VDPP • RUNDBRIEF

18. Jahrgang 6 / 2006

63

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 63 aus dem INHALT

MV 2006 in Berlin

AVWG

Elektronische Gesundheitskarte

Falsche Fronten gegen Fälscher

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

ein sonniger Pfingstmontag ist vergangen, und der neue Rundbrief ist druckfertig.

Auch wenn sich der Anteil der Artikel, die von VDPP-Mitgliedern geschrieben wurden, noch erhöhen ließe, hoffen wir dennoch, wieder einen lesenswerten Querschnitt durch die aktuelle Gesundheitspolitik bieten zu können. Vielleicht lässt sich damit sogar die eine oder andere Diskussion auf der MV in Berlin (16. – 18. Juni 2006, noch kann man sich anmelden) anregen.

Insbesondere denken wir dabei an die geplante elektronische Gesundheitskarte und empfehlen den Beitrag von Wilfried Deiß zur einführenden Lektüre.

Damit niemand sich auf dem Wege zur MV verfährt, zeigt das Titelbild (Quelle: Wikipedia) den neuen Berliner Hauptbahnhof (Lichtshow zur Eröffnungsfeier).

Viel Spaß beim Lesen wünscht

das Redaktionsteam

Redaktionsschluss für den VDPP-Rundbrief Nr. 64: 30. September 2006

INHALT

Grußwort des Vorstands
Bernd Rehberg *3*

Ein Tag im Leben des B.
Bernd Rehberg *4*

Stellungnahme zum AVWG
Bernd Rehberg, Jürgen Große *5*

Missstände in der Tamiflu-Verordnung
Thomas Schulz *8*

Elektronische Gesundheitskarte – Was kommt da auf uns zu?
Wilfried Deiß *9*

TERMINE *14*

Finanzbericht 2005
Gudrun Meiburg, Jürgen Große *15*

Finanzplan 2006 (Entwurf)
Jürgen Große *16*

Vorstand 27. November 2005
Uschi Blöcker *17*

Vorstand 21. Januar 2006
Uschi Blöcker *18*

DOKUMENTATION

Chronisch Kranke fürchten zu geringe Dosierung
BAG Selbsthilfe *19*

Falsche Fronten gegen Fälscher
Jörg Schaaber *20*

Heulen und Zähneklappern
Christian Wagner *21*

Privatisierung der Unikliniken Gießen/Marburg
vdää *23*

Protestaktionen von Klinikärzten
vdää *24*

Proteste der niedergelassenen Ärzte
vdää *25*

Kostensteigerung per Gesetz?
BUKO Pharma-Kampagne *26*

Doch billigere Arzneimittel?
BUKO Pharma-Kampagne *26*

Pfizers Versuche an Kindern in Nigeria
BUKO Pharma-Kampagne *27*

Mangel und Überfluss – Medikamente in Nord und Süd
BUKO Pharma-Kampagne *28*

Weltweiter Rahmenplan für Gesundheitsforschung?
BUKO Pharma-Kampagne *28*

Mehr Gesundheitsforschung für arme Länder
BUKO Pharma-Kampagne *29*

Bayer sponsort Fressturniere
CBG *30*

Keine Übernahme zu Lasten der Belegschaft
CBG *31*

Antiaging- und Wellness-Präparate
vzbv *31*

IMPRESSUM

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

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

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

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

Grußwort des Vorstands

Liebe Leserinnen und Leser,

ich sage es doch – die Gesundheitsreform ist ein schwerer Brocken. Herrlich: Bei der Reform sei „noch ein hartes Brett zu bohren". Hauptsache das Brett ist nicht vor den Köpfen der beteiligten Politiker. Könnt Ihr euch noch erinnern: Bürgerversicherung versus Kopfpauschale? Alle in einen Topf oder für jeden Kopf eine Summe! Das war 2003, und heute sind wir kein Jota weiter. Aber Frau Merkel wiederholt immer wieder: „Bis zum Sommer sind die Eckpunkte festgeklopft." Und dann wird über die Finanzierung geredet. Na ja, bei den Wetterbedingungen hat sie wohl noch ein paar Monate Zeit, bis uns der Sommer beglückt. Beglückt werden wir – als Patienten und als Apotheker – in jedem Fall mit höheren Belastungen.

