uhr, bei Bernd Rehberg, Brahmsallee 18, 20144 Hamburg.

### VDPP-Mitgliederversammlung 2003

21. - 22. Juni 2003 in Bremen, Zentrum für Sozialpolitik.

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



## Herbstseminar zum Thema „Globalisierung im Gesundheitswesen“

Am Sonnabend, dem **23. November 2002**, wird in Hamburg unser nächstes Herbstseminar stattfinden. Tagungsort ist, wie schon vor zwei Jahren, das **Curio-Haus, Rothenbaumchaussee 11, 20148 Hamburg**. Eine gesonderte Einladung werdet ihr natürlich noch rechtzeitig erhalten.

Oberthema des Seminars wird die „**Globalisierung im Gesundheitswesen**“ sein. Bei Redaktionsschluss stand als Referent **Andreas Wulf** von **medico international** fest. Ein Artikel



von ihm mit dem Titel „**Globalisierung und Gesundheit – Wenn aus**

**Patienten Kunden werden**“ ist im Dokumentationsteil dieses Rundbriefs zu finden.

Mit weiteren kompetenten Referenten wird noch verhandelt, aber der Weg nach Hamburg wird sich auf jeden Fall lohnen. Angedachte Themen sind die international anwachsende Korruption im Pharmabereich, Fälschungen von Arzneimitteln, tödlicher Patentschutz für Kranke in der Dritten Welt und das Gesundheitswesen in den USA.

# DOKUMENTATION

## Globalisierung und Gesundheit Wenn aus Patienten Kunden werden

von Andreas Wulf

Globalisierung ist in aller Munde – spätestens seit den großen Protesten anlässlich der WTO-Tagung in Seattle im vorletzten Jahr, denen eine Reihe ähnlicher Zusammenstöße der bis dahin oft auch von den Regierungen gelobten Zivilgesellschaft mit den hochkarätigen Gesprächs- und Verhandlungsrunden von IWF, WTO, der G8 oder des Weltwirtschaftsgipfels in Davos folgten.

Hinter dem griffigen Schlagwort verbergen sich eine ganze Reihe von Entwicklungen, die an sich nicht neu sind, aber vor allem in den letzten zehn Jahren in ihrer Dynamik enorm zugenommen haben.

Neu ist das Ausmaß und die Geschwindigkeit der Globalisierung. Die "Abschaffung der Entfernung" wurde ausgerufen, dank Satelliten und moderner Telekommunikation scheint jeder Ort der Welt jederzeit erreichbar geworden zu sein – und auch die physische Bewegung hat in einem enormen Ausmaß zugenommen: gab es 1950 zwei Millionen Flugpassagiere pro Jahr, so sind es heute jährlich 1,4 Milliarden.(1) Auch die unfreiwillige Mobilität von Flüchtlingen hat enorm zugenommen – der UNHCR zählte im letzten Jahr mehr als 30 Millionen Flüchtlinge, die ihre Heimatländer verlassen mussten.

Globalisierung steht aber heutzutage vor allem für eine ökonomische Strategie, die das möglichst ungehinderte Wirken des freien Handels und der Marktkräfte weltweit propagiert, um ein größtmögliches Wirtschaftswachstum und zugleich eine effiziente Organisation der Märkte zu sichern. In diesen sollen die Interessen der einzelnen Bürger als selbstbewusste Konsumenten nach günstigen und qualitativen Produkten durch das Gesetz von Angebot und

Nachfrage gesichert werden. Staatliche Kontrolle und Förderung der heimischen Märkte stehen dem ebenso entgegen wie Importzölle und Begrenzungen von Investitionen ausländischer Konzerne. Dieses sogenannte Neoliberale Wirtschaftsmodell wurde in den 80er Jahren zur Überwindung der langen Rezession in den reichen Industriestaaten propagiert und als Reagonomics und Thatcherismus bekannt. Im Zuge der massiven Verschuldungskrise, in die die meisten Entwicklungs- und Schwellenländer in diesem Jahrzehnt gerieten, wurden ihnen vom Weltwährungsfonds und der Weltbank Strukturanpassungsmaßnahmen auferlegt, die mit den gleichen Rezepten arbeiteten: Privatisierung, Deregulierung der eigenen Märkte und Handelsliberalisierungen sollten nicht nur ihre eigene Wirtschaft weltmarktauglich machen sondern auch ausländische Investitionen ermöglichen und so eine eigene kapitalistische Entwicklungsperspektive bieten. Mit dem Zusammenbruch der sozialistischen Planwirtschaften am Ende dieses Jahrzehnts schien sich die kapitalistische Marktwirtschaft als das überlegene Wirtschaftsprinzip endgültig bestätigt zu haben. Erst die durch kurzfristige Finanztransaktionen ausgelöste massive Wirtschaftskrise der asiatischen Tigerstaaten 1997-98, in deren Folge Malaysia, Südkorea, Thailand und Indonesien zwischen 20 und 35 Prozent ihres Bruttosozialproduktes einbüßten(2), ließ an der Stabilität des "Endes der Geschichte" – das schon ausgerufen worden war – zweifeln.

Welche sozialen Folgen wird diese Art von Globalisierung, die alle Bereiche der Gesellschaft in Märkte verwandeln will, haben? Es darf ja nicht vergessen werden, dass die "Liberalisierung der Märkte", die sich

die Globalisierung auf die Fahne geschrieben hat, natürlich auch weiterhin die Machtverhältnisse in der Welt reflektiert – liberalisiert wird, was den schon Erfolgreichen nützt: In der WTO stehen die Abkommen zum Handel von Dienstleistungen, zu globalen Investitionen und Wettbewerbspolitik und das Abkommen zum Schutz der intellektuellen Rechte an erster Stelle, während die Bereiche, die von den reichen Staaten selbst am meisten geschützt sind – vor allem die Agrarproduktion und der Textilmarkt – und in denen die Entwicklungsländer Exportchancen hätten, weiterhin hart umkämpft sind.(3) Die Weltbank schätzt die staatliche Förderung der heimischen Agrarmärkte der Industriestaaten auf einen Betrag von einer Milliarde Dollar täglich – der sechsfache Betrag, der als Entwicklungshilfe von ihnen geleistet wird.(4)

Wie also wirkt sich die Globalisierung auf die Gesundheit der Menschen und die Gesundheitssysteme der Staaten, die ja trotz aller Globalisierung immer noch eine zentrale politische Organisationsform sind, aus?

### Die katastrophische Seite

Vor allem die im Rahmen von Globalisierungsmaßnahmen vorgenommenen Liberalisierung von Finanz- und Arbeitsmärkten hat einen negativen Einfluss auf die Verteilungsgerechtigkeit ebenso wie auf die Gesundheitsverhältnisse, weil in den entstehenden Sonderwirtschaftszonen Maquila-Industrien gewerkschaftlich ausgehandelte Mindestlöhne und Höchst-arbeitszeiten abgeschafft sind und Arbeitsschutzbestimmungen kaum noch eingehalten werden.

Am massivsten sind die gesundheitlichen Folgen in den Staaten der frü-

heren Sowjetunion, die in den 90er Jahren mit einem starken ökonomischen Einbruch, steigenden Arbeitslosenzahlen und Zunahme der sozialen Ungleichheit konfrontiert waren. Individuelle und gesellschaftliche Folgen wie Depressionen, Alkoholismus, häusliche Gewalt, stressbedingte Krankheiten und Tod durch Herzkreislauferkrankungen, Suizide und Gewalt trafen vor allem eine neu entstehende Schicht von "Transitions-Verlierern" aus zumeist männlichen Arbeitern, Kollektivbauern und mittleren Partei-Funktionären ohne weitergehende Ausbildung, oftmals arbeitslos und Migranten oder Angehörige ethnischer Minderheiten. Die Reprivatisierung der großen Staatsbetriebe brachte eine neue Elite hervor, deren Aneignungsstrategien oft mit Korruption und mafiösen Methoden einherging, was zusätzlich zu den realen materiellen Notlagen Gefühle von ohnmächtiger Wut, Hoffnungslosigkeit und Kränkung erzeugte, die an den sozialen und gesundheitlichen Verwerfungen mitbeteiligt sind. Die nüchternen statistischen Zahlen bilden das Ausmaß der gesundheitlichen Folgen nur unzureichend ab: Die Lebenserwartung fiel in Russland, Weißrussland, Kasachstan und der Ukraine für Männer um 3 bis 4,5 Jahre in den zehn Jahren von 1989 bis 1999, bei Frauen war dieser Verlust geringer (1,5 bis 2,5 Jahre).

Auch in Ländern mit nur vorübergehenden ökonomischen Krisen in den "globalisierten" 90er Jahren sind gesundheitliche Folgen des plötzlichen Einkommensverlustes vieler Haushalte zu spüren. Untersuchungen der Weltbank über die Folgen der mexikanischen (1995) und thailändischen (1997-98) Finanzkrisen zeigten langfristige Verschlechterungen des Gesundheitsstatus von Kindern, die während der Finanzkrise die Schule verlassen und in gesundheitsgefährlichen Arbeitsplätzen zum Familieneinkommen beitragen mussten oder sogar unmittelbar dauerhafte geistige Leistungseinbußen durch akute Unterernährung erlitten.(5)

Die Verteilung des Reichtums ist einer der stärksten Faktoren, der die Gesundheit nicht nur des Einzelnen,

sondern der Bevölkerung als ganzes beeinflusst. Als drastisches Beispiel mag die durchschnittliche Lebenserwartung der männlichen Bewohner von Harlem, NYC gelten, die ebenso hoch (oder so niedrig) ist wie die der Männer in Bangladesh, schätzungsweise 58 Jahre.(6)

### ... und der "Normalzustand"

Im marktorientierten Kontext der "Globalisierung" wurde der öffentliche Sektor als ineffizient angesehen. Privatisierung war deshalb in den 80er und 90er Jahre weltweit das Patentrezept der Wirtschaftsstrategen. Der Staat sollte sich auf seine Rolle als Rahmensetzer zurückziehen, der Markt sollte eine größere Transparenz und bessere Kontrolle über das Leistungsangebot herstellen. Patienten sollten sich nicht mehr als dankbare Empfänger, sondern als Kunden verstehen, die kompetent Gesundheitsdienstleistungen am Markt einkaufen, Krankenversicherungen, ÄrztInnen, TherapeutInnen und Pflegenden als Anbieter solcher Leistungen. Am radikalsten wurden diese Rezepte den hochverschuldeten Entwicklungsländern verordnet, die durch die Reduktion oder kompletten Abbau der staatlich finanzierten öffentlichen Dienste wie Gesundheit und Bildung und weiteren öffentlichen Subventionen, etwa für Grundnahrungsmittel ihre Ausgabenseite sanieren sollten. Aber auch in den Industriestaaten wurden die Konzepte von Wettbewerb und ökonomischen Anreizen zur Kosteneinsparung und Effizienzsteigerung der Gesundheitssysteme favorisiert – die "health sector reform" war das Schlagwort des Jahrzehnts, mit dem ein "kontrollierter Wettbewerb" eingeführt wurde.(7)

Besonders die Gesundheitsmärkte in den OECD-Ländern, nach aktuellen Schätzungen mit einem Jahresumsatz von drei Billionen US\$, sind dabei von privatwirtschaftlichem Interesse. Wachstumsprognosen sehen eine Steigerung in den nächsten fünf Jahren noch auf vier Billionen US\$(8), ein ordentlicher Kuchen, um den es sich zu streiten lohnt. Neben den schon immer transnational arbeitenden Pharmaunternehmen sind

die Interessenten große Krankenhauskonzerne, die eine Expansion über die jeweiligen Landesgrenzen hinaus suchen oder Versicherungsgesellschaften, die neue Kunden anwerben. Auch spezialisierte medizinische Dienstleistungsangebote lassen sich zunehmend über die Grenzen hinweg anbieten und wahrnehmen. Mit Hilfe der Telemedizin ist die physische Präsenz des Arztes beim Patienten für Diagnostik und Therapie nicht mehr erforderlich. Und auch Laborleistungen lassen sich, entsprechende Transportwege vorausgesetzt, globalisieren.

Welche Effekte haben diese Gesundheitsreformen? Wer profitiert davon und wer kommt dabei zu kurz? Ein Blick in die Entwicklungsländer kann dabei Tendenzen aufzeigen, die sich bei uns erst andeuten, aber unter ähnlichen Vorgaben ebenfalls Realität werden können.

### Public-private Mix: interner und externer Brain-Drain

Eine schon lange existierende Form der Globalisierung im Gesundheitswesen ist die Arbeitsmigration von GesundheitsarbeiterInnen. Der überwiegende Teil findet als Süd-Nord-Migration statt. Typische "Exportländer" sind Indien, Philippinen und Südafrika, von wo aus ÄrztInnen, Pflege- und technisches Personal in den Mittleren Osten, die USA, Großbritannien und Australien emigrieren. Dies kann dramatische Ausmaße annehmen. 70 Prozent aller philippinischen Krankenschwestern arbeiten außerhalb des Landes; in Südafrika verlässt ein Drittel bis die Hälfte aller Absolventen der medizinischen Fakultäten das Land kurz nach dem Examen(9), die südafrikanische Gesundheitsministerin verhandelte vor kurzem mit der kanadischen Regierung, um das offensive Anwerben durch kanadische Krankenhäuser einzuschränken. Mit sich verschlechternden Arbeitsperspektiven im eigenen Land, sinkenden Löhnen im öffentlichen Sektor verschärft sich diese Tendenz, die individuell verständlich und gerechtfertigt ist, für das Versorgungssystem als ganzes aber katastrophale Folgen hat, weil ein systematischer Abfluss von Fach-

wissen einsetzt. Dieser externe Brain-Drain wird verstärkt durch einen internen vom öffentlichen zum privaten System, da viele GesundheitsarbeiterInnen nicht mehr allein von den öffentlichen Löhnen leben können. Wenn sie nicht komplett privat arbeiten können, verschieben sie doch die Gewichte in diese Richtung. Dazu zählen offizielle und nicht offizielle Bezahlungen für ihre Dienste, die Vernachlässigung der Arbeit im öffentlichen Sektor oder die Rekrutierung von Privatpatienten aus den öffentlichen Sprechstunden, die sie noch abhalten. Diese Überlebensstrategien der GesundheitsarbeiterInnen gefährden besonders den Zugang zu einer geregelten Gesundheitsversorgung für diejenigen, die nicht für solche teil- oder ganz privatisierten Dienste aus der eigenen Tasche zahlen können, da vielfach staatliche Kompensationsmechanismen für Bedürftige nur unzureichend funktionieren. Auch verschärft sich die Diskrepanz in der Versorgung zwischen den Städten und den ländlichen Gebieten, da nur in den Städten Gesundheitsarbeiter genügend Gelegenheit zu solcher privater Praxis finden und diese deshalb ungern verlassen.

Die Kombination aus ökonomischer Notwendigkeit und Marktideologie, nach der sich jeder selbst der nächste ist, führt nicht nur zu einer radikalen Beschädigung des professionellen Ethos, das einer "catch as catch can"-Haltung weicht, sondern verstärkt auch die Entwicklung eines zweigeteilten Gesundheitssystems in ein schäbiges öffentliches mit unmotivierten, überarbeiteten und schlechter qualifiziertem Personal und einen Privatsektor, der qualifizierte Leistungen nur gegen Bezahlung bereitstellt und der keine Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der ökonomisch Schwachen übernimmt.(10)

Sind dies auch Verhältnisse, wie sie hier kaum in Kürze zu erwarten sind, so liegen ihnen doch Strategien zugrunde, die auch in unserem Gesundheitssystem Wirkung zeigen. Die Verwandlung des Arzt-Patienten-Verhältnisses in eine Geschäftsbeziehung nach der Logik der Dienstleis-

tungsmärkte macht aus Patienten Kunden, die Leistungen nachfragen und von den Anbietern (ÄrztInnen, TherapeutInnen, Pflegende) angeboten werden.

### **Konsumentenkonzept – mangelnde Nachfragemacht**

Gegen das Patient-als-Konsumenten-Konzept sind wichtige Einschränkungen anzumerken: Der Informationsvorsprung der medizinischen Experten – und besonders in seiner schichtspezifischen Wirkung – ist prinzipiell uneinholbar. Die Nachfrage des Patienten erfolgt in der Regel unspezifisch und wird erst durch die Fachkompetenz des Anbieters (Arztes) zu einem Angebot konkreter Dienstleistungen. Auch ist Patient-Sein mit Ängsten, Schmerzen und Hilfsbedürftigkeit verbunden und macht eine vertrauensvolle Haltung gegenüber dem Helfer erforderlich, die die Rolle des "souveränen Konsumenten" schwächt. Schließlich tendiert das Marktmodell zur Ausweitung der durchgeführten Maßnahmen, unabhängig von ihrem Nutzen. Denn auch der Medizinbetrieb unterliegt wie die Patienten der für Warengesellschaften verständlichen Einschätzung, nachdem "mehr Medizin" automatisch besser für die Gesundheit ist und "teurere Medizin" besser als "billige Medizin" ist. Somit wird auch der finanziell gutgestellte Patient vielleicht wie ein "königlicher Kunde" bedient, aber nicht wie ein kranker Mensch behandelt.(11)

Wichtig bleibt daher nicht nur, die Seite der Patienten zu stärken, wie es durch Selbsthilfegruppen geschieht, sondern generell ist das Konsumentenkonzept in Frage zu stellen, weil es die Eigenleistung des Patienten bei der Herstellung seiner eigenen Gesundheit systematisch ausblendet. Dies ist der wesentliche Unterschied zwischen dem kranken Menschen und dem kaputten Auto, das man in die Reparatur gibt.

Zudem verdeckt das Konsumentenkonzept auch die soziale Schichtspezifik dieser Abhängigkeit von den medizinischen Experten: bessere Bildung ermöglicht mehr Handlungsspielräume und so gewinnen Mittel-

und Oberklasse-Angehörige nach dem Konsumentenkonzept mehr Wahlmöglichkeiten als niedrigere Schichten.

### **Kommerzielle Präsenz über Grenzen hinweg**

Verschärft wird diese Tendenz durch eine weitere Form des Handels mit Gesundheitsdienstleistungen, der kommerziellen Präsenz von großen Krankenhauskonzernen, die mit Joint Ventures zusätzliche private Einrichtungen in anderen Ländern aufbauen, zum Teil um die niedrigeren Lohnkosten für einen "Behandlungstourismus" zu nutzen, aber auch, um das kaufkräftige des jeweiligen Segmentes abzuschöpfen – cream skimming – ist der passende Ausdruck dafür, denn mit der Konzentration auf High-tech-Medizin im Gegensatz zu breiteren Dienstleistungen werden Ressourcen speziell auf diejenigen konzentriert, die dafür bezahlen können. Thailand ist ein Beispiel für eine solche Dynamik im Gesundheitsbereich. Ein interner brain drain setzte nach der Eröffnung solcher joint venture Krankenhäuser ein, der die höher qualifizierten Kräfte in den privaten Bereich zog und die Versorgung im öffentlichen Sektor und besonders in den ländlichen Gebieten weiter beeinträchtigte.(12)

Auch in Indien werden solche Joint Ventures benutzt, um kostengünstige Behandlungen anzubieten. So kosten dort Bypass-Operationen ein Zehntel des in den USA üblichen Preises.(13) Sind es bisher vor allem regionale Schwerpunkte, die sich in diesem Handel mit Gesundheitsdiensten ausdrücken – so verzehnfachte sich der Betrag, den Patienten aus Bangladesh in Indien für spezialisierte Gesundheitsversorgung, zu meist für Krebs, Herz und Nierenerkrankungen ausgaben, von 1993/94 bis 1998/99.(14) Eine ähnliche Rolle als "regionale Zentren für HighTech Medizin" für den Mittleren Osten spielen Jordanien und der Libanon.

In der Tendenz sind solche Entwicklungen, die zu einer Vergrößerung der Kluft zwischen den attraktiven Patienten und den lästigen Armen

auch in den Strategien erkennbar, die aktuell in der Umgestaltung der Krankenhäuser in Deutschland wirksam sind.

### **Krankenhausversorgung – Profitcenter**

Die Kosten für die stationäre Versorgung sind der größte Einzelposten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dementsprechend groß ist das Interesse durch verstärktes betriebswirtschaftliches Management Kosten einzusparen. Dazu gehören auf der Tagesordnung marktliberaler Gesundheitspolitik neben der Privatisierung von Krankenhäusern vor allem interne Umstrukturierungen, die aus Verwaltungseinheiten, Service-Bereichen wie Wäscherei oder Küche und klinischen Fach-Abteilungen sog. Profit-Center machen, die im Rahmen der Krankenhausgesamtplanung eigenständig wirtschaften. Sie orientieren ihre Angebote direkt an dem Bedarf ihrer "Kunden" und nutzen Gewinne auch in gewissem Rahmen selbst zur Reinvestition oder Umsatzbeteiligung der MitarbeiterInnen. Mögliche Vorteile dieser Konzepte liegen neben der größeren Transparenz und Optimierung von Abläufen innerhalb der "Profit-Center" in der stärkeren Motivation und Eigenverantwortlichkeit der MitarbeiterInnen. Diese können ohne Zweifel zu wichtigen und längst überfälligen Verbesserungen im Bereich der Arbeitsbedingungen und der Patienten-Freundlichkeit der Institution Krankenhaus führen.

Dem stehen gewichtige Risiken gegenüber. Gesundheitspolitische Zielvorstellungen, die einen "Versorgungsauftrag" formulieren, also an einer gesicherten Krankenhausversorgung für die Bevölkerung festhalten, lassen sich mit Profit-Center Strukturen schwerlich vereinbaren. Durch die Bildung eigenverantwortlicher Substrukturen innerhalb des Krankenhauses (und auch durch das neue Finanzierungsinstrument der DRGs, mit der nicht mehr Krankenhaustagesätze von den Kassen finanziert werden, sondern festgelegte Entgelte für standardisierte Behandlungsfälle) fallen wichtige Möglichkeiten der Quersubventio-

nierung weg. Schon wenige "teure" Behandlungsfälle können die Rechnung des Profitcenters aus der Bahn werfen. Systematisch wird so eine Vermeidung kostenintensiver Behandlung gefördert. Schon jetzt zeigt sich die Tendenz in betriebswirtschaftlich streng geführten Krankenhäusern, solche Patienten trotz offiziellem Versorgungsauftrag abzuwehren. Verdeckter findet eine solche Risikoabwehr statt, wenn bestimmte Behandlungen, die sich nicht ausreichend standardisieren lassen, nicht mehr angeboten werden.(15)

### **Medikamente für die Armen?**

Ein wichtiger Teil des Gesundheitswesens ist die Arzneimittelproduktion. Auch dieses Thema wurde in der WTO heiß debattiert, da sich die transnationalen Pharmamultis ihre Erfindungen und Entdeckungen mit einem 20jährigen Patentschutz weltweit absichern lassen wollen und dabei vor allem von ihren Heimatländern – allen voran den USA – unterstützt werden. Dieses Patentrecht sichert die Profite der Hersteller und verhindert eine effektive Produktkonkurrenz durch die Nachahmerpräparate (Generika). Die enormen Preisdifferenzen wurden in den beiden letzten Jahren vor allem am Beispiel der virushemmenden Medikamente zur Behandlung von AIDS diskutiert und führten zu einem unerwartet erfolgreichen Druck auf die Hersteller, relevante Nachlässe zuzulassen. Dabei ist die Tatsache, dass es überhaupt eine medikamentöse Therapieoption gibt, für diese neue Gesundheitskatastrophe in den Entwicklungsländern eher ein "glücklicher Zufall" zu nennen, wenn es sich angesichts des Ausmaßes nicht verbieten würde, von Glück zu sprechen. Denn die meisten der Gesundheitsprobleme der "Habenichtse" in diesen Ländern sind in der Logik der Pharmakonzerne, ihrer Manager und Aktionäre im wahrsten Sinne des Wortes nichts wert, weil sie über keine Kaufkraft verfügen, die das Engagement für neue Medikamente oder Impfstoffe gegen Malaria, Tuberkulose oder Schlafkrankheit rentabel erscheinen lassen.(16)

Auf der Suche nach "Blockbustern", den großen Gewinnern im Kampf um die Marktprozente konzentrieren sie sich auf die Probleme und Bedürfnisse der wohlhabenden Staaten – das nächste Antidepressivum, der neueste Blutdruck- oder Blutfettsenkter, auch Viagra für Frauen ist in der Forschungspipeline. Kürzlich fand ich die Meldung aus den Gentech-Labors, dass jetzt endlich der Genort des männlichen Haarausfalls gefunden worden sei, so dass wir wahrscheinlich in Kürze mit dem ultimativen Medikament gegen diese vorletzte Hürde auf dem Weg zur ewigen Jugend rechnen können. Selbst ein Mittel gegen Heimweh von Haustieren ist in der Entwicklung bei einem Pharmamulti.