Ich bin erstaunt, das AVWG (**A**rzneimittel**v**ersorgungs-**W**irtschaftlichkeits**g**esetz) scheint Wirkung zu zeigen, bevor es überhaupt am 1. Mai in Kraft getreten ist! Die Arzneimittelausgaben sind erstmalig gesunken von monatlich 2,0 Mrd. im April 2005 auf 1,86 Mrd. Euro im April 2006. Das könnten die 10 % Rabatt sein, die die Generikahersteller den Krankenkassen rückwirkend ab dem 1. April geben müssen. Gleichzeitig beginnen die Generikahersteller mit einem Preiswettkampf nach unten. Es freuen sich Frau Schmidt und die Krankenkassen.

Ich glaube, es wird ein böses Erwachen geben, wenn die kleinen Generikahersteller vom Markt verdrängt sind und die drei großen alleine übrig bleiben und die Preise diktieren können. Ob da die Globalisierung stören wird? Nein, die Befürchtung brauche ich nicht zu haben, da seien die EU- und die nationale Gesetzgebung davor!

Und hurra, das befürchtete Apothekensterben hat nicht stattgefunden. Nein, im Gegenteil, wir haben 3.157 Mitarbeiter mehr eingestellt! Während die „Großen" massiv Miarbeiter abbauen (die unsägliche Börse verlangt es!) schafft der Mittelstand sozialversicherungspflichtige Beschäftigung. „Die Zahl der arbeitslos gemeldeten Apothekenangestellten liegt in diesem Jahr weit unter dem hohen Niveau der letzten drei Jahre." Von Dezember bis April sank die Arbeitslosenzahl um 10 %.

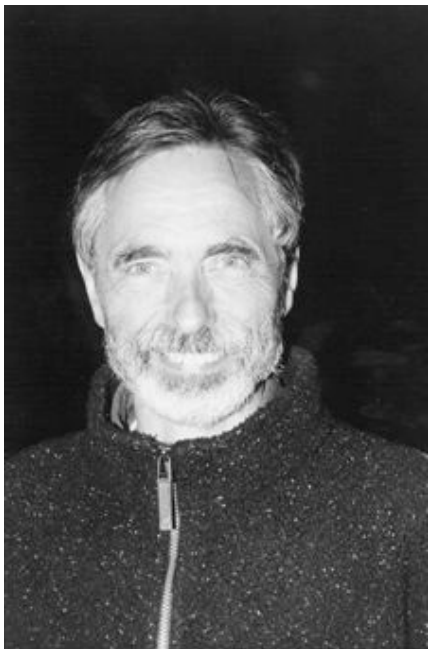
Einsparungen: Da lese ich, die Techniker-Krankenkasse hat 50 Millionen Euro eingespart, indem sie mit einem Computerprogramm die missbräuchliche Verwendung von Versichertenkarten aufdecken konnte. Gut, wenn die Millionen ausgegeben werden für Medikamente für hier in Deutschland lebende Menschen, bekommt diese Zahl einen etwas anderen Stellenwert. Aber wenn diese Medikamente ins Ausland verschoben werden, dann habe ich überhaupt kein Verständnis mehr dafür.

Und dann die Versorgung und Betreuung der Alten! Ich habe ein Interview im Deutschlandfunk gehört, es war erschütternd, was ich da über die Situation unserer alten Menschen in Heimen erfahren habe. Nein, ich will es gar nicht hier niederschreiben, denn wenn wir kurz überlegen und nachdenken, fällt es uns ein, was wir hier und da gehört oder gesehen haben. Aber im Verdrängen sind wir ja alle Weltmeister. Schaut einmal hin und überlegt, das würde mit unseren geliebten Haustieren geschehen, es gäbe einen Aufschrei durch die Republik, der sich gewaschen hat! Die Zeitungen wären voll davon. Und wie lange ist es noch hin, bis ihr im Altersheim landet? Bei mir jedenfalls dauert es nicht mehr so lange.

Fast alle von euch versorgen Altersheime, schließt nicht die Augen, sprecht an, wenn euch etwas auffällt. Es muss ja nicht mit dem Holzhammer sein, denn wir kennen auch die Belastung des Personals usw. usf. Aber wenn die Sonne scheint, und bei dem Heim gibt es einen Garten oder eine Rasenfläche, und kein einziger Heimbewohner ist draußen zu sehen, dann ist hier etwas faul, und vorsichtiges Nachfragen tut not. Denkt daran, steter Tropfen höhlt den Stein!

Das jedenfalls ist meine Meinung.

Bernd Rehberg
(für den Vorstand)



Ein Tag im Leben des B.

von Bernd Rehberg

Ich sitze im Zug Richtung München. Was für ein Glück: Zwischen den Sitzen am Tisch im Großraumwagen sind Steckdosen und ich kann meinen Laptop anschließen. Aus dem Fenster blickend sehe ich Bäume und Felder vorbeiziehen. Ich erinnere mich – vor ein paar Tagen, am Mittwoch, saß ich auch im Zug. Damals konnte ich nicht so entspannt aus dem Fenster gucken, war schrecklich aufgeregt und sah immer wieder auf meine Zettel mit den Fragen und den Antworten.

Die Zettel mit den Fragen kamen von Daniel Rühmkorf, dem für Gesundheitspolitik zuständigen Mitarbeiter der Linksfraktion. Es war 12 Uhr. Um 15 Uhr sollte die Anhörung beginnen. Ich bin auf dem Weg nach Berlin, ins Reichstagsgebäude. Der VDPP ist von „Die Linke" eingeladen worden als Experten zur öffentlichen Anhörung zum:
Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG).

Leise spreche ich unsere Antworten zu den drei Fragen vor mich hin.

Was das wohl wird! Hoffentlich bekomme ich überhaupt eine Satz heraus.

Ich kann mich noch zu gut an eine Situation in der Kammerversammlung der Hamburger Apothekerkammer erinnern: Ich bin dran, stehe auf, will etwas sagen und mein Kopf ist total leer, ich weiß nichts, na vielleicht noch meinen Namen. Ich stehe in der Sitzreihe, alles wartet, und endlich bringe ich heraus: „Es tut mir leid, ich weiß nicht mehr, was ich sagen wollte", und setzte mich wieder. Leises Schmunzeln und Lachen. Der Nächste wird aufgerufen.

Also noch einmal die Fragen durchgehen und die Antworten vor mich hinbrummeln. In Berlin, Lehrter Bahnhof. Ich rufe Daniel an, er freut sich, dass ich da bin, und wir verabreden uns für 14.30 Uhr vor dem linken Eingang des Reichstagsgebäudes. Ich reihe mich in die Schlange der Wartenden ein, muss meinen Personalausweis abgeben und bekomme einen Berechtigungsausweis, genau wie die anderen auch. Bekannte Gesichter sehe ich nicht. In kleinen Gruppen werden wir auf die zweite Ebene gebracht zum Anhörungsraum: SPD-Fraktionssaal 3 S001.