### **Konkurrenz der Versicherer**

Eine begrenzte Konkurrenz der gesetzlichen Krankenkassen um Versicherte wurde 1992 mit der Gesundheitsreform eingeführt, um Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen und mit zur Beitragsstabilität, mithin der Lohnnebenkosten, das goldene Kalb der aktuellen Bundesregierung, beizutragen. Zwar wurden interne Umverteilungsmechanismen zwischen den Versicherungen eingeführt, aber der Wettbewerb um die "besseren Risiken" gegen die "schlechteren Risiken", also um diejenigen, die weniger Kosten verursachen als Beiträge zahlen, ist der wesentliche Mechanismus, der im Wettbewerb Erfolg verspricht. Dies richtet sich nicht nur gegen chronisch Kranke, sondern enthält eine spezifische Vergrößerung der sozialen Gräben, weil bekanntermaßen Angehörige der sog. unteren Schichten aufgrund ihrer Lebens- und Arbeitsbedingungen stärker von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod bedroht sind und entsprechend häufig von solchen Entwicklungen betroffen sein werden.

Man muss nicht nach Chile blicken, wo unter der Diktatur bereits vor über 20 Jahren begonnen wurde, systematisch eine private Krankenkassenkonkurrenz zur allgemeinen Sozialversicherung gemäß den wirtschaftsliberalen Vorgaben der Chica-



goer Ökonomen zu fördern. Aber in diesem Extrem wird das Prinzip besonders deutlich:

Gezielt werben die privaten Krankenversicherungen junge, gutverdienende Kunden an, denen sie für ihre Einkommensklasse günstige Einstiegsprämien anbieten können, während ärmere, besonders kinderreiche Familien kaum bezahlbare Policen bei den Privaten finden und weiterhin auf die öffentliche Grundversicherung angewiesen sind, die wie die deutsche GKV lohnabhängige Beiträge kennt. Damit bedienen sie sich der Technik der "Rosinenpickerei", da sie gezielt den sozial besser gestellten Teil der Gesellschaft versorgen, der auch im Durchschnitt geringere Erkrankungsrisiken trägt, die wie überall sozial ungleich verteilt sind.

Aber auch die Besserverdienenden werden all zu oft durch hohe Zuzahlungsregelungen bei schwerwiegenden und langdauernden, chronischen Krankheitsverläufen in ihrer vermeintlichen besseren Absicherung enttäuscht. Die wenigsten Versicherten wissen genau über ihren Versicherungsschutz Bescheid, den sie zudem in "gesunden Zeiten" abschließen, wenn eine umfassende Einschätzung möglicher Erkrankungssituationen schwierig einzuschätzen ist.

Die von den Ökonomen erwünschte "Markttransparenz" stellt sich so nicht her, mit der Folge, dass insbesondere mit steigendem Alter, wenn die Versicherungsprämien auch für Besser- und Gutverdienende oft unbezahlbar werden, die Versicherten wieder auf die öffentliche Sozialversicherung angewiesen sind, just dann, wenn sich erfahrungsgemäß chronische Beschwerden und Erkrankungen zunehmen. So entlastet sich die private Versicherungsbranche zusätzlich von Kosten und schiebt die Einkommenschwächsten, die Kränksten und Ältesten, die mit den höchsten Gesundheitsrisiken, dem öffentlichen Sektor zu.(17)

Die Diskussionen rund um die Reform der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland enthüllen ähnliche

Strategien, insbesondere die Teilprivatisierung der Rentenversicherung. Auch die Diskussionen um Rückstattungen von Krankenkassenbeiträge für kostengünstige Versicherte (ähnlich wie beim unfallfreien Autofahren) zeigen bereits die Richtung an, in die gedacht wird. Noch ist das gesundheitspolitische Solidarprinzip nicht aufgegeben und ermöglicht so Umverteilungen zwischen Jungen und Älteren, Familien und Singles, Männern und Frauen, Menschen mit höheren und niedrigeren Gesundheitsrisiken, Besser- und Schlechterverdienenden. Aber der Wettbewerb um die "guten Risiken" findet verdeckt schon statt. Gezielt werden zusätzliche Angebote gemacht, die neue Mitglieder anwerben sollen, die ein günstiges Risikoprofil aufweisen. Besonders die flexible, moderne, gutverdienende und gesundheitsbewusste Mittelschicht ist umworben. Sie wandert aus den großen Kassen ab zu neuen, flexiblen nur noch per Telefon und Email erreichbaren "virtuellen Betriebskrankenkassen". Diese zeigen sich dann besonders großzügig bei der Bewilligung alternativer Therapieformen wie Akupunktur und Naturheilkunde. Die Umverteilungspotentiale werden so in den großen Kassen geringer, die bereits durch verringerte Einnahmen infolge der hohen Zahl von Arbeitslosen belastet sind, für die die staatlichen Stellen nur reduzierte Beiträge bezahlen.

Mit den vorliegenden Beispielen habe ich versucht darzustellen, wie durch die Einführung von Wettbewerb, Privatisierung und Konkurrenz die Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung vorangetrieben wird, und wie dadurch wichtige Ziele in der Gesundheitspolitik, wie Solidarität und gleicher Zugang zu einer qualitativen Gesundheitsversorgung, gefährdet werden können. Die Profitinteressen nutzen nicht nur den Anbietern selbst, sondern bevorzugen auch die, denen es schon besser geht, die sich eine bessere "Marktübersicht" verschaffen können und die sich um ihre Gesundheit in einer gewissen Weise kümmern können. Andere, die mehr angewiesen sind auf Umverteilungsmechanismen, auf gesellschaftliche Solidarität

in sozialen Systemen, werden ausgeschlossen und weiter marginalisiert. Für eine solche Orientierung auf einen gerechten, gesicherten Zugang zu Gesundheitsdiensten und darüber hinaus auf eine Perspektive, die die sozialen Ungleichheiten im Blick auf Krankheit und Tod verringern will, steht die Forderung nach dem Menschenrecht auf Gesundheit. Natürlich ist mit dem Zugang zum Gesundheitssystem noch nicht Gesundheit hergestellt. Vielfach sind es viel grundlegendere Dinge als das Gesundheitswesen, die dazu beitragen, das Menschen besser, gesünder und länger leben können. So banale Dinge wie gute, ausreichende Nahrung, sauberes Wasser, sanitäre Einrichtungen, gute Wohnmöglichkeiten, ein sicheres Einkommen, stabile soziale Beziehungen, die Abwesenheit von Krieg, Gewalt und Ausbeutung. Für diese Perspektive stand und steht die alte Strategie der Primären Gesundheitsfürsorge – Primary Health Care – von der Weltgesundheitsorganisation 1978 verabschiedet(18), und bald darauf in den meisten Ländern unter die Räder der beginnenden marktwirtschaftlichen Orientierung der Strukturanpassungsmaßnahmen und des neoliberalen Misstrauens gegenüber staatlichen Gesundheitssystemen gekommen.

Vergessen wurde es aber nicht – vor allem nicht von den Betroffenen selbst, denn das PHC-Konzept betonte nicht nur die Verantwortung des Staates zur Gewährleistung dieser Grundversorgung aller mit den notwendigen Diensten, sondern stellte die aktive Beteiligung der Menschen an der Planung und Durchführung "ihrer" Gesundheitsdienste heraus, so wie es des aktiven Beitrags jedes Einzelnen an seiner/ihrer Gesundheit selbst bedarf. Das "Recht auf Gesundheit" entsteht aus beidem: dem formulierten Rechtsanspruch und dem Aktivwerden der Menschen, ihn umzusetzen. Exemplarisch für diese Gesundheitsbewegung von unten ist in den letzten Monaten besonders die südafrikanische Treatment Action Campaign bekannt geworden, die sich aktiv für die Rechte der AIDS-Kranken auf Behandlung einsetzt und zugleich ein treibender Faktor in der Bekämpfung

der Epidemie in diesem Land ist.(19) Viele andere solcher Initiativen sind seit langem aktiv – einige hat medico international unterstützt, eine 20-jährige Zusammenarbeit gibt es beispielsweise mit dem Netzwerk Health Action International, in dem die beteiligten Gruppen und Einzelpersonen den Focus auf die Arzneimittelversorgung gelegt haben als ein wichtiger Baustein des PHC-Konzeptes. Die kritische Beobachtung der Medikamentenhersteller sowie der lokalen und internationalen Pharmageschäfte gehört ebenso dazu wie die Förderung des sinnvollen Einsatzes der bunten Pillen durch die VerschreiberInnen und die AnwenderInnen.(20)

Die Idee einer Weltgesundheitsversammlung von unten konnte im letzten Dezember in Bangladesch verwirklicht werden, nachdem ein ganzes Jahr lang Aktivitäten zur Vorbereitung in allen Teilen der Welt stattgefunden hatten. Die dabei vertieften Kontakte werden in den jeweiligen Kontinenten fortgeführt.(21)

Wenn Gesundheit für alle mit Solidarität, Umverteilung und gemeinsamen Engagement zusammenhängt, dann ist das Marktmodell vielleicht wirklich nicht die beste aller möglichen Lösungen dafür. Welche anderen möglich wären und dafür in Frage kommen, sollten wir nicht Experten überlassen – wie die People's Health Assembly sagte, ist es wichtig, von Opfern zu Protagonisten zu werden.(22)

(aus express, Zeitschrift für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 11-12/01)

Andreas Wulf arbeitet für medico international. Der Text basiert auf einem Vortrag, den Andreas Wulf am 8. November 2001 im Club Voltaire in Frankfurt/M gehalten hat.

Anmerkungen:

1) Nach Gill Walt: Globalisation and Health, paper 2000

2) Cornia, Giovanni Andrea: Globalization and Health: Results and Opti-

ons, in: Bulletin of the WHO, Vol 79, No 9, 2001, S. 834-841, hier S. 837  
3) Labonte, Ron, Marilyn Wise: Trade and Health, Paper for the International Union for Health Promotion and Education and the Candian Public Health Association in Preparation for the Seattle Round of negotiations of the WTO, 2000: www.health.usyd.edu.au/achp

4) Dembowski, Hans: Europäische Union zu harten Verhandlungen bereit, Frankfurter Rundschau 7.11.2001, S. 9

5) Cornia, Giovanni Andrea: Globalization and Health: Results and Options, in: Bulletin of the WHO, Vol 79, No 9, 2001, S. 839

6) Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., Young, Q. 1993. High Noon for US Healthcare Reform. Int. J Helath Services 23: 193-211

7) Segall, Malcolm: Human Development Challenges in Health Care Reform.in: Ferrinho, Paulo, van Lerbeghe, Wim (Ed.): Providing health care under adverse conditions: Health personnel performance and individual coping strategies, p. 7-17, hier p.8f.

8) UNCTAD/WHO International Trade in Health Services: A Development Perspective, Zarilli S./C. Kinnon (Ed.) Geneva 1998, Chapter 3, p. 55

9) Cohen, R.: Brain Drain Migration, 1997, www.queensu.ca/samp/transform/cohen1.htm, auch: Caplan, D./Jean BaptisteMeyer/ M. brown: Brain Drain: New Data, New Options, 2000

10) Vgl. Ferrinho, Paulo, van Lerbeghe, Wim (Ed.): Providing health care under adverse conditions: Health personnel performance and individual coping strategies. Studies in Health Services Organisation & Policy, 16, 2000 (Antwerp)

11) Deppe, Hans-Ulrich: Nicht alles der blinden Macht des Marktes überlassen. Zur Kommerzialisierung des Menschenrechts Gesundheit, in: So-

ziale Medizin (Schweiz) 5/01, S. 37-42, hier S. 40, Referat auf dem IPPNW-Kongress "Medizin und Gewissen", Mai 2001 in Erlangen

12) Chanda, Rupa: Trade in Health Services, CMH Working Paper No. WG4:5, June 2001, p. 19

13) Ebd. S. 42f.

14) Ebd. S. 43

15) Vgl. Kurt Dahlgaard/Kalle Jung/Wolfgang Schelter: Profit-Center-Strukturen im Krankenhaus. Potentiale, Risiken und (Neben-)wirkungen, Frankfurt/M. '01

16) Verschiedene Organisationen arbeiten zur Zeit zu diesem Thema; neben Health Action International (s. u.) (www.haiweb.org), dem Consumer Project on Technology (www.cptech.org) und dem Third World Network (www.twinside.org.sg) sind in den letzten zwei Jahren die großen Nothilfe- und Entwicklungshilfeorganisationen Ärzte ohne Grenzen (www.accessmed-msf.org), OXFAM (www.oxam.org.uk/cutthecost) und VSO (www.vso.org.uk) dazugekommen

17) Holst, Jens: Das chilenische Gesundheitssystem. Soziale Verunsicherung statt absichernde Fürsorge, in: Solidaridad 215, Juli-August 2001, S. 11-16

18) WHO/UNICEF: Primary Health Care. Report of the Internatinal Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978

19) Die Arbeit von TAC ist einsehbar unter www.tac.org.za

20) www.haiweb.org, e-mail: hai@hai.antenna.nl

21) People's Health Assembly: www.phamovement.org

22) People's Health Assembly: Health in the Era of Globalisation. From Victims to Protagonists. A discussion paper, prepared by the PHA drafting group, 2000

# ISDB-Deklaration zu Fortschritten in der medikamentösen Therapie

Paris, 15.-16. November 2001

Das Symposium fand statt bei La revue Prescrire, 83, Boulevard Voltaire, Paris (Frankreich).

Es wurde finanziert durch die International Society of Drug Bulletins (ISDB) und einzelne ISDB-Mitglieder.

## INHALT

### Zweck und Einordnung Wie therapeutischer Fortschritt zu erkennen ist

Wirksamkeit  
Sicherheit  
Gebrauchstauglichkeit

### Was die Entwicklung therapeutischer Fortschritte behindert

Politiker und Zulassungsbehörden  
Organisationen für die Gesundheitsvorsorge  
Die Forscher  
Die pharmazeutische Industrie

### Was die Beurteilung eines therapeutischen Fortschritts durch Fachkreise und die Öffentlichkeit behindert Vorschläge

Zur Erkennung eines therapeutischen Fortschritts  
Für Politiker und Arzneimittelbehörden  
Für Regierungen und internationale Organisationen  
Für Fachkreise und die Öffentlichkeit

### Anhang I

Zum Begriff "Verbraucher"

### Anhang II

Arzneimittelpreise

## VERFASSER DER DEKLARATION

Die unten genannten Teilnehmer und Reviewer haben kontinuierlich mehrere Monate lang zur Bearbeitung der Deklaration beigetragen.

## MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPE

Danielle Bardelay, La revue Prescrire (ISDB), Frankreich Wolfgang Becker-Brüser, arznei-telegramm (ISDB), Deutschland Hirokuni Beppu, The Informed Prescriber (ISDB), Japan Pierre Chirac, Médecins Sans Frontières, Frankreich Joe Collier, Drug and Therapeutics Bulletin (ISDB), Großbritan-

nien Gita Fernando, Sri Lanka Prescriber (ISDB), Sri Lanka Maria Font, Dialogo sui Farmaci (ISDB), Italien Rokuro Hama, Kusuri-no-Check (ISDB), Japan Andrew Herxheimer, DIPEX, Großbritannien Christophe Kopp, ISDB Chairman, Frankreich Ksenija Makar-Ausperger, Pharmaca Drug Bulletin (ISDB), Kroatien Gilles Mignot, La revue Prescrire (ISDB), Frankreich José Recalde, Boletín Terapéutico Andaluz (ISDB), Spanien Keiko Sakaguchi, Kusuri-no-Check (ISDB), Japan Andrea Tarr, ISDB Committee, Drug and Therapeutics Bulletin, Großbritannien Gianni Tognoni, Informazioni sui Farmaci and Ricerca & Pratica (ISDB), Italien Bruno Toussaint, La revue Prescrire (ISDB), Frankreich Elisabeth Veyriac, La revue Prescrire (ISDB), Frankreich Bozidar Vrhovac, Pharmaca Drug Bulletin (ISDB), Kroatien

## FERNER HABEN DIE ISDB-DEKLARATION BEARBEITET

Gilles Bardelay, La revue Prescrire, Frankreich Paul Blake, Martindale - the Complete Drug Reference, Großbritannien Marc Bogaert, Folia Pharmacotheραπεutica, Belgien Isabelle Breton, La revue Prescrire, Frankreich Jules Desmeules, Pharma-Flash, Schweiz Silvio Garattini, Mario Negri Institut, Italien Ellen 't Hoen, Médecins sans Frontières, Niederlande Mohan Joshi, Drugs and Therapeutics Letter, Nepal Jacques Juillard, La revue Prescrire, Frankreich Marc Legrelle, La revue Prescrire, Frankreich Joel Lexchin, Health Action International, Kanada Dinesh Mehta, British National Formulary, Großbritannien Jean Louis Montastruc, Universität Toulouse, Frankreich Jean Pierre Noiry, La revue Prescrire, Frankreich Jörg Schaaber, Pharma-Brief, Deutschland Molly Thomas, Rational Drugs, Indien

## ISDB-Deklaration zu Fortschritten in der medikamentösen Therapie

*Die International Society of Drug Bulletins (ISDB) fördert die Veröffentlichung qualitativ guter unabhängiger Informationen zu Arzneimitteln und Therapeutika für Fachkreise und Laien in allen Ländern.*

*Eine ISDB-Arbeitsgruppe beriet, was aus der Sicht von Patienten und der Gesell-*

*schaft einen wirklichen therapeutischen Fortschritt ausmacht. Die Arbeitsgruppe traf sich vom 15. bis 16. November 2001 in Paris (Frankreich) und veröffentlicht im Namen der ISDB folgende Deklaration.*

## Zweck und Einordnung

Anlass für die ISDB-Deklaration sind die Praktiken von pharmazeutischer Industrie und Zulassungsbehörden, die den Unterschied zwischen tatsächlichem therapeutischen Fortschritt und bloßer Neuerung (Pseudoinnovation) verschleiern. "Innovationen" befinden sich im Zentrum der Aufmerksamkeit all jener, die mit Arzneitherapie zu tun haben: Die Öffentlichkeit, die Fachkreise und die, die diese informieren, Gesundheitspolitiker und Arzneimittelbehörden, Kassen, die für Arzneimittel bezahlen, sowie die pharmazeutische Industrie.

Vor allem Ärzten und Apothekern kommt eine Schlüsselrolle zu, den Nutzen neuer Arzneitherapien zu bewerten und zu entscheiden, ob ein neues Arzneimittel verordnet oder abgegeben werden soll. Individuelle Sachkenntnis muss jedoch durch unabhängige Informationen unterstützt werden. Patienten und die Öffentlichkeit vertrauen darauf, dass ihre Interessen durch die Fachkreise bestmöglich gewahrt werden.

Die pharmazeutische Industrie vermittelt zunehmend den Eindruck, dass die Notwendigkeit bestehe, neue Behandlungsmethoden (Bezug genommen wird auf medikamentöse Verfahren (einschließlich traditioneller Mittel), deren neuen Formulierungen oder Indikationen – sowohl in Bezug auf Therapie als auch auf Prophylaxe.) rascher zu entwickeln und zuzulassen, damit diese den Patienten möglichst schnell zugänglich sind. Die unabhängigen, Arzneimittel kritisch bewertenden Zeitschriften betonen jedoch, dass diese Strategie irreführend ist. Eine Reihe von ISDB-Zeitschriften bewertet den Nutzen aller neu angebotenen Arzneimittel und veröffentlicht, ob und ggf. in welchem Ausmaß diese Neuerungen die verfügbaren Behandlungsmethoden (medikamentös und nicht me-

dikamentös) erweitern. Insgesamt bringen nur wenige Prozent der jährlich neu zugelassenen Arzneimittel einen relevanten Vorteil für die Patienten im Vergleich zu denen, die bislang auf dem Markt sind.

Die ISDB-Deklaration stellt die Bedürfnisse von Patienten und Fachkreise in den Vordergrund und interpretiert "therapeutischen Fortschritt" im Sinne von "Vorteil im Vergleich zu bisherigen Therapien".

Die Bedürfnisse der Patienten schließen dabei individuelle und kollektive Bedürfnisse ein.

Der Begriff "Innovation" deckt drei Konzepte ab:

- Das kommerzielle Konzept: Alle neu vermarkteten Me-too-Produkte (Schein- oder Pseudoinnovationen), neue Substanzen, neue Indikationen, neue galenische Entwicklungen und neue Behandlungsmethoden.
- Das technologische Konzept: Industrielle Innovationen wie die Verwendung von biotechnologischen Methoden oder die Einführung neuer Freisetzungssysteme (Pflaster, Spray u.a.), Isolierung eines Isomers oder eines Metaboliten.
- Das Konzept des therapeutischen Fortschritts: Eine neue Therapie, die dem Patient einen Vorteil gegenüber bislang existierenden Optionen bringt.

Es liegt im Interesse der pharmazeutischen Industrie, die Unterscheidung zwischen den drei Bereichen zu vernebeln. Mit der Behauptung der Innovation versuchen pharmazeutische Hersteller Arzneimittelbehörden zu beeinflussen und machen Fachkreise und die Öffentlichkeit zum Ziel von Marketing-Maßnahmen. Politiker, Kassen, die für Arzneimittel bezahlen, und Arzneimittelbehörden sollten im Interesse der Öffentlichkeit Behauptungen der Industrie zurückweisen, dass jede Neueinführung automatisch einen therapeutischen Fortschritt bedeutet.

### Wie therapeutischer Fortschritt zu erkennen ist

Um zu beurteilen, ob ein neues Mittel ein therapeutischer Fortschritt ist, müssen Wirksamkeit und Sicherheit berücksichtigt werden, aber auch, ob es die Anwendung vereinfacht oder verbessert. Wirksamkeit, Sicherheit und

Anwendungsfreundlichkeit stehen in Wechselbeziehung: Sie müssen gleichzeitig und immer dann erneut beurteilt werden, wenn sich neue Erkenntnisse ergeben. Wichtig ist es, alte Substanzen kontinuierlich in die Bewertung einzubeziehen. Mittel, die nicht mehr nützlich sind, lassen sich dann eliminieren und neue oder bessere Anwendungsmöglichkeiten bereits zugelassener Arzneimittel erkennen. Bei der Beurteilung eines therapeutischen Fortschritts sind auch Kosten- und Qualitätsgesichtspunkte einzubeziehen (siehe Anhang II).

### 1 – Wirksamkeit

Der Begriff Wirksamkeit beschreibt, wie gut ein Arzneimittel den beabsichtigten Effekt erreicht (beispielsweise Schmerzlinderung, Empfängnisverhütung). Um einen therapeutischen Fortschritt beurteilen zu können, sollte die "Wirksamkeit" unter den üblichen klinischen Bedingungen geprüft und von in Studien erfassten "Wirkungen" (Effekten), deren klinische Relevanz offen ist, abgegrenzt werden. Kontrollierte Vergleichsstudien gelten als Standard für den Beleg der Wirksamkeit von Arzneimitteln. Design und Durchführung solcher Studien sind jedoch oft unzureichend und führen zu unzuverlässigen oder irrelevanten Schlussfolgerungen. Folgende Punkte sind besonders bedenklich:

1. Studien mit falschen Vergleichssubstanzen, die zum einen für die Patienten eine unzureichende Behandlung zur Folge haben und zum anderen die Ergebnisse wahrscheinlich zu Gunsten des neuen Mittels verfälschen. In diese Kategorie gehören Placebo-kontrollierte Studien, sofern eine wirksame Behandlung mit günstigem Nutzen-Schaden-Verhältnis existiert. Dies ist nicht akzeptabel.

2. Studien, in denen Endpunkte gewählt werden, die wenig überzeugend, klinisch irrelevant oder von unzureichender und schwacher methodischer Qualität sind oder ein Risiko der Fehlinterpretation der statistischen Signifikanz bedeuten (beispielsweise Surrogatkriterien statt vorab definierter Endpunkte, Verwendung von Skalen und Methoden, die nicht in der spezifischen klinischen Situation oder Population validiert sind, kombinierte Endpunkte unterschiedlicher Relevanz).

3. Studien, die in Populationen und/oder unter Bedingungen durchgeführt werden, die nicht für die Situation repräsentativ sind, in der das neue Mittel später angewendet wird.

4. Besonders umstritten und besorgniserregend sind Nicht-Unterlegenheits- (non-inferiority) oder Äquivalentz-Studien, die einen großen Teil der Industrie-gesponserten klinischen Studien ausmachen. Die Durchführung solcher Studien, die oft für die Zulassung eines neuen Produktes bestimmt sind, werfen beträchtliche ethische Probleme auf:

- Patienten, die in die Studien einbezogen werden, werden irrig dazu veranlasst, eine bessere Behandlung zu erwarten.
- Die Forschung orientiert sich nicht am tatsächlichen Bedarf, sondern an den Vermarktungsabsichten der Firmen.

### 2 - Sicherheit

Neue Arzneimittel werden im Allgemeinen auf der Basis von Studien zugelassen, die auf Prüfung der Wirksamkeit ausgelegt sind. Sicherheitsdaten sind zu diesem Zeitpunkt sekundär.

Relevant in Bezug auf Arzneimittelsicherheit sind einerseits unerwünschte Effekte, die häufig auftreten, andererseits solche, die zwar selten, zugleich aber schwerwiegend sind. Zum Zeitpunkt der Zulassung ist Skepsis angebracht, auch wenn das Sicherheitsprofil eines neuen Arzneimittels akzeptabel erscheint, da seltene unerwünschte Effekte fast immer erst dann erkannt werden, wenn eine größere Zahl von Patienten das Arzneimittel verwendet hat. Präklinische Studien zur Toxizität sind selten öffentlich zugänglich. Über Existenz und Ergebnis gibt es oft keine publizierten Informationen. All diese Daten werden jedoch benötigt, um Nutzen und Schaden unabhängig abschätzen zu können. Viele Zulassungsbehörden und Institutionen, die unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln erfassen, machen die Daten zu Arzneimittelrisiken den Fachkreisen und der Öffentlichkeit nicht oder nur rudimentär zugänglich.

### 3 - Gebrauchstauglichkeit von Medikamenten

Die Gebrauchstauglichkeit schließt einfache Anwendung eines Arzneimittels

und zugehöriger Hilfsmittel ebenso ein, wie eine geeignete Verpackung. Eine Verbesserung der Gebrauchsfreundlichkeit, die die Zuverlässigkeit der Anwendung des Arzneimittels fördert, kann einen Fortschritt bedeuten.

Skepsis ist allerdings angebracht, wenn Behauptungen einer besseren Gebrauchstauglichkeit nicht durch entsprechende Daten belegt werden. Die Zuverlässigkeit der Anwendung hängt davon ab, wie einfach das Produkt von Patienten anzuwenden ist, von der Behandlungsdauer, den Lagerbedingungen (vor allem in warmen Klimazonen) sowie von Qualität und Tauglichkeit der Verpackung einschließlich des Beipackzettels. Leichte Anwendbarkeit ist allerdings dann von Nachteil, wenn dadurch schädliche Folgeeffekte begünstigt werden.

### **Was die Entwicklung therapeutischer Fortschritte behindert**

Alle an Arzneimittelforschung und -entwicklung Beteiligten tragen Verantwortung dafür, dass auf therapeutischen Fortschritt hingearbeitet wird.

#### **1 - Politiker und Zulassungsbehörden**

Mangel an Transparenz und demokratischer Kontrolle der Aktivitäten von Zulassungsbehörden, aber auch die Tatsache, dass Gebühren für die Zulassung oft mehr als die Hälfte des Budgets von Zulassungsbehörden ausmachen, tragen dazu bei, dass die Bedürfnisse der Öffentlichkeit unzureichend berücksichtigt werden. Als Dienstleister stehen nationale und internationale Zulassungsbehörden untereinander im Wettbewerb um die Zulassungsgebühren. Dies mag dazu führen, dass einige Behörden gegenüber der Industrie nachsichtiger sind. Zudem unterscheiden sich international die Standards der Zulassungen und die gesetzlichen Rahmenbedingungen. Bei Zulassungen im Verfahren der gegenseitigen Anerkennung kann ein Pharmahersteller einen Zulassungsantrag zurückziehen, wenn eine Behörde ein Problem entdeckt, und den Antrag bei einer anderen, lascher verfahrenen Behörde erneut einreichen.

Üblicherweise wird die Tätigkeit einer Zulassungsbehörde an der Zahl und der Schnelligkeit von Marktzulassungen gemessen, statt an der Qualität

der Entscheidungen. Die Qualität ist eindeutig unzureichend, wenn Zulassungsbehörden für neue Arzneimittel keine Postmarketing-Studien fordern und wenn zum Zeitpunkt der Zulassung die Belege für Wirksamkeit und Sicherheit nicht ausreichen.

Ein solches Vorgehen ist nicht akzeptabel, auch nicht für Arzneimittel, die zur Behandlung lebensbedrohlicher Erkrankungen vorgesehen sind. Hersteller, die Zulassungsbehörden unter Druck setzen, damit diese die Zulassung beschleunigen, behindern die Erkennung eines tatsächlichen therapeutischen Fortschritts.

Die Qualität und Aussagefähigkeit der klinischen Daten, die für eine Zulassung beigebracht werden müssen, sind unzureichend. Die Politik hat die Definition der "Innovation" weiter verewässert. In Europa wurde die in der Council Directive 87/22/EEC formulierte Forderung nach einem "signifikanten therapeutischen Interesse" 1993 nicht in die Council Regulation 2309/93 übernommen.

#### **2 - Organisationen für die Gesundheitsvorsorge**

Die finanzielle Beteiligung von öffentlicher Hand, öffentlichen Organisationen, Gesundheitsorganisationen und Krankenkassen an Erforschung und Entwicklung von Arzneimitteln hat über die Jahre abgenommen. Das führt dazu, dass Studien, die für die Industrie nicht attraktiv sind, unzureichend gefördert werden. Dies gilt beispielsweise für nichtmedikamentöse Behandlungen (operative Maßnahmen, Physiotherapie, komplementäre und alternative Medizin), Vergleiche mehrerer Arzneimittel, Vergleiche mit Arzneimitteln, die nicht mehr patentiert sind sowie für Studien mit Methoden und Behandlungen von chronischen oder terminalen Zuständen, die kommerziell nicht attraktiv sind, aber eine beträchtliche gesundheitliche Belastung bedeuten, und Studien mit Waisnarzneimitteln (orphan drugs) und seltenen, vernachlässigten Erkrankungen.

#### **3 - Die Forscher**

Wegen des Mangels an ausreichender öffentlicher Förderung und dem beträchtlichen (und ökonomisch attraktiven) Druck Industrie-gesponserter Pro-

jekte, hat die akademische Gemeinde den Einfluss bei Entscheidungen verloren, welche Prioritäten bei der Erforschung therapeutischer Fortschritte gesetzt werden.

Überwiegend werden kurzzeitige, publikationsorientierte Studien vorgezogen und die Überprüfung therapeutischer Konsequenzen vernachlässigt, die sich aus zahlreichen viel versprechenden neuen Ergebnissen klinischer Pilotstudien ergeben.

Kliniker, die sich um die Vielzahl chronischer und komplexer Erkrankungen von Patienten kümmern (die oft für die Industrie nicht interessant sind), tragen nur gelegentlich dazu bei, dass neue Erkenntnisse zu therapeutischen und präventiven (nicht nur Arzneimittel basierten) Strategien gewonnen werden.

Gesundheitsbehörden erkennen nicht, dass Gelder, die zur Überprüfung des Nutzens behaupteter Innovationen verwendet werden, eine produktive Investition in das Gesundheitswesen sind. Mit wichtigen, aber seltenen Ausnahmen tragen Patienten zu selten aktiv dazu bei, Forschung zu fördern, aktiv mitzubestimmen oder zu beurteilen, welche medikamentösen Interventionen gegen nichtmedikamentöse Strategien abzuwägen sind.

#### **4 - Die pharmazeutische Industrie**

Seit die pharmazeutische Industrie den Innovationsprozess dominiert, richtet sich dieser im Wesentlichen auf Arzneimittel und auf Vermarktungsstrategien statt auf den Bedarf der Patienten. Zudem zielt ein beträchtlicher Teil der Forschung der Pharmaindustrie darauf ab, in solchen Bereichen Marktanteile zu gewinnen, in denen es bereits gute Behandlungsmethoden gibt. Auf Grund des de facto Monopols der Forschung erheben pharmazeutische Firmen den Anspruch, dass finanzielles Sponsoring klinischer Studien damit gleichzusetzen sei, dass sie mit den gewonnenen Daten tun und lassen können, was sie wollen. Auch besteht die Gefahr, dass Daten, die der Zulassung von Arzneimitteln dienen, direkt oder indirekt manipuliert werden. Diese Situation gefährdet die Grundlagen und die Unabhängigkeit der Evidenzbasierten Medizin: Sollen Nutzen und Sicherheit von Arzneimitteln beurteilt werden, um wirksamkeitsorientierte

Leitlinien zu erstellen, muss man zwangsläufig auf eine verzerrte Datenglage zurückgreifen.

Was die Beurteilung eines therapeutischen Fortschritts durch Fachkreise und die Öffentlichkeit behindert Die Zuverlässigkeit von Informationen über neue medikamentöse Therapien hängt davon ab, wie gleichberechtigt die Beteiligten sind, die Öffentlichkeit, die Fachkreise und die, die sie informieren, Gesundheitspolitiker und Arzneimittelbehörden, Krankenkassen und die pharmazeutischen Industrie.

1. Informationen über neue Arzneimittel stammen hauptsächlich von der pharmazeutischen Industrie, die viel Geld in die Werbung für Neuerungen investiert. Die Strategien der Firmen zielen darauf ab, den Unterschied zwischen kommerziell begründeter Markteinführung eines neuen Arzneimittels, technologischer Innovation und tatsächlichem therapeutischen Fortschritt zu verschleiern. Fachkreise und Öffentlichkeit sitzen Marketing-Tricks und überzogenen Behauptungen von Pharmareferenten und Werbung auf. Die pharmazeutische Industrie führt nicht nur Fachkreise und Öffentlichkeit in die Irre, indem sie klinische Daten, die ihren Vermarktungs-Strategien zuwider laufen, herunter spielt oder deren Veröffentlichung verhindert und die von Behörden angeforderten Postmarketing-Studien unterlässt, sondern diese dadurch auch daran hindert, tatsächliche Fortschritte rasch zu erkennen. Solches Vorgehen steht im Gegensatz zur Deklaration von Helsinki des Jahres 2000. Im Absatz 16 heißt es dort: "Die Pläne aller Studien sind der Öffentlichkeit zugänglich zu machen." Und Absatz 27 lautet: "Positive, aber auch negative Ergebnisse müssen veröffentlicht oder der Öffentlichkeit anderweitig zugänglich gemacht werden."

2. Die pharmazeutische Industrie hat großen Einfluss, indem sie Druck auf Regierungen ausübt. Als beispielsweise in Großbritannien das National Institute for Clinical Excellence (NICE) den Nutzen von Zanamivir ungünstig beurteilte (was später – unglücklicherweise – zurückgenommen wurde), versuchte der Hersteller mit allen möglichen Drohungen Einfluss zu nehmen, beispielsweise drohte er seine Forschungs- und Entwicklungseinrichtungen in ein anderes Land zu verlegen. Auf Grund ihrer Einkünfte aus dem Ex-

port und ihren Steuerzahlungen können Pharmahersteller somit beträchtlichen Einfluss auf offizielle Entscheidungen über neue Arzneimittel nehmen.

3. Zulassungsbehörden sind Geheimniskrämer, wenn es um Einblicke in ihren Entscheidungsprozess geht. Relevante Informationen werden nur mit Verzögerung an Fachkreise und die Öffentlichkeit weitergegeben. Dies beruht zum Teil auf einer sehr engen Auslegung des Schutzes vertraulicher Daten.

4. Der Veröffentlichung und Verbreitung von Informationen über neue Arzneitherapien stehen verschiedene Hindernisse entgegen. Geheimhaltungsklauseln, die Forschern die Veröffentlichung ihrer Studienresultate ohne Genehmigung durch den Sponsor untersagen, behindern die zuverlässige Information und sind Ursache für "Publication Bias". Die Abhängigkeit zahlreicher Meinungsbildner und medizinischer Fachgesellschaften von Geldern aus Marketing-Etats behindert eine redliche Kommunikation. Fachgesellschaften sind oft nicht gewillt, genügende Finanzmittel zur Verfügung zu stellen, um eine unabhängige Information zu gewährleisten. Meinungsbildner, die von der Industrie Geld nehmen um neue Produkte zu lancieren, tragen zur Desinformation bei. Laienjournalisten und Presseagenturen unterstützen häufig die Vermarktungsstrategien von Firmen, da sie gefärbte Informationen erhalten und nicht unabhängig berichten. Die de facto Lockerung des Verbots der direkten Werbung von verschreibungspflichtigen Produkten beim medizinischen Laien trägt dazu bei, die Öffentlichkeit mit gefärbten Informationen zu versorgen. Die so genannte DTC-Werbung verbirgt sich bisweilen hinter Kampagnen, die helfen sollen, Erkrankungen besser zu erkennen. Zunehmend informieren Patientengruppen über Arzneimittel und Therapieverfahren. Es ist besorgniserregend, dass sich solche Gruppen häufig von Industriegeldern abhängig machen.

### **ISDB-Deklaration zu Fortschritten in der medikamentösen Therapie**

#### **Vorschläge**

#### **Präambel**

Strategien für die Entwicklung und das Marketing von Arzneimitteln stammen

praktisch alle aus den reichen Ländern des Nordens. Die zuvor beschriebenen Probleme betreffen besonders arme Länder des Südens, die unbestritten die Bedürfnisse der Patienten und der Bevölkerung höher bewerten müssen als die auf Arzneimittel oder den Markt ausgerichteten Interessen.

Das Ungleichgewicht nimmt zu, weil tatsächliche therapeutische Fortschritte aus ökonomischen oder logistischen Gründen nicht zugänglich sind. Scheininnovationen verschärfen den Druck der Marktkräfte auf die labilen öffentlichen Gesundheitssysteme. Das Augenmerk, das in letzter Zeit auf die Folgen des Patentschutzes gerichtet wurde, darf nicht isoliert betrachtet werden: Das Konzept und die Strategie der essentiellen Arzneimittel ist auszuweiten und zu stärken, um alle therapeutischen Fortschritte sowohl für existierende als auch für sich neu entwickelnde Krankheiten abzudecken. Die nachfolgenden Vorschläge dürfen somit für Länder des Südens von besonderer Bedeutung sein.

### **1 - Zur Erkennung eines therapeutischen Fortschritts**

#### **Wirksamkeit**

Die Wirksamkeit eines neuen Arzneimittels sollte sich auf die Gesamtmortalität (sofern diese durch die Intervention beeinflussbar ist), Morbidität und Lebensqualität des Patienten auswirken. Die Behandlung von chronischen Erkrankungen erfordert Langzeitstudien. Vergleichsstudien, die die Überlegenheit der neuen Intervention überprüfen, sind erforderlich, wenn bereits eine geeignete wirksame Behandlung existiert. Diese Forderungen stehen in Einklang mit der jüngsten Version der Deklaration von Helsinki (Oktober 2000), in der gefordert wird, dass "Vorteile, Risiken, Belastungen und Effektivität eines neuen Verfahrens ... gegenüber denjenigen der gegenwärtig besten prophylaktischen, diagnostischen und therapeutischen Methoden geprüft werden" (Abschnitt C, Satz 29).

#### **Sicherheit**

Ist ein neues Medikament sicherer als die existierenden Behandlungsoptionen, kann es als therapeutischer Fortschritt bezeichnet werden, vorausgesetzt dass kurz-, mittel- und langfristi-

ge Arzneimittelsicherheitsdaten berücksichtigt werden. Alle Informationen über die Sicherheit eines Arzneimittels (einschließlich von Daten der Arzneimittelüberwachung) müssen ab dem Zeitpunkt der Markteinführung öffentlich sein. Erst nach mehreren Jahren aktiver Überwachung kann für ein neues Arzneimittel Sicherheit als Begründung für einen therapeutischen Fortschritt akzeptiert werden.

Zu fordern sind:

- Gut angelegte Arzneimittelsicherheitsstudien, beispielsweise Fallkontrollstudien und große Kohortenstudien, die ein klares Bild des Sicherheitsprofils abgeben, einschließlich der Interaktionen und der Unbedenklichkeit für Risikogruppen (beispielsweise ältere Personen, Kinder, schwangere Frauen und Patienten mit Niereninsuffizienz),
- große kontrollierte randomisierte Langzeitstudien mit Gesamtmortalität als Hauptendpunkt, um die Sicherheit prophylaktischer Interventionen wie Antihypertensiva und Lipidsenker zu bestimmen.

Wirkstoffe, die eine intensive Überwachung erfordern, sollten international gelistet werden unter Angabe des Jahres der regionalen Markteinführung. Die Aufstellung sollte den Fachkreisen und der Öffentlichkeit weltweit zugänglich gemacht werden. In jedem Land ist eine Liste mit den Arzneimitteln aufzustellen, die dort der besonderen Marktüberwachung bedürfen. Solche Listen gibt es bereits in einigen Ländern. Mittel, die auf dieser Liste stehen, sollten auf der Packung und im Beipackzettel als solche kenntlich gemacht werden. Die Nutzen-Schaden-Abwägung von Arzneimitteln ist mindestens in fünfjährigen Abständen wissenschaftlich zu überprüfen.

### **Gebrauchstauglichkeit**

Vor der Markteinführung sind Studien durchzuführen, mit denen belegt wird, dass sich die Neuerung ohne Schwierigkeiten anwenden lässt und dass das Dosierungsregime eingehalten wird. Auch ist durch Studien zu belegen, dass die Patienten den Inhalt des Beipackzettels verstehen und umsetzen können. Die Gesetzgebung muss dieses Erfordernis so rasch wie möglich berücksichtigen.

### **2 - Für Politiker und Arzneimittelbehörden**

1. Arzneimittelbehörden sind daran zu erinnern, dass sie primär für die Öffentlichkeit und nicht für die pharmazeutische Industrie verantwortlich sind und dass ihre Verantwortung für die öffentliche Gesundheit Vorrang vor der Verantwortung für das Wohlergehen der Industrie hat. Beispielsweise sollte die europäische Arzneimittelbehörde (EMA) der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission statt der Generaldirektion Unternehmen zugeordnet werden.

2. Politiker müssen sich aktiv für eine verbesserte Gesetzgebung im Gesundheitswesen einsetzen. Zulassungsbehörden sollten den Fachkreisen und der Öffentlichkeit einen leichteren Zugang zu den relevanten Informationen ermöglichen. Die Zulassungsbehörden sollten zudem den Fachkreisen und der Öffentlichkeit ein Register zugänglich machen, das die mit den Anträgen auf Zulassung eines Arzneimittels eingereichten klinischen Studien aufführt. Dies schließt alle Studien ein, unabhängig davon, ob sie abgeschlossen wurden oder nicht, sowie deren Protokolle.

3. Entscheidungen der Zulassungsbehörden sind zu stärken, indem unabhängige Vertreter aus Öffentlichkeit und Fachkreisen ernannt werden, die in Schlüsselbereichen der Behörden anzusiedeln sind.

4. Alle Zulassungsbehörden sollten jährlich darüber Rechenschaft ablegen, welche Maßnahmen sie ergriffen haben, um intern Interessenkonflikte zu verhindern.

5. Zulassungsbehörden müssen die Daten vergleichender Bewertungen veröffentlichen, sodass Fachkreise und Öffentlichkeit nützliche Arzneimittel von zweifelhaften unterscheiden können.

6. Sobald ein pharmazeutisches Unternehmen den Antrag auf Zulassung eines Arzneimittels bei einer Behörde zurückzieht, weil diese das Mittel für problematisch ansieht, muss dies international veröffentlicht werden. Der Hersteller sollte ausdrücklich hierauf hinweisen müssen, sobald er weitere Anträge auf Marktzulassung stellt.

7. Zulassungsbehörden sollen nicht

nur die Auswirkungen der neuen medikamentösen Intervention auf die öffentliche Gesundheit berücksichtigen, sondern diese ausdrücklich in den Produktinformationen des zugelassenen Arzneimittels formulieren.

8. Zulassungsbehörden müssen die Postmarketing-Überwachung neuer Arzneimittel verbessern.

### **3 - Für Regierungen und internationale Organisationen**

Internationale Organisationen und Regierungen müssen Teile des Gesundheits- und Forschungsbudgets für großangelegte klinische Studien (zu Arzneimitteln und nichtmedikamentösen Therapien) aufwenden, die für das öffentliche Gesundheitswesen relevant sind. Der Bedarf für solche Studien sollte auf Vorschlägen der Fachkreise und der Öffentlichkeit basieren. Insbesondere ist öffentliche Finanzierung für solche Studien erforderlich, die für Pharmahersteller nicht attraktiv sind: mit nicht patentierbaren Arzneimitteln, nicht medikamentösen Therapien, Vergleichen mehrerer Arzneimittel, zur Behandlung kommerziell nicht attraktiver chronischer oder terminaler Erkrankungen sowie mit Waisendarzneimitteln (orphan drugs) und bei seltenen Erkrankungen. Forschungsförderung aus öffentlicher Hand muss über Jahre aufrecht erhalten werden und so umfangreich sein, dass ein Gleichgewicht zwischen industriell und öffentlich finanzierter Forschung gewährleistet ist.

### **4 - Für Fachkreise und Öffentlichkeit**

1. National oder regional sollen Fachkreise und Patientenorganisationen den Forschungsbedarf für Zustände und Erkrankungen festlegen, die therapeutischer Fortschritte bedürfen.

2. Patienten sind in das Design klinischer Studien einzubeziehen – insbesondere bei der Wahl der Endpunkte, der Ergebnisparameter (beispielsweise Lebensqualität, Belastungen im Rahmen der Therapie) und der Information, die den Teilnehmern gegeben wird. Die Kommunikation mit den Teilnehmern über den Fortschritt der Studie und deren Ergebnisse ist im Studienprotokoll zu regeln.

3. Fachkreise müssen neue Therapien mit etablierten vergleichen können, damit sie therapeutische Fortschritte

erkennen können. Sie sollten sich Grundlagen der Evidenz-basierten Medizin aneignen (vor allem zu systematischen Reviews, Evidenz-Stufen, relevanten Endpunkten und Ergebnissen) und mit Nutzen-Schaden- und Kosten-Nutzen-Abwägungen umgehen können. Wird eine neue Behandlung eingeführt, müssen den Fachkreisen sämtliche Informationen vorliegen, damit sie den Patienten die Vor- und Nachteile im Vergleich zu etablierten Behandlungen erklären und damit die Patienten eine informierte Entscheidung treffen können. Es ist darauf hinzuweisen, dass jede unerwartete bzw. unerwünschte Wirkung zu berichten ist.

4. Der Gebrauch von Quellen unabhängiger Arzneimittelinformation muss gefördert werden. Lehre und Fortbildung zur Arzneimitteltherapie sind unabhängig von der pharmazeutischen Industrie durchzuführen.

5. Ethikkommissionen dürfen Studien nur dann genehmigen, wenn die schriftliche Zusage vorliegt, dass die Ergebnisse komplett veröffentlicht werden, spätestens, wenn das Produkt die Marktzulassung erhält.

6. Angehörige der Gesundheitsberufe müssen sich ihrer Verantwortung bewusst sein, dass sie offiziellen Stellen und den Medien gut informierte und unparteiische Auskünfte zu geben und offen auf die Grenzen ihres Wissens hinzuweisen haben.

7. Journalisten, Herausgeber und Verleger sind zu ermuntern, die ihnen verfügbaren Informationen von unparteiischen und informierten Experten überprüfen zu lassen, damit sie sich nicht unbeabsichtigt in kommerzielle Kampagnen einbeziehen lassen. Dies ist von besonderer Bedeutung, da der Druck zunimmt, das Verbot der direkten Bewerbung verschreibungspflichtiger Arzneimittel beim Verbraucher (direct to consumer) zu lockern.

#### **Anhang I Zum Begriff "Verbraucher"**

In medizinischen Veröffentlichungen wird zunehmend das Wort Verbraucher anstelle von „Patient“ verwendet. Tatsächlich sind jedoch Verbraucher "Käufer von Waren und Dienstleistungen zur eigenen Bedürfnisbefriedigung" (Brockhaus Enzyklopädie 1994).

Das Wort Verbraucher ist daher mehr als ein Euphemismus und ein nettes Wort für "Patient". Denn der Gebrauch des Begriffes leugnet die Rolle von Ärzten und Apothekern und die Beziehung von Patienten zu diesen. Das Wort Verbraucher unterstellt, dass der Patient unabhängig und zuverlässig informiert ist und dass er die für ihn richtige Wahl aus dem Angebot der Medikamente treffen kann, um jegliche gesundheitlichen Probleme zu behandeln. Dies ist fast nie der Fall.

Das Wort Verbraucher hat einen eindeutig kommerziellen Einschlag. Es setzt stillschweigend und manchmal unangemessen die Betonung auf die Rolle der medikamentösen Therapie und neigt dazu, nichtmedikamentöse Optionen zu übersehen (operative Methoden, beobachtendes Abwarten, Psychotherapie u.a.). Wer finanzielle Interessen verfolgt, bevorzugt den Begriff Verbraucher, weil er in Einklang steht mit dem Konzept der Direktwerbung verschreibungspflichtiger Arzneimittel beim medizinischen Laien (direct-to-consumer-advertising, DTC), mit dem Arzneimittelvertrieb über das Internet und Strategien der Hersteller, die Fachkreise bei den Auswahlentscheidungen zu umgehen, weil sie als Hemmnis für expandierende Arzneimittelmärkte angesehen werden. Patienten und Öffentlichkeit zu informieren und zu engagierten Partnern im Gesundheitswesen zu machen, ist ein wünschenswertes Ziel. Das Wort Verbraucher soll jedoch vermieden werden, wenn es um Patienten und Arzneimittel geht. Es sollte ersetzt werden durch "Öffentlichkeit" oder "Patienten".

Gelegentlich mag sich das Wort "Personen" besser eignen als "Patienten", wenn es um die Einnahme von Medikamenten zur Vorbeugung von Ereignissen geht (z.B. Schwangerschaft oder Malaria).

#### **Anhang II Arzneimittelpreise**

In reicheren wie in ärmeren Ländern hängt der Zugang zu therapeutischen Fortschritten davon ab, ob diese erschwinglich sind und die Vertriebssysteme leistungsfähig sind.

Therapeutische Fortschritte, die sich die Bevölkerung nicht leisten kann, sind von geringem Nutzen, da sie

nicht die angestrebte Auswirkung auf die Gesundheit haben.

Die angeblich steigenden Kosten von Forschung und Entwicklung für neue Arzneimittel dienen der Industrie seit langem als Vorwand für immer höhere Arzneimittelpreise. Der Arzneimittelpreis hängt allerdings weniger von den tatsächlichen Aufwendungen für die Forschung beziehungsweise die Entwicklung eines therapeutischen Fortschritts ab (man braucht nur an die hohen Preise von Scheininnovationen zu denken), als von den steigenden Aufwendungen für das Marketing und von der unzureichenden Einflussnahme von Politikern und Krankenkassen, die für Arzneimittel bezahlen.

Politiker und Krankenkassen müssen sich für Transparenz der Arzneimittelpreise sowie der Forschungs- und Entwicklungskosten einsetzen. Sie müssen sich dem Druck von Pharmaherstellern widersetzen, die international den maximalen von reichen Ländern bezahlbaren Preis durchsetzen wollen. Vor allem die hohen Arzneimittelpreise verhindern, dass Medikamente, die in klinischen Studien als wirksam erkannt wurden, in Fortschritte umgesetzt werden, die für Patienten und die Öffentlichkeit relevant sind.

#### **Über die International Society of Drug Bulletins (ISDB)**

##### **Hintergrund**

Die International Society of Drug Bulletins (ISDB) ist ein weltweites Netzwerk von Bulletins und Zeitschriften zum Thema Arzneimittel und Therapeutika, die finanziell und redaktionell unabhängig von der pharmazeutischen Industrie sind. Die ISDB wurde 1986 mit Unterstützung des WHO Regionalbüros für Europa gegründet. Ausschlaggebend für die Gründung des ISDB war, dass sich Arzneimittelzeitschriften, die ohne Geldzuwendungen der Industrie arbeiten, Problemen gegenübersehen, die sich Herausgebern und Verlegern der anderen Zeitschriften nicht stellen.

##### **Mitgliedschaft**

Voraussetzungen für die Mitgliedschaft sind redaktionelle und finanzielle Unabhängigkeit sowie die Qualität der veröffentlichten Beiträge. Die ISDB hat zwei Kategorien von Mitgliedern: Voll-



mitglieder, die alle Kriterien der Satzung erfüllen, und korrespondierende Mitglieder. Bei diesen handelt es sich um Institutionen oder Personen, die nicht alle Kriterien für eine Mitgliedschaft erfüllen, die jedoch insgesamt mit den Zielen der Gesellschaft übereinstimmen.

## Ziele

Hauptziel der ISDB ist es, die Entwicklung unabhängiger Arzneimittelzeitschriften in allen Ländern zu fördern und die Zusammenarbeit unter diesen zu erleichtern.

Zu den Prioritäten der ISDB gehören:

- den unabhängigen Arzneimittel-Bulletins zu helfen, einen möglichst hohen professionellen Standard zu erreichen,
- die Entwicklung neuer Arzneimittelzeitschriften zu unterstützen,
- unabhängige Arzneimittelzeitschriften ausfindig zu machen, die nicht dem ISDB-Netzwerk angehören, und eine Zusammenarbeit mit diesen anzustreben,
- die Mitglieder zu ermutigen, Fachleuten Hilfestellung zu leisten, effektiver mit Patienten und der Öffentlichkeit zu kommunizieren,
- mit Verfassern von Arzneimittelkompendien und Beratern in Arzneimittelinformationszentren zusammenzuarbeiten,
- sich dafür einzusetzen, dass Zulassungsbehörden sich zuerst und vorwiegend für das öffentliche Wohl einsetzen.

## Tätigkeit der ISDB

Die ISDB beruft alle drei Jahre eine Generalversammlung ein, die für die Mit-

glieder als Forum für Begegnungen und Informationsaustausch dient. Gleichzeitig bietet diese den Rahmen für Treffen von ISDB-Mitgliedern mit anderen Beteiligten, wie Autoren von Arzneimittelkompendien, Mitarbeitern von Arzneimittelinformationszentren und anderen Herausgebern unabhängiger Arzneimittel- und Therapieinformationen, die noch nicht in der ISDB organisiert sind. Durch regionale Workshops wird der professionelle Standard der unabhängigen Arzneimittel-Bulletins gefördert. Kollegen aus etablierten Bulletins können dabei ihre Erfahrungen an diejenigen weitergeben, die in der Gründungsphase sind. Solche Treffen wurden bislang in Algerien, Ungarn, Italien, Japan, den Philippinen, Holland und Spanien durchgeführt. Um die Entwicklung neuer unabhängiger Arzneimittelzeitschriften zu fördern, laden ISDB-Mitglieder Herausgeber neuer Bulletins ein, damit diese Erfahrungen sammeln können.

Die ISDB gibt einen Newsletter heraus, den alle Vollmitglieder und korrespondierende Mitglieder erhalten. Der Newsletter dient auch dazu, über aktuelle Herausgeberstandards zu informieren, beispielsweise

- wie Artikel verfasst und Informationen eingeholt werden,
- über aktuelle Themen und Aktivitäten zu informieren und
- um die Kommunikation zwischen den Mitgliedern zu fördern.

Durch Treffen, Workshops und Newsletter ermöglicht und erleichtert die ISDB die Diskussion über Informationsquellen, Organisationsstrukturen und Methoden, mit denen die Bulletins Fachkreise unterstützen können, effektiver mit Patienten und der Öffentlich-

keit zu kommunizieren. Finanzielle Unterstützung für Mitglieder-Bulletins und andere Hilfestellungen für Bulletins, die spezielle Schwierigkeiten haben, sind möglich. Im Interesse der öffentlichen Gesundheit und der Arzneimittelinformation, hat der ISDB Verbindungen mit zahlreichen relevanten Organisationen aufgenommen. Mitglieder beteiligen sich an verschiedenen Aktivitäten und Kampagnen. Von besonderer Bedeutung sind: Zugang zu Informationen zu Arzneimitteln einschließlich Zugang zu nicht veröffentlichten Daten, die den Arzneimittelbehörden vorliegen; Erkennung wirklich innovativer Arzneimittel; der Einfluss übertriebenen Marketings durch die pharmazeutische Industrie; Widerstand gegen die Bewerbung verschreibungspflichtiger Arzneimittel bei Laien (DTC-Werbung). Andere ISDB-Aktivitäten umfassen den Austausch von Informationen zu neuen Arzneimitteln, unerwünschten Wirkungen, Vermarktung von Arzneimitteln und gesetzlichen Maßnahmen.

## Kontakt

### ISDB

Christophe KOPP (Chairman) La revue Prescrire (France) - BP 459 75527 Paris - Cedex 11 - France Tel. 33 1 47708606 - Fax: 33 1 47705204 E-Mail: christophe.kopp@wanadoo.fr

### ISDB

Maria FONT (General Secretary) Dialogo sui Farmaci Servizio Farmaceutico ULSS 20 Via Poloni, 1- 37122 Verona - Italy Tel. 39 45 591705 - Fax: 39 45 8075607 E-Mail: mfont@nettuno.it



# “Illegal”

## Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus

von Jessica Groß

Es ist eine Tatsache, dass in einer Millionenstadt wie Berlin viele Menschen leben, die keinen legalen Aufenthaltsstatus haben. Die Änderung des Asylrechts 1993 hat wesentlich zur Verschärfung dieses Problems beigetragen. Wenn illegal hier lebende Menschen krank werden, kommt dies einer privaten Katastrophe gleich. Solange sie Geld haben, ist ihre medizinische Versorgung in der Regel irgendwie sicherzustellen. Schwierig wird es, wenn die Betroffenen mittellos sind. Bei leichteren Fällen mag die Behandlung am Küchenisch eines medizinkundigen Landsmanns noch ein Weg sein. Sonst müssen sie Ärzte finden, die sie kostenlos behandeln. Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe versucht seit 1995 das Unmögliche möglich zu machen.

Seit 1996 hat das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe rund 4000 Menschen betreut, die ohne Aufenthaltsstatus in Berlin leben und daher keinen Zugang zu regulären Gesundheitsleistungen haben. Dabei leistet die Einrichtung selbst keine medizinische Hilfe. Die Mitarbeiter verstehen sich als Vermittler. Sie erfragen die Beschwerden der Ratsuchenden und vermitteln sie an eine geeignete Fachpraxis. Dazu gehören Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Krankengymnastinnen, Heilpraktiker und andere medizinische Einrichtungen. Die Arbeit des Büros wird von Medizinstudenten, Ärzten, Psychologen, Pflägern und Menschen aus anderen Berufsgruppen getragen. Vor sechs Jahren wurde das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe mit dem Ziel gegründet, der rassistischen Ausgrenzung von Flüchtlingen aus der Sozialgesetzgebung und der regulären Gesundheitsversorgung ein praktisches Projekt und eine politische Initiative entgegenzusetzen.

Das Büro wird vor allem von Men-

schen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus aufgesucht. Sie sind von Abschiebung bedroht, sobald sie sich an Krankenhäuser oder Arztpraxen wenden und diese entweder ihre Daten zwecks Abrechnung an das Sozialamt weitergeben oder gar selbst die Ausländerbehörden informieren. Darüber hinaus kommen aber auch Flüchtlinge, die unter das seit 1993 existierende Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) fallen. Sie erhalten laut Gesetz nur eine eingeschränkte medizinische Versorgung. Selbst diese wurde den Flüchtlingen in Berlin mit Berufung auf den 1998 eingefügten § 1a AsylbLG zeitweilig verweigert. So entstand in der Stadt über Jahre hinweg eine besonders zugespitzte Situation. Während in vielen anderen Bundesländern nach § 1a AsylbLG lediglich das Taschengeld gestrichen wurde, versagten die Sozialämter in Berlin den Flüchtlingen vielfach jegliche Versorgung durch Sachleistungen, die Heimunterbringung und auch die medizinische Versorgung. Erst im Februar 2001 wurde durch Ausführungsvorschriften zum § 1a AsylbLG auch in Berlin festgestellt, dass die medizinische Versorgung grundsätzlich sichergestellt werden muss. Dennoch ist es für Flüchtlinge in Einzelfällen trotz Vorliegen einer Duldung oft schwierig, die Kostenübernahme gegenüber dem Sozialamt durchzusetzen. Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe hat zweimal die Woche geöffnet. Es sind in der Regel ein Mann und eine Frau anwesend, von denen mindestens einer über medizinische Grundkenntnisse verfügt.

Die Ärzte und Ärztinnen, die mit dem Büro zusammenarbeiten, behandeln die Flüchtlinge kostenlos und verzichten auf die Identifikation der Betroffenen. Im Bedarfsfall vermittelt das Büro Dolmetscher, die die Patienten in die Praxis begleiten. Sind weitere Diagnostik, Medikamente, die nicht in der Praxis vorrä-

tig sind, oder medizinische Hilfsmittel, wie zum Beispiel Brillen, notwendig, versucht das Büro dies zu organisieren. Hierfür bestehen Kontakte zu kooperierenden Einrichtungen, die bestimmte Leistungen zum Selbstkostenpreis anbieten. Das Büro erstattet keine Rechnungen. Es finanziert sich ausschließlich aus Spenden und arbeitet meist am Rande seiner finanziellen Möglichkeiten. Nur in begründeten Einzelfällen können nach Absprache Kosten übernommen werden.

Inzwischen betreut das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe pro Monat rund 100 Patientinnen und Patienten aus unterschiedlichen Herkunftsländern. Einen Schwerpunkt bilden Menschen aus Lateinamerika und Osteuropa. Die Hilfesuchenden kommen mit einfachen Erkältungskrankheiten genauso wie mit Schwangerschaften und Geburten, Sehstörungen, schweren Infektionserkrankungen, Schwerhörigkeit, bösartigen Tumoren, chronischen Gelenkproblemen, psychischen Problemen oder komplizierten Frakturen.

### Gefahr der Abschiebung bei stationärer Behandlung

Besonders schwierig ist die Situation, wenn eine stationäre Behandlung notwendig wird. Rechtlich gesehen haben auch Personen ohne regulären Aufenthaltsstatus einen Anspruch auf Leistungen nach dem AsylbLG. Nur können sie diesen nicht durchsetzen. Sobald Ansprüche dem Sozialamt gegenüber geltend gemacht werden, erfolgt die Weitergabe der Daten an die Ausländerbehörde. Im schlimmsten Fall droht die Abschiebung direkt aus dem Krankenhaus.

Zum Beispiel wurde in der Abteilung für Gynäkologie der Charité (Standort Mitte) im Juni letzten Jahres eine im fünften Monat schwangere Vietnamesin nach zwei Tagen

von der Polizei in Handschellen von der Station abgeführt. Sie war aufgrund eines sehr schmerzhaften Vulvahämatoms stationär aufgenommen worden. In einem anderen Fall wurde im Januar letzten Jahres von der Ersten Hilfe der Charité (Standort Wedding) die Polizei informiert, da Zweifel an der Identität einer nigerianischen Patientin bestanden, die sich dort mit Schwindel und Kopfschmerzen vorstellte. Die Patientin berichtete, die Polizei habe sie auf eine nahe gelegene Wache gebracht. Als sie dort protestierte und sagte, sie brauche eine medizinische Behandlung, sei ihr der linke Arm auf den Rücken gedreht worden, bis sie einen Schlag verspürte und den Arm nicht mehr bewegen konnte. Von der Polizei wurde die Nigerianerin daraufhin ins jüdische Krankenhaus gebracht. Dort diagnostizierten die Ärzte eine Spiralfaktur des linken Oberarms, die konservativ versorgt wurde. Die Patientin wartete den Abschluss der Therapie im Krankenhaus jedoch nicht ab, sondern verließ die Station aus Angst vor der Polizei am nächsten Tag.

Um eine Weitergabe der Daten zu verhindern, können die Patienten im Krankenhaus als "Selbstzahler" aufgenommen werden. Im Unterschied zu den Sozialämtern sind die Krankenhäuser nicht zur Weitergabe von Daten an die Ausländerbehörde verpflichtet. In der Regel aber haben Flüchtlinge ohne Aufenthaltsstatus nicht genug Geld, um die Rechnung zu begleichen. In Einzelfällen kann das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Absprachen mit den Krankenhäusern treffen, um die Kosten zu reduzieren.

## **Schwangerschaft und Geburt**

Ein weiteres schwieriges Problem ist die Betreuung bei Schwangerschaft und Geburt. Während der Mutterschutzfrist, das heißt sechs Wochen vor bis acht Wochen nach der Geburt, kann aufgrund von faktischen Abschiebehindernissen eine Duldung erteilt werden. Wenn die Frauen sich allerdings durch einen Antrag auf Duldung der Ausländerbehörde offenbaren, ist ihr Schicksal nach Ablauf der Schutzfrist unsicher. Ihre Adresse ist nun bekannt, sie müssen ihr

bisheriges Lebensumfeld verlassen und eine andere Unterkunft suchen.

Dass eine Duldung während der Mutterschutzfrist nicht in jedem Fall gewährt wird, zeigt folgendes Beispiel: Im Dezember 2000 ist eine allein erziehende Albanerin mit ihren drei Kindern, darunter ein fünf Wochen alter Säugling, in den Kosovo abgeschoben worden. Aufgrund der winterlichen Wetterverhältnisse mit Glatteis gab es keine Verkehrsverbindung zwischen dem Flughafen und der Stadt Pristina. Zudem hatte die Mutter dort keine Unterkunft.

Der Flüchtlingsrat fordert daher, die Ausführungsvorschriften zum Ausländergesetz in Berlin dahingehend zu ändern, dass schwangeren Frauen drei Monate vor bis drei Monate nach der Geburt eine Duldung erteilt wird. Von 1988 bis 1991 war eine solche Regelung im Rahmen des Ausländererlasses in Berlin schon einmal möglich.

Wegen des unsicheren Aufenthaltsstatus ist in der Regel eine normale Schwangerenvorsorge gar nicht möglich. Medizinische Risiken und Gefahrensituationen für Mutter und Kind können daher nicht diagnostiziert und behandelt werden. Dazu kommt die psychosoziale Belastung durch die Unsicherheit, die Angst vor Abschiebung und die materiell schwierige Lebenssituation. Schwangerschaften in der Illegalität sind daher als Risikoschwangerschaften anzusehen und bedürfen einer besonders sorgfältigen Betreuung durch Ärzte und Hebammen.

Erhebliche Probleme bereitet im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt die Ausstellung einer Geburtsurkunde. Erstens prüfen die Standesämter den Aufenthaltsstatus und könnten sofort die Polizei informieren. Dann endet das Abholen der Geburtsurkunde im schlimmsten Fall im Abschiebegefängnis. Zweitens erfolgt routinemäßig die Weitergabe der Daten an das Einwohnermeldeamt, was wiederum eine Verfolgung nach sich zieht. Das Leben ohne Geburtsurkunde ist jedoch nicht nur ein dauerndes Handicap für das Kind. Falls Mutter und Kind aufgegriffen

werden, kann es auch zu deren Trennung führen, da die Mutter nicht beweisen kann, dass es sich wirklich um ihr Kind handelt.

## **Was tun?**

Mit dem geplanten Gesetz von Bundesinnenminister Schily zur Zuwanderung steht zu befürchten, dass sich die Problematik verschärft. Vor allem durch die Abschaffung der Duldung droht weiteren Flüchtlingen die Illegalität und die völlige Rechtlosigkeit. (Aktuelles zum Zuwanderungsgesetz und Stellungnahmen von Fachgesellschaften siehe unter [www.proasyl.de/presse02/aktuell.htm](http://www.proasyl.de/presse02/aktuell.htm) oder unter [www.dbein.bndlg.de/action](http://www.dbein.bndlg.de/action).)

Von Politikern und Experten wird als Lösung für die medizinische Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus immer wieder die Einrichtung eines Armutsfonds, von Kontingentbetten oder von Obdachlosenambulanzen vorgeschlagen. Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe hält diese Ansätze jedoch für nicht ausreichend und daher für ungeeignet. Aus ihrer Praxis wissen die Mitarbeiter, dass die Gesundheitsprobleme eben nicht durch eine punktuelle Minimalversorgung gelöst werden können. Kontingente oder Fonds werden mit ihrer unverbindlichen und begrenzten Finanzierung stets im Widerspruch zu den Erfordernissen üblicher Therapiestandards stehen. Darüber hinaus stellt sich die Frage, wer nach welchen Kriterien über die Vergabe von Fondsmitteln entscheiden soll.

Flüchtlinge, die ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland leben, müssen vielmehr in die medizinische Regelversorgung integriert werden. Dass das möglich ist, zeigen Beispiele aus anderen europäischen Ländern. In Frankreich zum Beispiel erfolgt die medizinische Versorgung von Ausländern mit irregulärem Aufenthaltsstatus durch den AME (aide medical de l'état), einer Organisation des Gesundheitsministeriums, zu den Bedingungen der regulären Versorgung in öffentlichen Krankenhäusern oder Arztpraxen und ohne Weitergabe von Daten an Polizei oder Innen-

ministerium. Auch in Großbritannien ist die Versorgung durch das öffentliche Gesundheitswesen unter unproblematischeren Bedingungen möglich.

Ein erster Schritt wäre die Abschaffung der §§ 76 und 92 AuslG. Eine Entkriminalisierung und die Abrechnung über das Sozialamt wären dann möglich, ohne ausländerrechtliche Sanktionen und Abschiebung durch die Ausländerbehörde befürchten zu müssen.

Solange Flüchtlinge nicht in die reguläre Gesundheitsversorgung integriert sind, wird das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe seine Arbeit fortsetzen müssen. Hierfür ist es dringend auf die Unterstützung durch die Ärzteschaft, auf weitere kooperierende Praxen sowie auf Spenden angewiesen.

Anschrift der Verfasserin:  
Dr. med. Jessica Groß, Büro für medizinische Flüchtlingshilfe  
E-Mail: Jgross66@aol.de

## Arbeiten Sie mit uns zusammen! Spendenkonto

Büro für medizinische Flüchtlingshilfe  
Gneisenaustraße 2 a, 10961 Berlin  
694 67 46 (auch AB)  
Öffnungszeiten: Montag bis Donnerstag 16.30 bis 18.30 Uhr  
FFM e.V. Berliner Sparkasse BLZ 100 500 00 Kto.-Nr. 610027263 Stichwort: Medizinische Hilfe

(aus "Berliner Ärzte" 2/2002)

## Büro für medizinische Flüchtlingshilfe

### Krank auf der Flucht?

**Bitte achten Sie darauf, dass Sie weder krank sind noch werden, nicht schwanger sind und auf keinen Fall traumatische Störungen erleiden! Diesen gut gemeinten Rat, sollten man Menschen ohne Aufenthaltsstatus hierzulande geben.**

Eine medizinische Versorgung geht im Allgemeinen mit einer Entdeckung durch die Ausländerbehörde und damit mit einer drohenden Abschiebung einher. Einzelheiten über die Schwierigkeiten, die Menschen ohne Aufenthaltsstatus haben, hat Jessica Groß bei der Regionalgruppe Berlin vorgetragen. Ihr Artikel aus dem Berliner Ärzteblatt (s. Dokumentation) beschreibt ausführlich

die Probleme und auch einige Lösungsansätze. Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe dient als Anlaufstelle für illegal in Berlin lebende Menschen vermittelt ärztliche Hilfe, bietet Dolmetscherdienste und kann in begrenztem Rahmen auch Arzneimittel bezahlen o.ä. Die Arbeit des Büros wird ehrenamtlich erbracht und auch die behandelnden Ärzte, ca. 50 in Berlin, behandeln gratis.

Problematisch, so sagte Jessica Groß, ist der doch recht kleine Kreis an ÄrztInnen, so dass bestimmte Praxen mitunter überstrapaziert werden und aus der Arbeit aussteigen. Wenn stationäre Aufnahmen notwendig werden, kommen Probleme mit den Verwaltungen dazu, Hilfestellungen

würden hier besonders die konfessionellen Häuser bieten.

Unterstützung kann das Büro natürlich auf allen möglichen Ebenen gebrauchen. Die Regionalgruppe Berlin hat angeboten, falls Medikamente benötigt werden, Unterstützung zu bieten. Daher möchten wir die Mitglieder des VDPP bitten, falls eine Anfrage vom Büro für medizinische Flüchtlingshilfe nach Medikamenten von uns weitergeleitet wird, diese wohlwollend aufzunehmen.

Darüber hinaus kann das Büro selbstverständlich finanzielle Unterstützung gebrauchen und es werden auch noch MedizinerInnen, die sich an der Behandlung beteiligen gesucht.

### Ursachen der Illegalität

Grobe Schätzungen gehen von etwa 100 000 Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Berlin aus. "Illegalisierte" haben aus vielerlei Gründen keine gültigen Aufenthaltspapiere. Die wichtigste Ursache liegt in der seit Jahren stetig verschärften Ausländergesetzgebung, speziell der Änderung des Asylrechts 1993. Die meisten Flüchtlinge haben gar nicht erst die Chance eines Asylverfahrens, sie werden schon an den Grenzen oder am Flughafen abgelehnt und zurückgeschoben. Weil sie aus einem sicheren Drittstaat kommen, wird der Asylantrag als offensichtlich unbegründet sofort abgelehnt. Manche überqueren daher die grüne Grenze.

Auch von den Asylbewerbern, die überhaupt die Chance auf ein Asylverfahren haben, werden die meisten abgelehnt. Viele tauchen in die Illegalität ab. In ihre Heimatländer können sie nicht zurückkehren, weil ihnen dort Gefahr für ihr Leben droht oder ihre Lebensgrundlage zerstört wurde. Ähnliches gilt für ausreisepflichtige Bürgerkriegsflüchtlinge (z.B. aus Bosnien oder dem Kosovo). Es gibt aber auch viele andere Wege in die Illegalität. Touristen bleiben nach Ablauf ihres Visums, Studenten nach Ende ihres Studiums. Familienangehörige reisen ohne Nachzugsberechtigung ein. Arbeitsmigranten kommen ohne Ge-

nehmigung für einen begrenzten Zeitraum. Frauen, die nach einer Trennung kein eigenes Aufenthaltsrecht haben, gehören genauso dazu wie Opfer von Zwangsprostitution und Menschenhandel.

Dabei ist der Begriff "Illegale" nicht geeignet, die Lebenssituation dieser Menschen tatsächlich zu beschreiben. "Illegal" impliziert, jemand habe sich eines Verbrechens schuldig gemacht und sei kriminell. Tatsächlich sind die Betroffenen jedoch aufgrund restriktiver Auslegungen der Ausländergesetze "illegalisiert" worden. Viele leben auch in unsicheren Zwischensituationen, sie besitzen eine Duldung für einige Wochen

oder Monate oder sie sind mit einer Grenzübergangsbewilligung verpflichtet worden, innerhalb einer bestimmten Frist auszureisen. Die Planung ihrer Zukunft wird ihnen so unmöglich gemacht. Das Leben in der Illegalität wird von der Angst vor

Entdeckung bestimmt. Die meisten Menschen, die hier ohne gesicherten Aufenthaltsstatus leben, verhalten sich im Alltag deshalb besonders unauffällig und angepasst. Schon in der U-Bahn schwarzzufahren, könnte für sie die Entdeckung und damit die

Abschiebung bedeuten. Sich ordentlich und gut zu kleiden kann ein Schutz vor Kontrollen sein.

(aus „Berliner Ärzte“ 2/2002)

## Menschen ohne Aufenthaltspapiere: Gesundheitliche Risiken

Die Angst vor Entdeckung führt bei "Illegalen" oft dazu, sich gar nicht in die Öffentlichkeit zu wagen. Polizei und auch Mitarbeiter von Behörden werden als Bedrohung wahrgenommen. Viele Betroffene können dabei gar nicht einschätzen, wer ihnen als Vertreter der Staatsmacht oder als Angestellter einer unabhängigen Beratungseinrichtung gegenübertritt.

Diese dauernde Bedrohungssituation

kann Depressionen und andere psychische Störungen hervorrufen. Psychosomatische Ursachen können zu Klagen über diffuse körperliche Symptome führen. Darüber hinaus belasten die realen Lebensbedingungen, die schlechten Wohnverhältnissen und gefährlichen Arbeitsbedingungen die Gesundheit. Da der Zugang zu medizinischer Versorgung schwierig ist, wird oft erst bei ernstlichen Beschwerden medizinische Hilfe

gesucht und es kommt zu Chronifizierungen. Wegen der schikanösen Arbeitszeiten und der Tatsache, dass die Betroffenen (für die der Erhalt ihres Arbeitsplatzes existenziell wichtig ist) sich nicht krank melden können, kann sich die Behandlung verzögern.

(aus „Berliner Ärzte“ 2/2002)

## Rechtsprobleme bei der Behandlung "Illegaler"

von Britta Nitsche

**Diese Situation haben Sie vermutlich auch schon erlebt, oder zumindest von Ihren Kollegen gehört: Ein scheinbar ausländischer Patient sucht um ärztliche Hilfe in einer Arztpraxis oder bei einem Bereitschaftsarzt/ -ärztin in einem Krankenhaus nach. Wenn der Patient einigermaßen gut die deutsche Sprache spricht oder mit einem Dolmetscher erscheint und Ihnen seine Anschrift nennt sowie seine Versichertenkarte oder einen Krankenschein des Sozialamtes vorlegt, können Sie Ihres Amtes walten. Aber wie verhalten Sie sich, wenn eine der Voraussetzungen fehlt? Was bedeutet es für den Patienten und welche Folgen hat dies für Sie, wenn der Patient im Inland nirgendwo ausländerrechtlich angemeldet ist (also "illegal" ist) und sogar aus diesem Grund polizeilich gesucht wird?**

Wie bei jedem Patienten, haben Sie auch bei der Behandlung von Patienten mit illegalem Aufenthaltsstatus die Pflicht, sensible Daten zu schützen und den Patienten ausreichend aufzuklären. Zur Erfüllung der Aufklärungs- und Hinweispflichten ist in der Regel die Hinzuziehung eines kompetenten Dolmetschers unerlässlich, wobei die Anforderungen je nach dem Ernst der gesundheitlichen Lage des Patienten abgestuft sind.

### Informationspflichten des Arztes und der Krankenhausverwaltung

"Öffentliche Stellen" sind unter bestimmten Voraussetzungen verpflichtet, der zuständigen Ausländerbehörde von den im Gesetz genannten "Umständen" der Behandlung zu berichten, also spontan und ohne Aufforderung, § 76 II AuslG. Der illegale Aufenthalt des Patienten ist ein informationswürdiger Umstand im Sinne des Ausländerrechts. Allerdings sind Sie als Arzt keine "öffentliche Stelle", wohl aber die Verwaltung eines öffentlichen Krankenhauses. Die Verwaltung hat sich deshalb durchaus mit den Mitteilungs- und Unterrichtungspflichten auseinander zu setzen. Bei den Mitteilungspflichten gemäß § 76 I AuslG müsste der "Umstand" der Verwaltung "bekannt geworden" sein. Daraus könnte man den für den illegalen Patienten günstigen Schluss herleiten, dass nur solche Umstände mitteilungs- und unterrichtungspflichtig sind, die die Verwaltung im Rahmen ihrer eigentlichen Aufgabenerfüllung erfahren hat und nicht solche, die sie nur "bei Gelegenheit" mitbekommt. Da die primäre Aufgabe des Krankenhauses in rein medizinischer Tätigkeit besteht und der illegale Aufenthalt des Patienten nur bei deren "Gelegenheit" erfahren wird, führt allein dies wohl nicht zu einer Mitteilungs-

pflicht der Krankenhausverwaltung (diese Gesetzesauslegung ist datenschutzfreundlich und nicht umstritten). Allerdings ist es auch für eine Krankenhausleitung möglich, sich der Auskunftspflicht mit Hinweis auf die ärztliche Schweigepflicht zu entziehen. In § 77 I AuslG ist geregelt, dass personenbezogene Daten und sonstige Angaben nicht übermittelt werden müssen, wenn es besondere gesetzliche Regelungen gibt, wie etwa die ärztliche Schweigepflicht. Dann dürfen zum Beispiel von einem Krankenhausarzt der Verwaltung zugänglich gemachte personenbezogene Daten von dieser nur übermittelt werden, wenn zum Beispiel der Ausländer die öffentliche Gesundheit gefährdet (und Schutzmaßnahmen zum Ausschluss der Gefährdung nicht möglich sind oder nicht eingehalten werden) oder wenn es um Betäubungsmittel geht. Voraussetzung ist allerdings, dass der Schweigeverpflichtete aus § 203 I StGB das Geheimnis in seiner beruflichen Funktion erfahren hat.

### Strafbarkeit Ihrer Tätigkeit

Das Ausländergesetz kennt besondere Strafvorschriften für den Fall der Begünstigung illegaler Ausländer in fast jedweder Hinsicht, §§ 92, 92 a AuslG. Der Unterschied zwischen dem Tatbestand des § 92 AuslG und dem des § 92

a AuslG liegt vor allem darin, dass § 92 a AuslG eine verwerflichere Unterstützungshandlung des illegalen Ausländers bestraft. Den § 92 AuslG können Sie als deutscher Staatsangehöriger begehen, indem Sie einem illegalen Ausländer helfen, seinen unerlaubten Aufenthalt irgendwie fortzusetzen. Den § 92 a AuslG können Sie vor allem dadurch begehen, dass Sie als Haupttäter gegen Bezahlung den unerlaubten Aufenthalt fördern und/oder wiederholt und/oder zugunsten von mindestens zwei Ausländern deren unerlaubten Aufenthalt unterstützen.

Grundsätzlich kann eine medizinische Behandlung eine Beihilfebehandlung im Sinne der Nr. 92 a AuslG-Verwaltungsvorschrift darstellen. Sie müssten zusätzlich auch vorsätzlich und rechtswidrig und schuldhaft gehandelt haben. Selbst, wenn Sie wissen, dass Sie einem oder mehreren Ausländern durch die medizinische Behandlung beim illegalen Aufenthalt geholfen haben, werden bei Ihnen im Regelfall Rechtfertigungs- (§ 34 StGB) oder Entscheidungsgründe (§ 35 StGB) vorliegen. Je nach Einzelfall, in der Regel also abhängig von der Schwere der Erkrankung und der Eilbedürftigkeit der einzuleitenden Maßnahmen, werden Sie gerechtfertigt oder zumindest entschuldigt die medizinische Behandlung durchführen. Dann ist keine Strafbarkeit gegeben. Selbst, wenn Sie Bedenken haben sollten, ob Ihre Behandlung eines illegalen Patienten im Sinne des Strafrechts gerechtfertigt oder entschuldigt ist, weil die Erkrankung "nicht so schwer" ist, können Sie im Regelfall davon ausgehen, dass keine Strafe folgt. Behörden werden kaum einschätzen können, ob Sie dem Patienten nicht doch zur Abwendung eines weiteren Körperschadens helfen "mussten". Deshalb wird im Zweifel Ihre berufsethische Verpflichtung als Arzt zu Ihren Gunsten zu berücksichtigen sein. Abgesehen davon, dass mir kein Fall der strafrechtlichen Verfolgung von Ärzten wegen der Behandlung von illegalen Ausländern bekannt ist, werden auch vergleichbare Unterstützungshandlungen (z.B. im Kirchenasyl) in der Regel mit Nachsicht betrachtet.

### **Kostenübernahme beim Nicht-Selbstzahler**

Ihr Patient hat keinerlei Krankenversicherung und ist auch nicht Selbstzahler. Wenn die Behandlung nicht ohne die Inanspruchnahme eines öffentlichen Kostenträgers möglich ist - in diesem Fall geht das nur, wenn Sie bereit sind, den Patienten kostenlos zu behandeln

oder ein Dritter als Zahler einspringt - muss vor der Behandlung die Übernahme der Kosten beim Sozialamt beantragt werden. In Eilfällen, wenn wegen drohender Gesundheitsverschlechterung vor dem Behandlungsbeginn nicht eine Kostenübernahme durch das Sozialamt herbeigeführt werden konnte, kann ein Kostenerstattungsantrag beim Sozialamt nachgeholt werden. Gemäß § 1 I AsylbLG werden "bedürftige" Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus bis zu ihrem tatsächlichen Verlassen Deutschlands grundsätzlich vom AsylbLG erfasst. Der Kosten- oder Erstattungsantrag sollte bei dem Sozialamt eingereicht werden, in dessen Bezirk sich der Patient zum Zeitpunkt der Aufnahme der Behandlung tatsächlich aufhält, wenn nicht sicher bekannt ist, ob der Patient zuvor asyl- oder ausländerrechtlich einem bestimmten Aufenthaltsort (und damit auch Sozialamt) förmlich zugewiesen war.

Das angerufene Sozialamt hat gemäß § 10 AsylbLG zu verfahren und zumindest in unabweisbar gebotenen Fällen Hilfe zu gewähren, wenn es an sich örtlich unzuständig ist. Allerdings ist damit zu rechnen, dass das angerufene Sozialamt unmittelbar nachdem es von dem illegalen Aufenthalt des Patienten erfährt, die zuständige Ausländerbehörde gemäß § 76 AuslG unterrichtet. Diese wird dann die Abschiebung oder auch zuvor die Abschiebehaft des Patienten in die Wege leiten. Dies muss weder dem Patienten noch Ihnen als Arzt in jedem Fall ausdrücklich mitgeteilt werden. Sie können aber davon ausgehen, dass der Patient - je nach der Schwere - bis zur Abklärung der Notwendigkeit der Behandlung (i.d.R. durch das Gesundheitsamt) geduldet wird und vorerst nicht abgeschoben wird. Dies gilt jedenfalls bei dem Erfordernis stationärer Behandlung, Haft- und Reiseunfähigkeit. Mit einer Kostentragung der Behandlung ist aber nur zu rechnen, bei Leistungen zur "Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände" (§ 4 AsylbLG). Erfasst werden keine chronischen Erkrankungen. Notfalls dient auch § 6 AsylbLG als Auffangtatbestand "für sonstige im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässliche Leistungen". Unter § 6 AsylbLG lassen sich zum Beispiel auch die notwendigen Dolmetscherkosten subsumieren.

### **Eilbedürftigkeit**

Meistens besteht dringender Handlungsbedarf. Es drohen gesundheitliche Verschlechterungen beim Patienten, außerdem die Abschiebung. Wenn Sie

sich wegen ungeklärter Kostentragung nicht in der Lage sehen, unmittelbar mit der Behandlung zu beginnen, wäre es hilfreich, dem Patienten zunächst eine ärztliche Stellungnahme mit Ihrem Namen und Ihrer Praxis-, bzw. Krankenhausanschrift an die Hand zu geben mit folgendem Inhalt: diagnostizierte Erkrankung, Darlegung eines dringenden und akuten Erfordernisses ärztlicher/medikamentöser Behandlung, Darlegung der Folgen des Unterbleibens/Abbruch der Behandlung, gesundheitliche Folgen einer Abschiebung/Trennung von Familienangehörigen oder Betreuern. Sofern Sie sich in ausländerrechtlichen Angelegenheiten nicht auskennen und auch zu der Behandlungsfähigkeit im Heimatland des Patienten keine Informationen vorliegen, sollten Sie dem Patienten zur Kontaktierung eines auf diesen Gebieten spezialisierten Rechtsbeistandes/einer Flüchtlingsberatungsstelle raten.

### **Der Versicherte oder Selbstzahler**

Der Patient ist entweder im Inland gesetzlich oder privat krankenversichert, hat eine ausländische Krankenversicherung oder ist Selbstzahler, ist aber ohne Kenntnis einer Ausländerbehörde in Deutschland, das heißt, er hat keinen ausländerrechtlichen Titel. Sie wissen nichts davon.

Bei der Kostentragung wird es vermutlich keine Schwierigkeiten geben. Etwaigen Mitteilungs- oder Unterrichtungspflichten können Sie gegenüber der Ausländerbehörde mangels Kenntnis nicht nachkommen. Auch wenn Sie objektiv eine Beihilfebehandlung zur Unterstützung des weiteren illegalen Verbleibs des Patienten in Deutschland leisten sollten, handeln Sie nicht vorsätzlich. Denn Sie wissen nichts von der Illegalität. Sie werden folglich bereits deshalb nicht bestraft, ungeachtet etwaiger Rechtfertigungs- oder Entschuldigungsgründe. Im übrigen befindet sich Ihr Patient natürlich in der gleichen misslichen Lage wie in der 1. Alternative, das heißt, er ist von der Abschiebung bedroht und benötigt zumindest eine aussagefähige ärztliche Stellungnahme zu seinem Gesundheitszustand, um ggfs. die Ausländerbehörde von der Duldung oder anderweitigen Akzeptanz seines weiteren Aufenthalts in Deutschland überzeugen zu können.

Anschrift der Verfasserin: Britta Nitsche, Rechtsanwältin Weserstraße 65 28757 Bremen  
(aus "Berliner Ärzte" 2/2002)

# Hormonskandal bei Frauen ohne Folgen

## Die Ärzteschaft muss Farbe bekennen

Eine der weltweit größten Studien zur so genannten Hormonersatztherapie für Frauen nach den Wechseljahren in den USA, die Women's Health Initiative, bei der 16.000 Frauen im Durchschnitt über fünf Jahre eine kombinierte Östrogen/Gestagen-Mischung einnahmen, wie sie auch bei uns üblich ist, wurde von den Aufsichtsgremien in den USA vorzeitig aus ethischen Gründen gestoppt, weil sich die Risiken als größer erwiesen als der Nutzen. Die Zunahme des Brustkrebses betrug 26%, eine bereits erwartete Größe. Überraschender war, dass auch das Herzinfarktrisiko nicht sank, sondern stieg. Von 10.000 Frauen müssen pro Jahr im Vergleich zu Placebo, also einem unwirksamen Scheinmedikament zusätzlich sieben mit einem Herzinfarkt, acht mit einem Schlaganfall und 18 mit Thrombosen rechnen. Die Vermeidung von sechs Darmkrebserkrankungen und fünf Hüftgelenksfrakturen reichten nach Auffassung der Aufsichtsbehörde nicht aus, um die Risiken aufzuwiegen.

In den USA rät inzwischen jeder zweite Arzt von der Einnahme dieser Medikamente ab. Anwälte bereiten dort bereits Sammelklagen von Frauen vor, die sich durch die Einnahme der Hormone geschädigt fühlen. Schließlich hatten die Studienleiter u. a. öffentlich erklärt: "Nutzen Sie keine Östrogen-Gestagen-Präparate um einer chronische Erkrankung vorzubeugen" und "Das Herzinfarkt- und Thromboserisiko ist schon zu Beginn der Therapie erhöht".

Hierzulande geschieht eher das Gegenteil. Wer mit einem Paradigmenwechsel in dem Umgang mit Wechseljahresbeschwerden gerechnet hätte, sieht sich getäuscht. Die Pharmaindustrie und die von deren Werbung abhängigen Fachzeitschriften eröffneten sofort nach Bekanntwerden ein publizistisches Feuerwerk, um an der Östrogen/Gestagen-Therapie zu retten, was zu retten ist. Schließlich nehmen täglich 11 Millionen Frauen

diese Medikamente ein, machte alleine das Unternehmen "Wyeth" - bekannt geworden durch den Nitrofenkandal - mit diesen Präparaten letztes Jahr einen Umsatz von zwei Milliarden Dollar. Anerkannte Professoren lassen sich gegen ein natürlich nicht genanntes Honorar dazu einspannen. Im Gegensatz zu den USA fühlen sich Wissenschaftler bei uns nur in Ausnahmefällen verpflichtet, ihre finanziellen Verflechtungen zu veröffentlichen, ihre Auftraggeber und die Höhe des Honorars zu nennen. Allen voran ist der Vorsitzende des Arbeitskreises "Steroide in Kontrazeption und Substitution" des Berufsverbandes der Frauenärzte Prof. Dr. med. Alexander Teichmann zu nennen. In einem sog. Patienten-Informationsblatt, per fax an alle 11000 Mitglieder des Berufsverbandes versandt, werden die Ergebnisse der Studie auf bizarre Weise verdreht, nicht einmal der Abbruch und die Begründung dazu erwähnt. "Weitere Exemplare dieses Patienten-aufklärungsbogens können sie über die Unternehmen Schering beziehungsweise "Jenapharma" die freundlicherweise auch diese Faxakti-

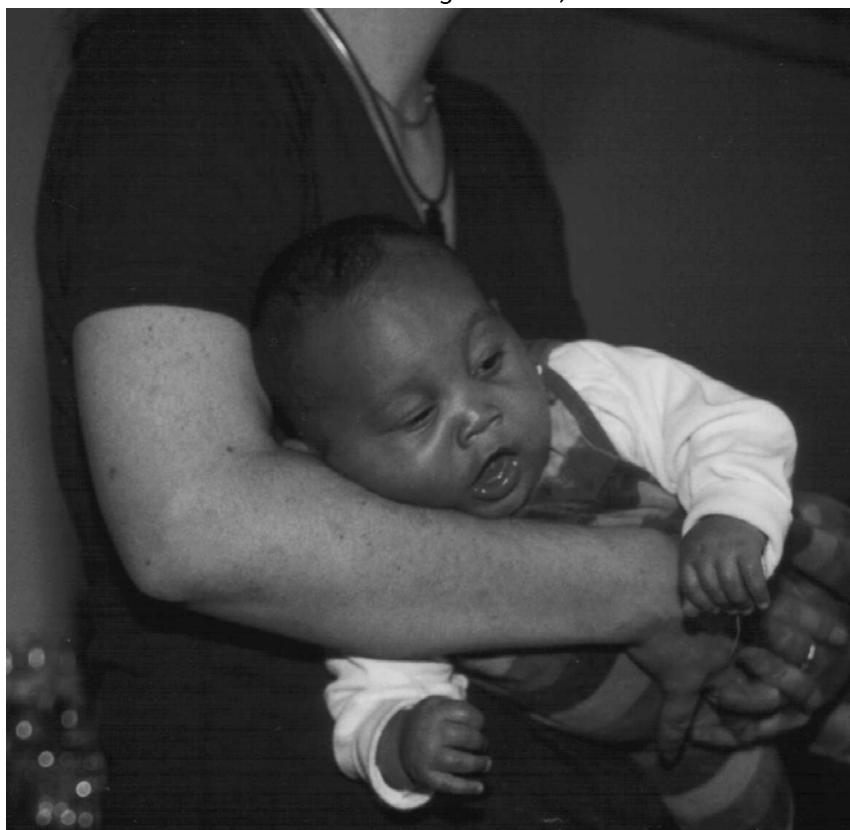
on unterstützt haben unter folgender Faxnummer anfordern." Dass Teichmann selbst ein gefragter Referent bei Firmen wie Schering ist bleibt natürlich im Dunkeln.

Wir fordern die Ärzteschaft und ihre Standesorgane auf, Flagge zu zeigen. Wenn sie schweigen unterstützen sie die Profitinteressen eines Teiles der Pharmaindustrie und verraten damit die Interessen der ihnen anvertrauten Patientinnen. Gerade angesichts des Machtvorsprungs der Industrie in der Manipulation der öffentlichen Meinung ist es zwingend, dass die Ärzteschaft eine Gegenöffentlichkeit schafft, aufklärt und durch eine Fortbildungsoffensive dafür sorgt, dass die in ihrem Ausmaß historisch zu nennende Schädigung von Millionen von Frauen durch ein falsches Therapiekonzept beendet wird.

Winfried Beck

Vorsitzender des VDÄÄ

(Presstext des VDÄÄ vom 23. August 2002)



# Gesundheitspolitik: Solidarität statt Privatisierung und Marktorientierung

## – Sondermemorandum –

- Kurzfassung -

(Die lesenswerte Langfassung des Sondermemorandums ist im Internet unter <http://www.memo.uni-bremen.de/docs/sm0213.pdf> zu finden)

Vier Jahre nachdem die konservativ-liberale Koalition auch an ihren tiefen unsozialen Einschnitten in das Gesundheitswesen gescheitert ist, droht die Gesundheitspolitik jetzt ebenfalls für Rot-Grün zum Stolperstein zu werden. Sie wird wiederum eines der wichtigsten Wahlkampfthemen werden, nicht nur bei den Parteien, sondern auch bei den großen Gewerkschaften des DGB, ver.di und IG Metall, sowie bei der Organisation der Globalisierungsgegner ATTAC.

Kaum eines der ehrgeizigen gesundheitspolitischen Reformprojekte der amtierende Regierungskoalition ist praktisch umgesetzt worden. Auf der Strecke geblieben sind u.a.

- die Stärkung der hausärztlichen Versorgung,
- die Aufhebung der starren Aufteilung der Budgets auf die einzelnen Versorgungssektoren,
- die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung - ggf. auch gegen den Willen der kassenärztlichen Vereinigung,
- die Einführung einer Liste qualitäts- und wirtschaftlichkeitsgesicherter Arzneimittel (Positivliste),
- wesentliche Fortschritte bei der Verbesserung der Qualitätssicherung.

Trotz deutlicher Beitragssatzsteigerungen bei den gesetzlichen Krankenkassen Ende 2001 verzeichnen die Krankenkassen im 1. Quartal 2002 erneut bedrohliche Defizite.

Es steht zu befürchten, dass sich auch nach der Wahl nichts Wesentliches ändern wird und - wie auch immer die Wahl ausgeht - längst über-

fällige gesundheitspolitische Strukturereformen auch künftig unterbleiben, darunter

- eine bessere Integration der verschiedenen Versorgungssektoren (ambulante, stationäre Versorgung, Pflege, Hilfsmittelversorgung etc.),
- ein konsequenter Ausbau von Prävention und Rehabilitation statt Konzentration auf kurative Medizin und Pflege,
- eine Orientierung medizinischer Leistungen an evidenzgesicherten Leitlinien,
- eine Wettbewerbsverfassung für die Krankenkassen, mit der die Jagd nach guten Risiken unterbunden wird,
- eine flächendeckende professionelle Qualitätssicherung in allen Teilbereichen des Versorgungssystems,
- das Aufbrechen monopolistischer Machtstrukturen und der Dominanz von Rendite- und Einkommensorientierung vor allem in der Pharmaindustrie, aber auch in vielen anderen Zweigen der Versorgung,
- ein systematischer Ausbau von Patientenrechten und eine stärkere aktive Einbindung v.a. chronisch kranker PatientInnen in das Versorgungsgeschehen.

Nicht anders als die Kohl-Regierung setzt auch Schröder und seine neue Gesundheitsministerin Schmidt im Wesentlichen auf Markt und Wettbewerb zur Lösung der im Gesundheitswesen nach wie vor bestehenden Strukturprobleme. Im Vordergrund steht hierbei eine einseitige Fokussierung auf stabile Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), d.h. auf eine Senkung der Lohnnebenkosten zum Vorteil der Wirtschaft. Verschiedene Interessengruppen, wie z.B. die Arbeitgeberverbände, fordern vor dem Hintergrund steigender Beitragssätze

eine nachhaltige Senkung ihres Anteils an der Finanzierung in der GKV. Ansonsten sei die "Deutschland AG", wie bei allen anderen Sozialleistungen auch, in ihrer Wettbewerbsfähigkeit bedroht. Es käme zu Wachstumsausfällen, Kapitalflucht und zu nachhaltigen Arbeitsplatzverlusten.

Mit Horrorszenarien, die eine Beitragssatzsteigerung von heute durchschnittlich 14 % auf Sätze bis zu 35 % in 2040 prognostizieren, wird "schmutzige", die Bevölkerung verunsichernde Interessenpolitik betrieben, die durch eine wissenschaftliche Überprüfung ad absurdum geführt wird. Für bedrohliche künftige Kostensteigerungen gibt es keinerlei gesicherte, fundierte Anhaltspunkte, geschweige denn für eine Kostenexplosion. Der Anstieg der GKV-Beitragssätze wurde vielmehr über viele Jahre vor allem durch das Schrumpfen der Beitragsbasis, der beitragspflichtigen Löhne, Gehälter und Sozialeinkommen infolge zurückhaltender Tarifpolitik und sinkende Beschäftigung verursacht. Die beste Therapie für konstante oder sogar sinkende Beitragssätze in der GKV wäre demnach eine Erhöhung der Lohnquote mindestens auf das alte Niveau zu Beginn der 1980er Jahre. Dies impliziert allerdings eine grundlegende Umkehr der Arbeitsmarkttrends in Richtung Vollbeschäftigung und zusätzlich die konsequente Ausnutzung des verteilungsneutralen Spielraums (Produktivitätserhöhung plus Inflationsrate) mit einer entsprechenden Umverteilungsgröße in den Tarifverhandlungen.

Schon ein mäßiger Rückgang der Arbeitslosigkeit würde die aktuellen Finanzierungsprobleme der GKV deutlich reduzieren. Nicht ohne Grund fordert daher die Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik bereits seit über zwei Jahrzehnten im-



mer wieder eine nachhaltige kompensatorische staatliche Fiskal- und darauf abgestimmte Geldpolitik ein, die schwerpunktmäßig auf ökologisch orientierte Beschäftigung und sozial gerechte Verteilung der arbeitsteilig geschaffenen gesellschaftlichen Werte setzt.

Eine Gefährdung des Wirtschaftswachstum geht von den Gesundheitsausgaben aber in keinem Fall aus. Einmal abgesehen von dem Tatbestand, dass die effektiv ausgabenwirksamen Lohnnebenkosten unter Berücksichtigung von Produktivitätsentwicklungen in Deutschland alles andere als zu hoch sind, liegt beispielsweise die Belastung der Unternehmen durch die GKV im Verarbeitenden Gewerbe bezogen auf die Gesamtkosten der Unternehmen bei gerade einem Prozentpunkt. Außerdem: Eine Expansion des beschäftigungsintensiven Gesundheitssektors, selbst bei steigenden Beitragssätzen, würde zum Abbau von Arbeitslosigkeit und letztlich zur Stabilisierung der Wirtschaft insgesamt beitragen. Gleichwohl sind die derzeit hohen Beitragssätze auch aus unserer Sicht insofern inakzeptabel, weil mit ihnen auch unwirtschaftliche Strukturen, Überkapazitäten und überzogene Gewinneinkommen bezahlt wurden und werden, wobei zugleich wichtige Bedarfe, vor allem in der Prävention von Krankheiten, ungedeckt blieben.

Die aus neoliberaler Sicht geforderte Begrenzung der Lohnnebenkosten, v.a. der Arbeitgeberanteile, soll aber der Wachstumsdynamik des rasch expandierende Gesundheitssektors nicht im Wege stehen, allein schon wegen der attraktiven Gewinnaussichten für die weitgehend und zunehmend privaten Anbieter von Gesundheitsleistungen und Medizinprodukten sowie für private Investoren in Krankenhausketten und Pflegeeinrichtungen. Auch aus diesem Grund setzt die amtierende Bundesregierung wie ihre Vorgängerin auf

- zunehmende Privatisierung von Gesundheitsrisiko und -kosten durch wachsende Leistungsauschlüsse, Selbstbehalte und durch Einschnitte in die solidarische und paritätische GKV-

Finanzierung,

- den Rückzug des Staates aus seiner Verantwortung für die Daseinsvorsorge, etwa durch Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen, die Forcierung der Steuerung des Versorgungsgeschehen durch Markt und Wettbewerb und
- die Übernahme privatwirtschaftlicher, d.h. marktwirtschaftlicher und betriebswirtschaftlicher Entscheidungs- und Steuerungsmodelle in allen Ebenen des Versorgungssystems, wie z.B. Einführung eines Preissystems (Fallpauschalen) für Krankenhäuser und Fortschreibung eines unsolidarischen Kassenwettbewerbs.

Markt und Wettbewerb sind jedoch völlig ungeeignet, die Strukturprobleme im Gesundheitswesen zu beseitigen. Allem ideologischen Wortgeplänkel von "Wahlfreiheit", "Förderung der Selbstbestimmung der PatientInnen", "Subsidiarität", "Stärkung der Eigenverantwortung" zum Trotz sind die PatientInnen eben nicht in der Lage, als souveräne KonsumentInnen im Wettbewerb das Leistungsgesehen nach ihren wohlverstandenen Interessen zu steuern. Die PatientIn kann keine KundIn sein, allein schon wegen der im Gesundheitswesen typischen Informationsdefizite und -asymmetrien zu Lasten der PatientInnen. Hinzu kommen verkrustete Macht- und Monopolstrukturen auf der Seite der Leistungserbringer. Unnötige Leistungsausweitungen, verursacht durch die Leistungsanbieter in deren eigennützigem Interesse, Qualitätsdefizite und überteuerte Leistungsangebote sind die offenkundigen Symptome. Getroffen werden davon insbesondere die schwächsten unter den Versicherten. Nach wie vor konzentrieren sich die Gesundheitsausgaben massiv auf die Schwer- und Schwerstkranken, auf die Alten und auf die einkommensschwächsten Schichten der Bevölkerung, die sich am wenigsten auf dem Markt gegen die Anbieterdominanz durchsetzen können.

Eine qualitative anspruchsvolle Versorgung erfordert schließlich auch

eine gesicherte Qualität der Arbeitsplätze im Gesundheitswesen. Die Arbeit in Berufen dieses Sektors stellt hohe Anforderungen sowohl an die Qualifikation als auch an die psychische und physische Belastbarkeit der dort Beschäftigten. Unregelmäßige Schichten, unbezahlte Überstunden, Nacharbeit, übermäßiger Stress, hohe Verantwortung und hierarchische Autoritätsstrukturen prägen den Alltag der meisten im Gesundheitswesen beschäftigten Personen. Hier besteht erheblicher Nachholbedarf bei der Qualifikation des medizinischen Personals, bei der Umsetzung arbeitszeitrechtlicher Schutzbestimmungen und bei der personellen Ausstattung von Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Sicherung der Arbeitsplatzsituation durch Tarifverträge.

Bevor es nach den Bundestagswahlen zu einem befürchteten Kahl-schlag im Gesundheitswesen zum weiteren Nachteil der Versicherten in Form von erhöhten Zuzahlungen und Leistungskürzungen und zu einer Verschärfung der Arbeitsbedingungen der im Gesundheitswesen Beschäftigten kommt, schlagen wir die folgenden Alternativen vor:

1. Sicherung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung im Rahmen der GKV, die auch das sozialtherapeutisch bzw. Erforderliche erfasst. Eine umfassende Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere durch gesundheitsfördernde Gestaltung der Arbeits- und Lebenswelt (Verhältnisprävention) anstelle einer Konzentration auf bloße "Reparatur" gesundheitlicher Schädigungen, ferner die Fortschreibung eines einheitlichen Leistungskatalogs für alle Krankenkassen unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts und vor allen Dingen keine Aufspaltung des GKV-Leistungskatalogs in Grund- und Wahlleistungen.

2. Eine konsequente Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei allen Leistungsanbietern u.a. durch die verbindliche Einführung von Leitlinien für medizinische Leistungen, die auf dem besten erreichbaren Stand gesicherter Er-

kenntnisse beruhen (Evidence Based Medicine). Außerdem die Fortentwicklung integrierter und strukturierter Versorgungsprogramme für chronisch Kranke (Disease-Management-Programme). In diesem Sinne kommt auch der Qualitätssicherung auf allen Ebenen der Krankenversorgung durch eine rechtsverbindliche Festschreibung von Weiterbildungsmaßnahmen des medizinischen Personals eine hohe Bedeutung zu. Für die Arbeitsplätze im Gesundheitswesen erwarten wir einen Ausbau analog des steigenden Bedarfs an Gesundheitsleistungen sowie eine nachhaltige Verbesserung der Arbeitsbedingungen und -zeiten sowie eine Absicherung tariflicher Entlohnung.

3. Die *Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik* fordert die Umsetzung der Positivliste für Arzneimittel und die Wiedereinführung mengenbegrenzender Maßnahmen, eine wettbewerbsrechtskompatible Neufassung der Festbetragsregelung, die Realisierung von Modellen einer integrierten Versorgung und die Einbeziehung von Krankenhäusern in die ambulante, v.a. fachärztliche Behandlung.

4. Markt- und Wettbewerbselementen erteilen wir eine klare Absage. Stattdessen fordern wir eine Rah-

men- und Kapazitätsplanung durch demokratisch legitimierte Entscheidungsorgane. In diesem Kontext steht auch die Bekämpfung von Marktmacht der Leistungsanbieter auf den Gesundheitsmärkten; insbesondere die Rückführung der Monopolposition der Kassen(-zahn-) ärztlichen Vereinigungen und anderer Anbieterverbände durch eine vorsichtige Zulassung differenzierter Verträge zwischen Kassen und Leistungsanbietern. Zusätzlich: keine Aufweichung des Sachleistungsprinzips durch Einführung von direkten Geldbeziehungen (Kostenerstattung) zwischen ÄrztIn und PatientIn.

5. Wir setzen auf eine Reform der Rahmenbedingungen des heute bestehenden Kassenwettbewerbs zur Vermeidung von Risikoselektion. Dazu gehört die konsequente Umsetzung der Reform des Risikostrukturausgleichs, mittelfristig mit der Implementation eines Morbiditätsausgleichs und mit weiteren kurzfristig wirkenden Ausgleichsinstrumenten, sowie die Einbeziehung der privaten Krankenversicherung in den Risikostrukturausgleich. Ferner ist zu prüfen, ob nicht langfristig eine Einheitsversicherung die bessere Lösung ist.

6. Wir fordern einen Stopp der Privatisierung von Krankenhäusern und

Pflegeeinrichtungen sowie eine stärkere Berücksichtigung regionaler und lokaler Besonderheiten in der Kostenstruktur bei der Bemessung von Fallpauschalen für stationäre Leistungen.

7. Die *Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik* setzt bezüglich der Einnahmenseite in der GKV auf eine solidarische Finanzierung nach der jeweiligen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten, auf eine Rückführung der Patientenzuzahlungen und auf eine kurzfristige Anhebung der Pflichtversicherungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung. Mittelfristig sollte die Versicherungspflicht auf alle Erwerbstätigen ausgeweitet werden. Langfristig ist die Finanzierungsbasis um eine auf die Wertschöpfung von Unternehmen bezogene Komponente zu ergänzen. Eine Rückführung der paritätischen Beteiligung an der Finanzierung der Beitragssätze durch die Arbeitgeber lehnen wir dagegen kategorisch ab.

Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, Postfach 33 04 47, 28334 Bremen  
E-Mail: memorandum@t-online.de  
<http://www.memo.uni-bremen.de>

Pressemitteilung, 10. September 2002

## Werbung ist keine Information

# Keine Lockerung des Werbeverbots für Medikamente!

BUKO Pharma-Kampagne      Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Die Europäische Union plant eine Lockerung des Werbeverbots für rezeptpflichtige Arzneimittel. Bisher ist es der pharmazeutischen Industrie verboten, diese Medikamente direkt bei den PatientInnen zu bewerben. Ein Änderungsvorschlag der Europäischen Kommission sieht nun vor, die patientengerichtete Werbung für rezeptpflichtige Medikamente für die Indikationsgebiete HIV/AIDS, Diabetes und Asthma in einer "Testphase" zuzulassen.

Bisher ist diese Art von Werbung nur

in den USA und Neuseeland zugelassen. Die Erfahrungen in diesen Ländern zeigen deutlich die negativen Folgen von öffentlicher Werbung für verschreibungspflichtige Medikamente:

Nach bisherigen Erfahrungen mit der Werbung für HIV-Medikamente wird ein völlig verzerrtes Bild von Menschen unter Therapie gezeigt. Es wird suggeriert, HIV sei problemlos behandelbar. Diese Botschaft ist falsch und unterläuft die Präventionsarbeit.

Wann und mit welchen Medikamenten behandelt wird, sollte auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen und den Bedürfnissen der Patienten beruhen. Werbung, die immer das Ziel hat, den Umsatz des Produktes zu steigern, sollte bei dieser Entscheidung keine Rolle spielen: ein zu früher Beginn einer HIV-Therapie kann ebenso schädlich sein wie ein unnötiger Wechsel des Medikaments (z.B. durch Werbung initiiert).

Neue und teure Medikamente, deren Langzeitnebenwirkungen und Wechselwirkungen noch nicht genügend untersucht werden konnten, werden erfahrungsgemäß stärker beworben als alte, bewährtere und kostengünstigere Medikamente. Die hohen monatliche Therapiekosten für die antiretrovirale Therapie erklären das Interesse der Industrie an einer Ausweitung des Medikamentenverbrauchs bzw. an einer Verschiebung der Verschreibungen hin zu teuren Medikamenten.

Nach der Sommerpause 2002 geht der Gesetzesentwurf im Europäischen Parlament in die erste Lesung. Wir sehen - wie auch der Bundesverband der Verbraucherzentralen - in dem Gesetzesvorhaben eine wesentliche Verschlechterung des Patienten- und Verbraucherschutzes. Patienten haben ein Recht auf umfassende und objektive Information über Medikamente und Therapieverfahren - Werbung jedoch manipuliert, statt zu informieren.

BUKO Pharma-Kampagne August-Bebel-Str. 62 33602 Bielefeld Tel. 0521-60 550 Fax 0521-63 789 [www.bukopharma.de](http://www.bukopharma.de) e-mail: [bukopharma@compuserve.com](mailto:bukopharma@compuserve.com)

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Dieffenbachstr. 33 10967 Berlin Tel. 030-6900870 Fax 030-69008742 [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de) e-mail: [dah@dah.aidshilfe.de](mailto:dah@dah.aidshilfe.de)

## Heidelberger Erklärung

# Nein zu den Operations-Plänen an der Gesundheitsversorgung! Gesundheit ist keine Ware

Gesunde Lebensbedingungen und Hilfe bei Krankheit sind ein Menschenrecht - es scheint allerdings eher für die Zahlungsfähigen reserviert. Weltweit wird es vielen, in den armen Ländern des Südens den meisten Menschen vorenthalten.

Auch in der Bundesrepublik Deutschland plagt die Patientinnen und Patienten neben ihrer Krankheit zunehmend das Misstrauen: Werde ich zu Untersuchungen geschickt, um angeschaffte Geräte auszulasten? Werden mir Medikamente verweigert, weil mein Arzt sein Budget bereits überzogen hat? Oder hat er nur die Gefälligkeiten der Pharmavertreter im Sinn? Wird der Privatpatient nebenan besser versorgt? Werde ich aus dem Krankenhaus entlassen, weil den Klinikbesitzern meine Krankheit dort zu teuer wird? Wird mit dem alten Märchen von der "Kostenexplosion" der Ausverkauf des Gesundheitswesens schöngeredet?

Es gibt Grund zur Sorge: Immer mehr wird (häusliche) Pflege zur bestenfalls schlecht bezahlten "Frauenarbeit", weil öffentliche Angebote gekürzt werden? Ausbildungsplätze im Gesundheitswesen werden abgebaut, die Einkommen der Beschäftigten abgesenkt und überlange Schichten geduldet, weil

der Ausweg aus dem Personalnotstand so aussehen soll: Billiger Einkauf von medizinischem Fachpersonal aus Indien, von den Philippinen oder Albanien, der schrittweise die Gesundheitsversorgung in deren Heimatländern zerstört. Die im Gegenzug angebotenen patentgeschützten Medikamente verstärken die Verschuldung und Abhängigkeit der arm gemachten Länder noch.

Radikale Schnitte werden verlangt: Das Dogma der Globalisierungsgewinner heißt: Lohnnebenkosten senken. Mit den "Sachzwängen" der internationalen Standortkonkurrenz begründen sie - wie bei der Rente - den weiteren Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung von Sozialsystemen. Ihr Allheilmittel für bessere Versorgung heißt Wettbewerb. Wer sind die Gewinner? Die Besserverdienenden und die Kapitaleinkünfte der Wirtschaft, sie werden nicht herangezogen, um die Folgen von Lohn-dumping und Arbeitslosigkeit für die gesetzliche Krankenversicherung auszugleichen. Und die Verlierer? Werden mangelnde Qualität, Überdiagnostik und Unterversorgung denn durch Preiswettbewerb kuriert?

Es gibt also viel zu verbessern. Gesundheitsversorgung für alle bedeutet, PatientInnen wie Versicherte nicht Marktkräften zu überlassen.

Eine Gesellschaft der Solidarität der Starken mit den Schwachen, des Nordens mit dem Süden, der Noch-Gesunden mit den Kranken ist notwendig und möglich. Doch in den Gesundheitsministerien werden ganz andere Operationspläne vorbereitet. Die Solidarität soll amputiert werden, die Kranken den Konkurrenzmärkten und privater Beutelschneiderei überlassen, die Grenzen für globale Gesundheitsvermarkter eingerissen werden.

Wir werden uns gegen diese Einschnitte kräftig wehren.

Gesundheit darf nicht vom Geldbeutel abhängen: Wir wollen, dass Privatisierung und Marktkonkurrenz im Gesundheitswesen gestoppt werden und eine demokratisch organisierte Gesundheitsversorgung für alle als öffentliche weltweite Aufgabe wahrgenommen wird.

*Verabschiedet am 20.4. auf der Aktionskonferenz der Kampagne "Gesundheit ist keine Ware" in Heidelberg.*

Weitere Informationen:  
Attac Deutschland, Artilleriestraße 6,  
27283 Verden, Tel. 04231 / 957-591, Fax 04231 / 957-594, <http://www.attac-netzwerk.de/sozsich>

# Sozialstaatliche Verantwortung statt marktgläubiger Privatisierung

## Ein Memorandum zur Reform des Gesundheitswesens

Berlin, den 11. Juli 2002  
Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz  
Klaus Kirschner, MdB  
Monika Knoche, MdB  
Prof. Dr. Rolf Rosenbrock  
Horst Schmitthenner, IG Metall

### 1. Vom Wert einer guten Gesundheitspolitik

Der Wert einer "guten" Gesundheitspolitik für die Lebensqualität des/der Einzelnen wie für den Solidarcharakter der Gesellschaft kann kaum überschätzt werden. Die öffentliche Bereitstellung eines leistungsfähigen und solidarischen Systems der Krankheitsbehandlung und Gesundheitsvorsorge ist ein unverzichtbares Essential eines solidarischen Gesellschaftsmodells. Im Rahmen einer leitbildorientierten Begriffsbestimmung verstehen wir unter einer "guten Gesundheitspolitik" die institutionelle und versorgungsinhaltliche Sicherstellung einer Versorgung:

- die in allen Feldern der Versorgungskette (Prävention/ Gesundheitsförderung, Diagnostik, Therapie, Nachsorge) maximale Qualität gewährleistet;
- die diese Qualität allen Mitgliedern der Gesellschaft ohne Zugangsschranken zur Verfügung stellt;
- an deren Finanzierung sich alle Gruppen der Gesellschaft entsprechend ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit beteiligen
- und die die eingesetzten Ressourcen wirtschaftlich, also mit Blick auf Zielerreichung und Mittelverwendung möglichst effektiv und effizient einsetzt.

Die aktuelle, vielfach als "Katastrophendiskurs" geführte Debatte um die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems wird dem hohen Wert einer solidarischen Gesundheitsversorgung für eine sozialstaatlich verfasste Gesellschaft nicht

gerecht. Die Rede vom vermeintlich unabdingbaren Systemwechsel in Richtung von mehr Deregulierung, Markt und Privatisierung findet zwar immer mehr Zuspruch. Doch zu meist sind so begründete Forderungen Ausfluss eines ökonomistisch verkürzten sowie einkommens- und gewinnorientierten Blicks auf das Gesundheitssystem, das vorwiegend als angeblich wettbewerbs- und standorthemmender Kostenfaktor wahrgenommen wird. Der sozialen und medizinischen Komplexität gesundheitspolitischer Versorgung und den vielfältigen Rückwirkungen auf den Solidargehalt der Gesellschaft wird diese Sichtweise nicht einmal im Ansatz gerecht.

Uns erfüllt diese Situation und die zunehmende gesellschaftliche Wertschätzung gesundheitspolitischer Deregulierungs-, Privatisierungs- und Wettbewerbsstrategien mit Sorge. Das Setzen auf den Markt als vermeintlich geeignetem Mechanismus zur Koordinierung von Gesundheitsressourcen vermag mit Blick auf eine gute Gesundheitsversorgung kaum Nutzen, aber viel Schaden zu stiften. Und dies mit kaum überschaubaren Folgeproblemen für die sozialstaatliche Substanz der Gesellschaft, die uns in der öffentlichen Debatte nicht in ausreichendem Maße bewusst zu sein scheinen. Fahrlässig werden die sozialemanzipatorischen Errungenschaften diskreditiert, die das deutsche Gesundheitssystem trotz aller (natürlich zu behebender) Defizite zweifelsohne bereitstellt. Zu wenig Beachtung erfahren die Risiken einer umfassenden Privatisierungsstrategie, die das Problem der Kumulation gesundheitlicher Versorgungsdefizite in sozial benachteiligten Schichten zu verschärfen und im Falle behandlungsaufwändiger Krankheiten selbst Angehörige mittlerer Einkommensgruppen materiell zu überfordern drohen. Und zu wenig Berücksichtigung findet die Gefahr eines umfas-

senden Vertrauensverlustes der Bevölkerung in die Verlässlichkeit des sozialstaatlichen Solidaritätsversprechens, das sich gerade in Deutschland als eine unverzichtbare Legitimitätsressource der politischen Demokratie erwiesen hat.

Unserer Auffassung nach muss eine strategische Reform des deutschen Gesundheitswesens nicht auf die Schwächung, sondern auf die Stärkung von Qualitätssicherung, Umverteilung und staatlich kontrollierter Steuerung zielen. Die vielfach propagierte Ausweitung von Marktmechanismen und die Reprivatisierung des Krankheitsrisikos stellen perspektivlose Sackgassenstrategien dar. Vor allem vermögen sie, wie gesundheitspolitische Erfahrungen zeigen und wissenschaftliche Analysen belegen, keinen Beitrag zur Realisierung der Kernanforderung an die deutsche Gesundheitspolitik zu leisten: zur Beseitigung der medizinischen und sozialen Versorgungsdefizite!

Mit dem vorliegenden Memorandum wollen wir einen Kontrapunkt zur heute dominierenden Sicht der Dinge setzen. Dabei sollen einige Politikfelder und reformpolitische Ansatzpunkte aufgezeigt werden, denen für eine, um die Korrektur der sozial- und versorgungspolitischen Defizite bemühte Reformpolitik besondere Priorität zukommt. Vollständigkeit in der Benennung der zu bearbeitenden Reformfelder oder in der Auflistung notwendiger Reformschritte ist nicht unser Anspruch. Vielmehr soll der Versuch der Skizze eines gesundheitspolitischen Entwicklungspfades unternommen werden, der sein Heil nicht in einem marktorientierten Umbau sucht, sondern das Festhalten an der sozialstaatlichen Letztverantwortung für die Stärkung der sozial- und gesundheitspolitischen Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zum Gebot der Stunde erklärt.

Aus dieser Perspektive rücken insbesondere:

- Qualitätsfragen mit Blick auf Strukturen und Prozesse in der Leistungserbringung,
- Effizienzfragen mit Blick auf das politische Steuerungsmodell,
- Präventionsfragen mit Blick auf die Arbeitswelt
- sowie Verteilungsfragen mit Blick auf das Finanzierungsmodell des deutschen Gesundheitssystems in den Vordergrund.

## 2. Wider den ökonomistischen Blick auf das Gesundheitssystem

Kein Zweifel, auch im deutschen Gesundheitssystem existieren Ineffizienzen und Verschwendungen, sind aktuell Ausgabensteigerungen zu konstatieren (etwa im Bereich der Arzneimittelversorgung), denen kein, oder lediglich ein fraglicher Zugewinn an therapeutischem Nutzen gegenübersteht. Kein Zweifel auch, dass sich die im Gesundheitssystem eingesetzten Ressourcen Fragen nach Effizienz und Effektivität gefallen lassen müssen; schließlich konkurrieren sie mit der Verwendung in anderen Feldern wie Alterssicherung, Ökologie oder Bekämpfung von Arbeitslosigkeit und Armut, die ebenfalls auf einen hohen gesellschaftlichen Nutzen verweisen können. Und doch vernebeln die gängigen Metaphern von der "unkontrollierten Kostenexplosion", eines "Fasses ohne Boden" usw. eher einen realistischen Gesamtblick auf Stärken und Defizite des Gesundheitssystems, als dass sie einen sachgerechten Beitrag zur Reform des Gesundheitswesens zu leisten in der Lage wären.

Diese ökonomistisch verzerrte Perspektive ist aus mehreren Gründen höchst problematisch:

- Zum einen beinhaltet sie schlichtweg eine falsche Beschreibung der Realität. Wie vielfach belegt wurde, sind immer wieder ungerechtfertigte Ausgabensteigerungen in einzelnen Versorgungsbereichen zu beobachten, doch kann von einer "generellen Kostenexplosion" im Gesundheitswesen keine Rede sein. Der Anstieg der gesamten Gesundheits-

ausgaben verlief in den letzten zwei Jahrzehnten im Gleichschritt mit dem allgemeinen Wirtschaftswachstum, sodass der relative Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung an der volkswirtschaftlichen Wertschöpfung heute (2001: 6,2%) nicht höher als zu Beginn der achtziger Jahre (1980: 6,1%) liegt.

- Zugleich lenkt insbesondere die Metapher von der Kostenexplosion den analytischen Blick einseitig auf die Ausgaben- und vernachlässigt vollständig die viel massiveren Probleme auf der Einnahmeseite der gesetzlichen Krankenversicherung. So erodiert die Einnahmeseite der GKV vor allem infolge der seit Beginn der achtziger Jahre rückläufigen Lohnquote. Lag diese 1980 noch bei 74,5 Prozent, so ist sie bis zum Jahre 2001 auf 65,2 Prozent gesunken. Von 1980 bis zum Jahre 2000 stieg das BIP je Erwerbstätigen um 115,2 Prozent, die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit jedoch nur um 90,7 Prozent und die beitragspflichtigen Einnahmen je GKV-Mitglied lediglich um 84,3 Prozent. In dieser Entwicklung spiegeln sich vor allem die Folgen der strukturellen Massenarbeitslosigkeit, der Ausdehnung von Beschäftigungsverhältnissen jenseits des "Normalarbeitsverhältnisses" sowie die verteilungspolitische Defensive der Gewerkschaften infolge dieser Verwerfungen auf den Arbeitsmärkten wider.

- Schließlich erweist sich ein ausschließlich auf die Finanzströme gerichteter Blick als weitgehend blind, wenn es um die Sichtung der versorgungsinhaltlichen Strukturprobleme des deutschen Gesundheitswesens geht. Wie der "Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen" in seinem jüngsten Gutachten "Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit" (2000/2001) dargelegt hat, besteht das Kernproblem darin, dass defizitäre Strukturen, Anreize und Orientierungen im Prozess der Leistungserbringung zu gesellschaftlichen Versorgungslagen geführt haben, die in hohem Maße durch Momente der Über-, Unter- und Fehlversorgung geprägt sind. Obwohl in Deutschland, wie in anderen hochentwickelten Industriena-

tionen, das gesellschaftliche Krankheitsspektrum vor allem durch chronisch-degenerative Erkrankungen geprägt ist, orientiert sich das Versorgungsgeschehen weitgehend am Paradigma akutmedizinischer Versorgung. Während der potentielle Beitrag der kurativen Medizin zur Verminderung der gesundheitlichen Probleme auf lediglich etwa ein Drittel geschätzt wird, bleiben die gesundheitspolitischen Potentiale einer aktiven Präventions- und Gesundheitsförderungs politik weitgehend unausgeschöpft; und von einer Beseitigung der sozialen Ungleichverteilung von Erkrankungsrisiken und Gesundheitschancen ist das deutsche Gesundheitssystem nach wie vor weit entfernt.

## 3. Und was kommt aus Europa?

Der Primat wirtschaftlicher Konsolidierungs- über sozialpolitische Versorgungsziele ist im Europa des Euro und des "Stabilitäts- und Wachstumspaktes" weit verbreitet. Auf dem Lissabonner Gipfel (2000) hat sich die EU auf das "neue strategische Ziel" verpflichtet, "die Union zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum der Welt zu machen". Durch die in anderen Politikfeldern bereits angewandte "offene Methode der Koordinierung" sollen nun auch die Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten in diese strategische Ausrichtung eingepasst werden.

Nun könnte eine Europäisierung der gesundheitspolitischen Reformdebatten durchaus mit positiven Impulsen einhergehen, könnte der Blick über die Grenzen und auf "gute Praktiken" in Nachbarstaaten auch für die deutsche Reformdebatte neue Perspektiven eröffnen. Doch die Dominanz von Marktöffnung und Wettbewerbsstärkung im europäischen Diskurs stimmt uns eher pessimistisch. Gerade der Europäische Stabilitäts- und Wachstumspakt legt die Nationalstaaten ohne Berücksichtigung der beschäftigungs- und sozialpolitischen Anforderungen auf eine unbedingte Politik der "Konsolidierung" der öffentlichen Haushalte (zu denen auch die Sozialversicherungssysteme zählen) durch die Rückführung der

Staatsausgaben fest. Daraus könnte leicht eine weitere Verfestigung ökonomistisch verkürzter Gesundheitspolitiken in den Mitgliedsstaaten resultieren. Und auch die Gefahr eines bevorstehenden Privatisierungs- und Deregulierungsschubes infolge der Kollision des deutschen Gesundheitsmit dem europäischen Marktrecht ist im öffentlichen Bewusstsein längst noch nicht ausreichend verankert. Europa könnte sich in der Gesundheitspolitik als Vehikel eines Prozesses der "negativen Integration" erweisen.

#### 4. Mehr Qualität und Rationalität durch evidenzbasierte Medizin

Das bereits zitierte Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat erneut aufgezeigt, dass die im deutschen Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden finanziellen und personellen Ressourcen nicht so zielführend eingesetzt werden, dass allen Versicherten eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Versorgung (§§ 11 und 12 SGB V) zur Verfügung gestellt wird.

Die Existenz von Über-, Unter- und Fehlversorgung geht zur Zeit weniger auf einen Mangel an Ressourcen, sondern vor allem auf einen Mangel an Effektivität (in der Zielerreichung) und Effizienz (bei der Mittelverwendung) zurück. Das heutige Input-Outcome-Verhältnis ist das Problem!

Den häufig aus der Politik zu vernehmenden Ankündigungen, ohne Leistungsausgrenzungen Wirtschaftlichkeitspotenziale zu erschließen und den Prozess der Leistungserbringung einem systematischen Qualitätscontrolling zu unterziehen, sind bisher kaum ernsthafte Taten gefolgt. Dabei sollen Ansätze zur Qualitätssicherung, zur Förderung integrierter Versorgungsmodelle und zur Etablierung von Behandlungsleitlinien in der letzten Gesundheitsreform ("GKVGesundheitsreform 2000") nicht übersehen werden; aber zweifelsohne muss die Implementierung praktikabler Regeln und Maßnahmen zukünftig mit einem höheren

politischen Druck versehen werden.

Die Wege, die zu gehen wären, sind bekannt. In der stationären wie in der ambulanten medizinischen Versorgung bedarf es einer systematischen und verbindlichen Ausrichtung der ärztlichen Entscheidungsfindung am Paradigma einer evidenzbasierten Medizin. Das Instrument besteht in entsprechenden Behandlungsleitlinien. Wir sehen keine andere Möglichkeit, das Übel mangelnder Effizienz und Qualität an der Wurzel, sprich: am ärztlichen Diagnose- und Therapieverhalten zu packen. Dabei huldigen wir weder einem naiven Glauben an die Unfehlbarkeit wissenschaftlicher Evidenzstudien, noch vernachlässigen wir die dringend gebotene Einbeziehung von erfahrungsgestützten Qualifikationen und Patientenkompetenzen in das Versorgungsgeschehen. Doch verbindliche Leitlinien, in denen die validen Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Literatur, das klinische Erfahrungswissen des Arztes und die Präferenzen der Patienten in einem systematischen, transparenten und kommunikationsgestützten Prozess zusammengeführt werden, könnten als Wegweiser hin zu einer rationaleren und besseren Medizin fungieren. Das hat weder etwas mit

"Kochbuch-Medizin" noch etwas mit einem Anschlag auf die ärztliche Therapiefreiheit zu tun. Verunglimpfungen dieser Art bringen eher die Selbstverständniskrise der medizinischen Profession als ein modernes Verständnis von medizinischer Versorgung zum Ausdruck.

Dass dabei wichtige Voraussetzungen erst noch geschaffen werden müssen, steht außer Frage: So dürfen die Ansprüche an die wissenschaftliche Evidenz nicht unrealistisch hochgeschraubt werden und darf der absehbar erhebliche Forschungsaufwand nicht dazu führen, dass die Evidenzforschung den Wirtschaftsinteressen der Gesundheitskonzerne ausgeliefert wird; darf die traditionellen Evidenzstudien nur schwer zugängliche "Zuwendungsmedizin" nicht unter die Räder geraten und dürfen keine unsachgemäßen und unproduktiven Fronten gegen die Anwender der

Leitlinien, die Ärzte, aufgebaut werden. Doch wenn die Implementierung entsprechender Versorgungskonzepte als kooperativer Lern- und Beteiligungsprozess organisiert wird, ist diese Form der evidenzbasierten Medizin der heute dominierenden "eminenzbasierten" allemal überlegen.

Doch für ein systematisches, umfassendes und vor allem verbindliches Qualitätsmanagement reichen auch evidenzbasierte Leitlinien nicht aus. Sie fungieren primär als Behandlungskorridore, die das Terrain abstecken, das dem Arzt für seine Indikation zur Verfügung steht. Abweichungen sind möglich, wenngleich begründungs- und rechtfertigungspflichtig. Nach amerikanischen Erfahrungen hängt die Wirksamkeit der Qualitätssicherungsverfahren allerdings maßgeblich von der Stellung der Leistungserbringer sowie den Sanktionsmöglichkeiten bei Qualitätsmängeln ab. Qualitätssicherungsverfahren sind nach diesen Erfahrungen nämlich umso wirksamer, je größer die Einbindung der Kompetenz und Verantwortung der Leistungserbringer und der Patienten in die Definition der Qualitätsmaßstäbe und der Qualitätsentwicklung ist.

Da die Leistungserbringer die Verantwortung für die Qualität der Leistungen tragen und für ihre Realisierung in der Praxis verantwortlich sind, müssen sie umfassend in den Sicherungsprozess einbezogen werden. Doch keinesfalls darf sich der Staat mit seiner Letztverantwortung für die soziale Sicherungssysteme aus seiner Verantwortung stellen. Wir können daher dem jüngst unterbreiteten Vorschlag, einem staatlichen "Institut für Qualität in der Medizin" die zentrale Funktion bei der Definition von Qualitätsstandards und der Überwachung ihrer Einhaltung einiges abgewinnen. Der Vorwurf eines Marsches in die Staatsmedizin ist absurd gegenüber einer öffentlichen Instanz, die Standards vorgibt, deren Erfüllung die Voraussetzung für eine Teilnahme am Versorgungsgeschehen ist.

#### 5. Staatliche Steuerungsverantwortung und Ausrichtung des

## Wettbewerbs auf die Optimierung der Versorgung

Ob die Durchsetzung und Überwachung einer qualitativ besseren Versorgung gelingt, ist nicht zuletzt eine Frage eines geeigneten Steuerungsmodells. In der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte dominiert der Ruf nach mehr Markt als Allheilmittel für die Verbesserung von Versorgungsqualität und Effizienz. Wir machen demgegenüber geltend: Die Versorgung der Bevölkerung ist eine öffentlich wahrzunehmende Aufgabe und muss dies auch bleiben! Der Staat hat die Letztverantwortung für eine zweckmäßige, ausreichende und das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Versorgung mit medizinischen Leistungen und muss sie auch behalten (Staat als "Ausfallbürge"). Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass die aus dem Wettbewerb resultierenden ökonomischen Anreize bei Finanzierungsträgern wie Leistungserbringern zu unerwünschten Ausweichreaktionen geführt haben und führen (Risikoselektion, Leistungsverweigerung bzw. -verlagerung, Diagnose-Manipulation/Up-Coding), zu deren Korrektur immer wieder staatliche Interventionen notwendig werden.

Sofern Wettbewerbsmechanismen installiert werden, müssen die Anreize so gesetzt werden, dass Kassen und Leistungsanbieter ein Interesse an einer bedarfsgerechten Versorgung haben. Es muss verhindert werden, dass finanzielle Eigeninteressen von Kassen und/oder Leistungserbringern den Zugang der Versicherten und PatientInnen zu medizinischen Leistungen beschränken und zu einer suboptimalen Versorgungsqualität führen. Das Angebot an Krankenhäusern und Leistungserbringern in Medizin, Pflege etc. sowie deren Leistungsqualität dürfen sich nicht an den Maßstäben betriebswirtschaftlicher Opportunität, sondern haben sich an regionalen Morbiditätsindikatoren zu orientieren.

Um dies zu gewährleisten, muss der Gesetzgeber den Risikostrukturausgleich so gestalten, dass finanzielle Anreize für eine Risikoselektion ausgeschlossen werden. Je schneller dies

geschieht, desto besser. Jede Kasse soll im Ergebnis soviel Geld zur Verfügung haben, wie bundesdurchschnittlich zur Versorgung ihrer jeweiligen Risikomischung zur Verfügung steht. Um diesen Ressourcenbedarf zu ermitteln, bedarf es sozial-epidemiologisch fundierter Kostenprofile, die auch die höheren Erkrankungsrisiken sozial benachteiligter Versicherter berücksichtigen. Erst unter diesen Bedingungen können die Kassen ihre Aufmerksamkeit und Energie vordringlich auf die Verbesserung der Versorgungsqualität, auf den Abbau von Unter-, Über- und Fehlversorgung richten, weil sich 'Rosinenpicken' nicht mehr lohnt.

Sind die Anreize einer wettbewerblich induzierten Risikoselektion beseitigt, könnte auch eine neue Zuordnung des Sicherstellungsauftrages für die medizinische Versorgung ins Auge gefasst werden. Dabei sind die Maßstäbe und Anreizstrukturen, unter denen er wahrgenommen wird, von entscheidender Bedeutung. Die Gestaltung des Verhältnisses von Leistungserbringern und Finanzierungsträgern muss die heutige Machtasymmetrie zulasten der Krankenkassen beseitigen und sich an einem Machtgleichgewicht orientieren. Doch so wichtig "gleich lange Spieße" für Kassen und Leistungserbringer auch sind; letztlich können auch sie die staatliche Letztverantwortung nicht ablösen.

## 6. Das vergessene Politikfeld: die Arbeitswelt

Die aktuelle Debatte um eine Gesundheitsreform krankt ebenfalls an der Vernachlässigung eines zentralen Handlungsfeldes einer stringenten Gesundheitspolitik. Zwar befördert die ministerielle Trennung zwischen Gesundheits- und Arbeitsressort und die institutionelle Trennung zwischen Kranken- und Unfallversicherung die Isolierung beider Bereiche. Doch diese Scheidelinien sind historisch gewachsen und keineswegs sachlich begründet. Der konzeptionelle Entwurf einer gesundheitspolitischen Offensive muss zusammendenken, was zusammen gehört: die Arbeits- und die Lebenswelt. Eigentlich ist die Relevanz von Arbeitsbe-

dingungen und -inhalten für den Gesundheitszustand der Menschen wie für die Finanzsituation des gesamten Gesundheitssystems kaum mehr umstritten. Doch die Hoffnung, der Trend vom produktionsorientierten Industrie- zum informationsbasierten Dienstleistungskapitalismus habe die Arbeitswelt gesünder gemacht, hat sich schlichtweg als Illusion erwiesen. Zwar mag der relative Anteil traditioneller körperlicher Belastungen in der Arbeitswelt von heute an Bedeutung verloren haben (ohne gleichwohl verschwunden zu sein!), doch haben neue Rationalisierungs-, Fertigungs- und Organisationskonzepte eine neue Qualität von psychischen und sozialen Belastungen hervorgebracht, deren Kosten zunehmend die Aufmerksamkeit betrieblicher Personal- und Organisationsmanager finden.

Auch wenn der gegenwärtige Forschungsstand über das Ausmaß der Folgeschäden arbeitweltbedingter Gesundheitsbeeinträchtigungen unterentwickelt ist, so reichen die bisherigen Forschungsergebnisse aus, um die quantitativen Problemdimensionen sichtbar werden zu lassen. So schätzt die Internationale Arbeitsorganisation, dass arbeitsbedingte Erkrankungen und Unfälle ökonomische Verluste in Höhe von 4% des weltweiten Brutto sozialprodukts verursachen. Und eine neuere Forschungsarbeit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin ermittelt ein Kostenvolumen für die direkte Krankheitsbehandlung infolge von körperlichen Belastungen in Höhe von 29 Mrd. Euro, und infolge psychischer Belastungen von 22 Mrd. Euro. Auch wenn hier Eins-zu-Eins-Übertragungen auf das Finanzproblem der GKV nicht möglich sind, so vermitteln diese Zahlen doch einen Eindruck der Größenordnung, in der Einsparmöglichkeiten in der Gesetzlichen Krankenversicherung realisiert werden könnten. Kein Zweifel, die hier notwendigen Strategien einer aktiven Präventions- und Gesundheitsförderungs politik in den Betrieben liegen nicht im genuinen, und schon gar nicht im alleinigen Zuständigkeitsbereich der Akteure des Gesundheitssystems. Gleichwohl darf die Wichtigkeit von initiieren-

den, informierenden und koordinierenden Maßnahmen der Krankenkassen für betriebliche Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung nicht unterschätzt werden. Doch entscheidend ist: eine gesundheitspolitische Reformstrategie, die eine effiziente und präventive Versorgungspolitik für sich reklamiert wird scheitern, wenn sie die Arbeitswelt als gesundheitspolitisches Handlungsfeld ignoriert.

## 7. Für ein stabiles und solidarisches Finanzierungsmodell der GKV

Vor allem angesichts der steigenden Beitragssätze wird die Zukunftsfähigkeit des Finanzierungsmodells der GKV immer öfter grundsätzlich infrage gestellt. Doch dabei werden die Ursachen dieser Entwicklung zumeist falsch erklärt. Neben zweifellos vorhandenen Ausgabeproblemen im Rahmen der Fehl- und Überversorgung liegt ein zentrales Strukturproblem – wie bereits erwähnt - auf der Seite der Einnahmen, vor allem in dem seit Jahren rückläufigen Anteil der beitragspflichtigen Einkommen am Volkseinkommen. Wäre der Anteil der Einkommen aus unselbstständiger Arbeit am Bruttoinlandsprodukt wie die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung konstant geblieben, hätte es – unter sonst gleichen Bedingungen - keine Anhebung der Beitragssätze geben müssen!

Hinzu kommt das Problem, dass die Definition der Solidargemeinschaft, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, nicht mehr zeitgemäß ist. Heute sind lediglich etwa 88 Prozent der Bevölkerung in der GKV versichert. Im Zuge der Strukturbrüche auf den Arbeitsmärkten und der Zunahme von Arbeits- und Beschäftigungsformen jenseits des klassischen Normalarbeitsverhältnisses wächst die Anzahl von Beschäftigungsverhältnissen und Einkommen, die nicht in der GKV versichert sind. Auch das alte Problem der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze gewinnt an Bedeutung. BezieherInnen von Einkommen, die oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegen, verfügen über die Möglichkeit, aus der Soli-

dargemeinschaft auszusteigen und sich der privaten Krankenversicherung anzuschließen ("Exit-Option"). Eine Option, die im letzten Jahr über 220.000 Menschen in Anspruch genommen haben. Bleiben sie freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung, so zahlen sie lediglich von einem Teil ihres Brutto-Einkommens (zur Zeit von monatlich 3375 Euro) Versicherungsbeiträge.

Schließlich dürfen die Kosten jüngster Entscheidungen der Sozial- und Gesundheitspolitik sowie diverser Gerichtsurteile nicht unberücksichtigt bleiben. Die zu diagnostizierenden Ausgabenzuwächse bei Arzneimitteln haben zwar die Kosten, aber keineswegs die Versorgungsqualität erhöht; und die Absenkung der Beiträge für Arbeitslosenhilfe-Bezieher sowie die Einschnitte bei der Erwerbsminderungsrente haben das Problem der Verringerung der Einnahmen verschärft. Weitere Einnahmeausfälle sind infolge der Rentenreform und der gerichtlichen Entscheidungen zur Behandlung von tariflichen Sonderzahlungen und zur Beitragsleistung freiwillig in der GKV versicherter Rentner abzusehen. Es wäre unredlich, die aus diesen Entscheidungen resultierenden Finanzprobleme angeblichen Systemmängeln der GKV anzulasten.

Soll die Finanzbasis der solidarischen Krankenversicherung für die Zukunft gesichert werden und wird die Scheinlösung der "Konsolidierung über Leistungsausgrenzungen" zurückgewiesen, erweisen sich vor allem vier Reformmaßnahmen als unverzichtbar:

- Die traditionsreiche Politik des "(Kosten-)Verschiebebahnhofes" muss beendet und – zumindest teilweise – durch eine systemkonforme Risikozuteilung korrigiert werden. So sollte insbesondere die Beitragsbemessungsbasis für Arbeitslosenhilfe-Bezieher auf das letzte Bruttogehalt angehoben werden, um zumindest in diesem Bereich die GKV von den Arbeitsmarktproblemen zu entlasten.
- Die gesetzliche Krankenversicherung sollte zu einer "Erwerbstätigenversicherung" wei-

terentwickelt werden. Dazu müsste zum einen die Möglichkeit, ab einer gewissen Einkommenshöhe die gesetzliche Krankenversicherung zu verlassen, beseitigt werden (Streichung der "Exit-Option" durch Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze). Gleichzeitig sollten auch Werk- und Dienstverträge in die Versicherungspflicht einbezogen werden. Durch eine solche Reform könnte schließlich die Möglichkeit eröffnet werden, perspektivisch Selbständige, Freiberufler und Beamte in die GKV zu integrieren.

- Auch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung würde die Einnahmesituation des Solidarsystems verbessern. Sie könnte das Prinzip der "Beitragsleistung nach ökonomischer Leistungsfähigkeit" stärken und somit für mehr Gerechtigkeit zwischen den Einkommenshöhen sorgen. Wo die Beitragsbemessungsgrenze letztendlich liegen sollte, wäre in einer breiten gesellschaftspolitischen Diskussion zu klären. Letztlich wird dies davon abhängen, welchen Stellenwert die Gesellschaft der Finanzierung des Gesundheitssystems und damit auch der gesellschaftlichen Solidarität zumessen will.

- Auf Dauer dürften die Arbeitseinkommen als alleinige Finanzquelle für die gesetzliche Krankenversicherung aber überfordert sein. Der vielfach diskutierten Option, generell Einkommen aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen in die Beitragspflicht zur GKV einzubeziehen, stehen wir mit einer gewissen Skepsis gegenüber. Einerseits würde sie zu einer Verbreiterung der Beitragsbasis und damit zu einer Stabilisierung der Einnahmen führen; andererseits geriete sie aber in Konflikt mit dem bewährten Prinzip der paritätischen Aufteilung der Beitragslasten zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer und ist in ihren Verteilungswirkungen innerhalb der Versicherungsgemeinschaft nur schwer abzuschätzen. Über ihre Tauglichkeit als Reformmaßnahme im Rahmen einer solidarischen Reform des Gesundheitswesens kann wohl erst auf der Grundlage weiterer Forschungs-



ergebnisse über ihre personelle Verteilungswirkung entschieden werden.

Ein durch die Neudefinition des versicherten Personenkreises und des beitragspflichtigen Einkommens stabilisiertes Finanzierungsmodell, das durch die Beendigung der Verschiebepolitik zusätzlich gestärkt würde, könnte auch in Zukunft einen ausreichenden Finanzrahmen für das Solidarsystem bereitstellen, in dem auch die sogenannte "demographische Herausforderung" sowie die Folgekosten des "medizinisch-technischen Fortschritts" zu bewältigen wären.

Dabei werden die Kostenimplikationen dieser Sachverhalte – wie zuletzt ein im Regierungsauftrag erstelltes Gutachten des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung erneut belegt hat - oftmals überschätzt und ungerechtfertigt dramatisiert. Nicht selten drängt sich der Eindruck auf, als sollte durch die so geschürte Verunsicherung und die Etablierung einer "Sachzwanglogik" gesellschaftliche Akzeptanz für weitreichende Einschnitte in das Leistungsrecht organisiert werden, die in der Bevölkerung bis heute auf strikte Ablehnung stoßen. Vielfach wurde belegt: ein medizinisch-technischer Fortschritt, der alte Verfahren und Methoden durch bessere und wirtschaftlichere ersetzt (und nicht ergänzt!) und der verantwortlich in Anspruch genommen wird, wird ebenso wenig zum Kostenkollaps des Systems führen wie eine schrumpfende und älter werdende Bevölkerung, deren Menschen mit chronischen Krankheitsbildern effektiver behandelt werden und die ihren durchschnittlichen Gesundheitszustand durch eine qualitätsgesicherte Versorgung angehoben hat. Mit anderen Worten: das Steuerungsmodell des Gesundheitssystems, sein Vermögen, die externen Anforderungen mit stabilen Finanzen und einer effektiven und effizienten Versorgung in Betrieb und Gesellschaft zu verbinden, entscheidet darüber, ob die säkularen Trends der westlichen Wohlstandsgesellschaften das Gesundheitssystem gefährden oder nicht.

## 8. Vor einer gesellschaftspolitischen Grundsatzentscheidung!

Fassen wir zusammen: die These von der unbeherrschbaren Kostenexplosion als heute gängiger Begründung für eine umfassende Reform des deutschen Gesundheitswesens geht nicht nur an der Realität vorbei. Sie droht auch den neu erwachten "Reformeißer" der Politik in die falsche Richtung zu lenken. Nicht eine unkontrollierbare Kostenentwicklung, sondern schwerwiegende Qualitätsdefizite und Unwirtschaftlichkeiten in der Versorgung, sozial ungleich verteilte Gesundheitschancen, ineffiziente Mechanismen im gesundheitspolitischen Steuerungsmodell, die fehlende Integration der Arbeitswelt in eine systematische Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik sowie die notwendige Stabilisierung der Einnahmebasis der GKV stellen die eigentlichen Herausforderungen an eine solidarische Reformpolitik im Gesundheitswesen dar.

Wir haben anhand einiger Reformvorschläge anzudeuten versucht, wie diesen Problemen begegnet werden kann und in welche Richtung sich das deutsche Gesundheitssystem entwickeln sollte. Doch jenseits aller Detailvorschläge ist eine grundlegende Entscheidung zu treffen: wollen wir auch in Zukunft die Sicherstellung einer guten Gesundheitsversorgung als einen gesellschaftlichen Solidarauftrag formulieren, für den neben den Akteuren des Versorgungsprozesses vor allem der demokratisch legitimierte Sozialstaat Verantwortung trägt; oder wollen wir es zulassen, dass sich der Sozialstaat mehr und mehr aus dem Feld der gesundheitspolitischen Versorgung zurückzieht und das System weiter für eine Logik öffnet, die sich an Konkurrenz- und Renditekriterien ausrichtet.

Zur Zeit ist für alle, die es sehen wollen, zu beobachten, wie sich im politischen Raum eine "Große Koalition von Wettbewerbs- und Privatisierungsoptimisten" formiert, von der die Menschen nichts Gutes zu erwarten haben. Dem irrigen Glauben an die Heilungskräfte von Konkurrenz

und Renditestreben für ein reformbedürftiges Gesundheitssystem wollen wir die Aktualität und Modernität des Solidargedankens entgegenhalten und aufzeigen, dass Alternativen zur aktuellen Reprivatisierungseuphorie existieren - und machbar sind.

*Die VerfasserInnen:*

**Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz**, Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin;

**Klaus Kirschner**, MdB, SPD, Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags;

**Monika Knoche**, MdB, Bündnis 90/DIE GRÜNEN, Mitglied des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags und Obfrau in der Enquete-Kommission "Recht und Ethik der modernen Medizin";

**Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**, Leiter der Arbeitsgruppe "Public Health" im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen;

**Horst Schmitthener**, geschäftsführendes Vorstandsmitglied der IG Metall.



## Wahlkampf auf dem Rücken der Patienten Verbraucherverband kritisiert Anzeigenaktion der Kassenärzte

18. September 2002 - Der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv) kritisiert die neuerliche polemische Kampagne von Ärzteverbänden an den neuen Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (Disease-Management-Programme).

In einer bundesweiten Anzeigenkampagne behaupten 19 der 23 Kassenärztlichen Vereinigungen, die Programme führten zu einer "Billigmedizin" und stellten die ärztliche Schweigepflicht in Frage. "Wenige Tage vor der Bundestagswahl versuchen Ärztfunktionäre Stimmung zu machen; und sie nehmen dabei die massive Irreführung der Patientinnen und Patienten in Kauf", sagte Thomas Isenberg, Fachbereichsleiter Gesundheit und Ernährung beim vzbv.

"Das ist Wahlkampf auf dem Rücken der Betroffenen." Aufgabe des vzbv sei es, einer interessegeleiteten Kampagne sachliche Information entgegenzuhalten.

Der vzbv begrüßt das Ziel, die gesundheitliche Versorgung chronisch kranker Menschen durch indikationsspezifische Behandlungsprogramme zu verbessern und stellt klar:

1. Die Disease-Management-Programme folgen Therapieempfehlungen, die von einem eigens dafür eingerichteten Koordinierungsausschuss aus Ärzten und Kassenvertretern unter Hinzuziehung unabhängiger Sachverständiger erarbeitet wurden.
2. Die Teilnahme am Programm ist

freiwillig. Nur bei klarer Indikation durch den Arzt, schriftlicher Einwilligung des Patienten und umfassender Information können Patienten eingeschrieben werden.

3. Begleitend zur Behandlung werden Schulungen angeboten. Die Schulungspflicht gilt für Patienten und Ärzte.
4. Grundlage der Behandlung ist eine individuelle Vereinbarung zwischen Patient und dem behandelnden Arzt. Erstmals werden Therapieziele und -schritte partnerschaftlich festgelegt.
5. Versicherte müssen in jede Datenübermittlung durch den Arzt schriftlich einwilligen. Die Schweigepflicht bleibt gewahrt.

## Selbstbewusste Patienten als Leitbild einer zukunftsweisenden Gesundheitsreform

### Verbraucher- und Patientenorganisationen fordern Ausbau von Patientenrechten und Verbraucherschutz im Gesundheitswesen

11. 09.2002 - Der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv) hat dazu aufgerufen, Patientenrechte und Verbraucherschutz ins Zentrum der anstehenden Gesundheitsreform zu stellen.

"Selbstbewusste Patienten und informierte Verbraucher sind die Basis für ein funktionierendes Gesundheitssystem. An diesem Ziel müssen alle Beteiligten ihre Bemühungen ausrichten", so Prof. Dr. Edda Müller bei einer Tagung in Berlin. Als eine zentrale Maßnahme, um den Patienten mehr Gehör zu verschaffen, forderte der vzbv die Einsetzung eines Patientenbeauftragten der Bundesregierung.

Aus Sicht der Verbraucher beurteilte Prof. Dr. Edda Müller die bisherigen Reformschritte der rot-grünen Bundesregierung weitgehend positiv: "Prävention und Selbsthilfe sind gestärkt worden; die unabhängige Patientenberatung wird unterstützt und Patientenrechte stehen auf der politischen Agenda der Bundesregierung." Zudem habe sich die Einbeziehung von Verbraucher- und Patientenorganisationen in gesundheitspolitische Reformvorhaben verbessert. "Trotzdem können wir hierbei nicht stehen bleiben", betonte Müller. "Von der rechtlichen Klärung des Behandlungsvertrages zwischen Patient und Arzt über die Regelungen im Schadensfall bis hin zur Frage der Beteiligung von Verbraucher- und Patientenorganisationen in den Gremien der Selbstverwaltung bieten sich noch etliche Ansatzpunkte, um Patientenrechte und Verbraucherschutz weiter zu entwickeln." Unter anderem setzt sich der vzbv dafür ein, Behand-

lungsfehler in einem bundesweiten Medizinschadensregister systematisch zu erfassen.

"Patientinnen und Patienten sollen in die Lage versetzt werden, Kompetenz für ihre Gesundheit zu entwickeln", erklärte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt. "Um Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und Krankheit übernehmen zu können, brauchen sie Informationen, Beratung und die Möglichkeit der Mitsprache und Mitgestaltung." Nur so könnten die Patientinnen und Patienten die Einrichtungen des Gesundheitssystems sinnvoll nutzen und zum Erfolg von Gesundheitsförderung und Krankheitsbehandlung beitragen. "Mit gut informierten Patientinnen und Patienten wird der Wettbewerb um die optimale Versorgung gefördert und es wächst das Vertrauen in das Gesundheitssystem", sagte die Ministerin. Die Bundesregierung habe mit ihren Reformschritten wesentliche Bedingungen für mehr Verbrauchersouveränität im Gesundheitswesen geschaffen.

Ulrich Laschet, Geschäftsführer des Sozialverbandes VdK Deutschland betonte, dass "Patientinnen und Patienten nicht länger in der Praxis passive Empfänger von Leistungen sein dürfen". Mehr tatsächliche Patientenrechte bedeuteten auch mehr Mitverantwortung in den einzelnen Behandlungsabläufen. Laschet sprach sich für eine aktive Mitsprache und Mitwirkung in den zentralen Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens aus. Als Bei-

spiel nannte er den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, der den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen festlegt.

"In Zukunft kann nicht mehr auf die Kompetenz der Betroffenenvertreter verzichtet werden", erklärte Christoph Nachtigäller, Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH). Aus der Sicht von chronisch kranken und behinderten Menschen sei es besonders wichtig, alle Behandlungs- und Versorgungsleistungen im Sinne integrierter Versorgung aufeinander abzustimmen. "Diese ganzheitliche Sichtweise bezieht sich nicht nur auf die medizinische, sondern auch auf die soziale und persönliche Lebenssituation," sagte Nachtigäller. An der vom vzbv gemeinsam mit der BAGH und dem Sozialverband VdK veranstalteten Konferenz unter dem Titel "Patientenschutz und Verbraucherrechte im deutschen Gesundheitswesen" nahmen neben Verbraucher- und Patientenschutzorganisationen rund 150 Vertreter aus Politik, Ärzteschaft, Pharmaindustrie, der Versicherungsbranche und Wissenschaft teil. Ziel der Veranstaltung war es, den gesundheitlichen Verbraucherschutz in Deutschland als Leitmotiv der künftigen Gesundheitspolitik zu verankern. Kernthemen der Veranstaltung, die in drei Foren diskutiert wurden, waren der Ausbau der Patientenberatung, der Einstieg in eine integrierte Versorgung und eine stärkere Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen.

# Programme für chronisch Kranke – Grundsätzlich Chance für eine bessere Versorgung

## Patienten- und Verbraucherverbände äußern sich zu Disease-Management-Programmen

26. August 2002 - Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) und die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH) begrüßen grundsätzlich die Rechtsverordnung zur Einführung der neuen Disease-Management-Programme (DMP) und weisen die zur Verunsicherung chronisch kranker Menschen beitragenden polemischen Aktionen wie z.B. generelle Unterschriften-Boykottaufrufe (Hartmannbund, NAV-Virchowbund) zurück. "Eine derartige Stimmungsmache und Verunsicherung chronisch kranker Menschen ist unverantwortlich", so Thomas Isenberg, Leiter des Fachbereichs Gesundheit und Ernährung beim vzbv.

Qualitativ hochwertige DMP's bieten aus Sicht der BAGH und des vzbv durchaus eine Chance, die Behandlungsqualität bei chronischen Erkrankungen in Deutschland zu verbessern. Die konkreten Kriterien der Programme müssten allerdings unter Patientenbeteiligung regelmäßig an den laufenden Stand der Erkenntnisse und der aktuellen wissenschaftlichen Forschung erstellt und angepasst werden. Unter vergleichbaren Industrienationen weist Deutschland die zweithöchste Sterblichkeit für Diabetes auf. Bei entsprechender Behandlung lässt sich die Zahl der diabetesbedingten Amputationen um über 80 % (wie Ergebnisse aus der Schweiz belegen) senken. Auch die Sterblichkeit an Brustkrebs lässt sich bei konsequenter Früherkennung und Therapie noch deutlich vermindern. Nach der neuen Rechtslage haben die Krankenkassen nun die Möglichkeit, ihre Behandlungsprogramme vom Bundesversicherungsamt mit einer Prüfungsdauer von drei Monaten akkreditieren zu lassen. "Wir setzen uns mit Nachdruck dafür ein, dass nur solche DMP's zugelassen werden, die die Versorgungssituation der Betroffenen tatsächlich verbessern", erklärte Christoph Nachtigäller, BAGH-Geschäftsführer.

Sowohl die in der BAGH zusammengeschlossenen Selbsthilfeorganisationen wie der Deutsche Diabetiker Bund (DDB) als auch der Verbraucherzentrale Bundesverband werden die Einrichtung der in Kürze zu erwartenden einzelnen Programme aufmerksam beobachten und zu gegebener Zeit ihre Empfehlungen dazu abgeben, um sicherzustellen, dass die Versorgungsqualität für chronisch kranke Menschen wirklich verbessert wird. Die Teilnahme an den DMP's ist freiwillig, so dass die Patientinnen und

Patienten frei wählen können, ob sie sich überhaupt in ein DMP einschreiben wollen und, wenn ja, in welches. Hier gelten keine Einschreibefristen, entscheidend ist allein der Wille des Betroffenen.

Um die Kosten der Programme zu decken, erhält die Krankenkasse für jeden eingeschriebenen Patienten Geld aus dem kasseninternen Finanzausgleich (Risikostrukturausgleich). Diese Verknüpfung wirft zwar in der konkreten Durchführung durchaus Probleme auf, beispielsweise bei der Einhaltung von Datenschutzvorschriften oder bei der Zuständigkeit des fachfremden Bundesversicherungsamtes für die Abwicklung des Risikostrukturausgleichs. Diese Probleme sind aber lösbar und können nicht den gesamten Ansatz in Frage stellen. Wichtig ist vielmehr, dass die Verknüpfung der DMP's mit dem Risikostrukturausgleich den Krankenkassen erstmals einen Anreiz bietet, sich um die Versorgung chronisch kranker Menschen zu bemühen, ohne dafür finanziell bestraft zu werden.

*Informationen zu DMP's und zur Versorgung chronisch kranker Menschen:*

*Die Versorgung von chronisch kranken Menschen ist in Deutschland zum Teil deutlich unterhalb internationaler Standards. Dafür zwei Beispiele:*

**Diabetes:** Das Gutachten des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen stellt im Bereich der Diabetes-Versorgung "eine gravierende Lücke zwischen dem medizinisch Erreichbaren und den tatsächlich in der Alltagsversorgung erreichten Ergebnissen" fest. Nach den publizierten Daten werden pro Jahr bei ca. 28.000 Diabetikern Fußamputationen vorgenommen. Der Sachverständigenrat kommt zu der Einschätzung: "Die überwiegende Anzahl diabetischer Fußkomplikationen ist auf eine unzureichende Inspektion ... zurückzuführen." 27.900 Amputationen; 6.000 Neuerblindungen, wobei nur bei 32 % der Diabetiker derzeit die notwendigen Netzhautuntersuchungen durchgeführt werden; 8.300 neue Dialysebehandlungen; 27.000 Herzinfarkte und 44.400 Schlaganfälle von Diabetikern jährlich.

**Herzinfarkt:** Für die Behandlung von Herzinfarktpatienten existieren wissenschaftlich fundierte Leitlinien. Wird ein Patient danach behandelt (evidence based) sinkt die Sterblichkeit in den ersten zwei Tagen von 9,3 % auf 5 % und während des gesamten Krankenhausaufenthaltes von 17,7 % auf 10,9 %. Bei einer Untersuchung von 54 Krankenhäusern im Südwest-

ten Deutschlands wurde 1997 festgestellt, dass nur 29 % der Herzinfarktpatienten auf diese Weise optimal behandelt wurden.

**Stichwort Disease-Management:** Strukturierte Behandlung, die sich an der Erfordernissen einer zumeist chronischen Erkrankung und an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert. Durch die Ausrichtung des Behandlungsgeschehens am Krankheitsverlauf und der Lebensqualität des Betroffenen sollen sektorale Grenzen des Gesundheitswesens (Hausarzt / Facharzt, stationär / ambulant) überwunden werden. Das Disease-Management beinhaltet auch Schulungen für Ärzte und Patienten, um mit den spezifischen Anforderungen der Erkrankung bzw. der Behandlung besser fertig zu werden.

**Stichwort Disease-Management-Programme (DMP):** Seit dem 1. Juli 2002 sind die Krankenkassen durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit ermächtigt, DMP für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs anzubieten. Die Behandlung folgt spezifischen Therapieempfehlungen, die von einem eigens dafür eingerichteten Koordinierungsausschuss aus Ärzten und Kassenvertretern unter Hinzuziehung unabhängigen Sachverständes erarbeitet wurden. Die Krankenkassen können zur Durchführung der Programme Verträge sowohl mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung oder mit einem Netz von Fachärzten abschließen. Ein Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung besteht in diesem Fall nicht.

**Stichwort Risikostrukturausgleich**

**(RSA):** Im Zuge der Öffnung der gesetzlichen Krankenkassen und der Einführung des Kassenwettbewerbs wurde mit dem RSA ein Instrument geschaffen, um die durch die Mitgliederstruktur der einzelnen Krankenkassen verursachten Wettbewerbsnachteile auszugleichen. Anhand der Kriterien Alter und Geschlecht wird die Mitgliederstruktur der Krankenkassen herangezogen, um diejenigen Kassen zu identifizieren, die Geld aus dem RSA erhalten (Empfängerkassen) und jene, die Geld einzahlen müssen (Zahlerkassen). Der Risikostrukturausgleich wird vom Bundesversicherungsamt geregelt, das auch für die Anrechnung der Versicherten zuständig ist, die in ein DMP eingeschrieben sind. Für jeden eingeschriebenen Versicherten erhält die Krankenkasse Geld aus dem RSA. Erst ab 2004 soll dann generell auch der Anteil chronisch kranker Menschen unter den Mitgliedern einer Krankenkasse im RSA berücksichtigt werden.

## Der Vorstand

Udo Ament  
Ringstraße 28  
74838 Limbach  
Telefon (0 62 87) 92 08 - 0  
(gesch.)  
(0 62 87) 92 08 12 (priv.)  
Telefax (0 62 87) 92 08 20  
E-Mail  
apolimbach@t-online.de

Jürgen Große  
Mesterfeld 17  
22523 Hamburg  
Telefon (0 40) 5 70 45 75  
Fax (0 40) 5 70 45 75  
E-Mail grosse@hansenet.de

Thomas Hammer  
Breite Straße 114  
22767 Hamburg  
Telefon (0 40) 3 89 55 84

Bernd Rehberg  
Bramfelder Chaussee 291  
22179 Hamburg  
Telefon (0 40) 6 41 77 69  
Fax (0 40) 64 20 22 01  
E-Mail neptun@neptun-  
apotheke-hamburg.de

Dr. Thomas Schulz  
Stegemühlenweg 39  
37083 Göttingen  
Telefon (05 51) 7 70 44 42  
E-Mail tschulz1@gwdg.de

## Adressen der regionalen Kontaktpersonen

### Baden-Württemberg

Udo Ament  
Ringstraße 28  
74838 Limbach  
Telefon (0 62 87) 92 08 - 0  
(gesch.)  
(0 62 87) 92 08 12 (priv.)  
Telefax (0 62 87) 92 08 20

E-Mail  
apolimbach@t-online.de

### Bayern

Isabella Sulger  
Johann-Houjs-Straße 2  
81369 München  
Telefon (0 89) 2 02 21 06  
E-Mail  
isabellasulger@freenet.de

### Berlin

Katja Lorenz,  
Wilhelmshöher Straße 24  
12161 Berlin  
Telefon (0 30) 85 07 43 41  
E-Mail k-lorenz@foni.net

### Brandenburg

Peter Becker  
Linden-Apotheke  
Brandenburger Straße 158  
14542 Werder / Havel  
Telefon (0 33 27) 4 05 93

### Bremen

Jutta Frommeyer  
Igel-Apotheke  
Schwaneweder Straße 21  
28779 Bremen  
Telefon (04 21) 60 50 54  
Fax (0 421) 60 50 58  
E-Mail info@igelapo.de

### Hamburg

VDPP-Geschäftsstelle  
Fleming-Apotheke  
Grindelallee 182  
20144 Hamburg  
Telefon (0 40) 45 87 68  
Telefax (0 40) 45 87 68  
E-Mail  
geschaeftsstelle@vdpp.de

### Hessen

Franz Kirchner  
Tränkestraße 7  
34497 Korbach  
Telefon (0 56 31) 6 14 93

**Mecklenburg-Vorpommern**  
siehe Hamburg

### Niedersachsen

Dorothea Hofferberth  
Ruschenbrink 23  
31787 Hameln  
Telefon (0 51 51) 6 40 96  
E-Mail Aesculap.Apotheke  
@t-online.de

### Nordrhein-Westfalen

Christine Szlachcic-  
Schomacher  
Beckhofstraße 2  
48145 Münster  
Telefon (02 51) 51 18 94  
E-Mail Ch.schomacher  
@onlinehome.de

### Rheinland-Pfalz

siehe Hessen

### Saarland

siehe Hessen

### Sachsen

Dr. Kristina Kasek  
Goldacherstraße 7  
04205 Miltitz  
Telefon (03 41) 9 40 57 32

### Sachsen-Anhalt

siehe Niedersachsen

### Schleswig-Holstein

siehe Hamburg

### Thüringen

siehe Hessen