Fernsehen ist da, es wird eine Politikerin, die ich nicht kenne, interviewt. Ich warte vor dem Raum und schaue mich nach Daniel um. Keiner da, jedenfalls keiner, der wie Daniel aussieht. Jürgen Große hatte mir ein Photo von ihm gemailt. Ulrike Faber kommt, und wir begrüßen uns. Es ist 10 Minuten vor 3. Ich trage mich in die Anwesenheitsliste ein und betrete den Raum. Der ganze Raum voller Tische und Stühle. Wo sitze ich? Ich habe einen Lageplan und suche meinen Platz, indem ich durch die Tischreihen gehe und auf den aufgestellten Schildern den Namen VDPP oder meinen suche. Es ist verhext, ich finde meinen Platz nicht. Es wird 2 Minuten vor 3 und ich habe meinen Platz immer noch nicht gefunden. Verdammt, ich halte den Lageplan ja verkehrt herum, das Podium ist ja auf der anderen Seite eingezeichnet. Zu spät, Frau Bunge von den „Linken" eröffnet die Sitzung, und ich setze mich dorthin, wo ich gerade stehe.

Erst kommt die CDU/CSU, 25 Minuten, dann die SPD, ebenfalls 25 Minuten, dann die FDP 16 Minuten. Danach die Linken 14 Minuten, die Grünen 14 Minuten und dann noch einmal die CDU/CSU 15 Minuten und die SPD 15 Minuten.

Ich versuche zuzuhören, was die Abgeordneten die Experten fragen, und deren Antworten zu verstehen. Es bleibt beim Versuch. Nicht nur, dass ich aufgeregt bin, die Antworten sind derart verklausuliert und mit Paragraphen bestückt, dass ich nur Bahnhof verstehe. Der Bundestag ist frisch gewählt. Im Bundestagsausschuss für Gesundheit sind viele neue Abgeordnete, die sich sicher in der kurzen Zeit noch nicht in die Materie haben einarbeiten können. Wenn ich schon nur Bahnhof verstehe, wie sollen diese neuen Mitglieder die schwierige Thematik verstehen? Hier wird mir deutlich: Zwei verstehen etwas von der Sache, und die anderen nicken ab.

Es ist so weit, die Linke wird aufgefordert, ihre Fragen zu stellen. Der Abgeordnete Herr Spieth: „Meine Frage an Herrn Rehberg vom VDPP und Herrn Glaeske, wird die Industrie ihre Preise auf das Festbetragsniveau absenken?" Die Vorsitzende Frau Bunge: „Ich würde ja gerne mit Herrn Rehberg anfangen, nur ich sehe ihn nicht an seinem Platz. Da er unterschrieben hat, müsste er also im Raum sein, und ich bitte ihn, sich zu melden. Aber wir beginnen erst einmal mit Herrn Glaeske." Und wie das dann immer so ist, meine Nachbarn helfen mir, und plötzlich sehe ich das Schild

VDPP, greife meine Sachen und setze mich dahinter. Das Schild war gemeinerweise nur auf einer Seite beschriftet!

Als Gerd fertig ist, sieht mich dann auch Frau Bunge und erteilt mir das Wort. Ich drücke den Knopf für das Mikrofon (ich habe noch nie in meinen 62 Jahren ein Mikrofon benutzt) und wirklich, es gelingt mir. Die Worte verlassen laut und deutlich meinen Mund, und ich erkläre unsere Position. Die Industrie wird die Preise senken. Die dritte Frage dann wieder an mich und die AOK, ob es Alternativen zu diesem Gesetz gebe. Eine Alternative wäre unsere seit zehn Jahren gestellte Forderung nach der Positivliste.

Hurra, ich habe es geschafft und bin durch. Ich lehne mich zurück und atme erst einmal tief durch. Die Grünen sind dran. Und plötzlich mein Name von Birgitt Bender. Ich schrecke hoch, was war? Ein Glück, sie hat sich bei einer Frage an die BKK nur auf meinen Beitrag bezogen.

Jedenfalls waren meine Antworten die weitaus kürzesten, wie ich nun auf meiner Reise nach München im Wortprotokoll nachlesen kann.
Um 17 Uhr war die Anhörung zu Ende. Ich packe meine Sachen zusammen und plötzlich steht ein junger Mann mit auffallend gelb berandeter Brille und längeren Haaren vor mir: Daniel Rühmkorf. Den hätte ich nie erkannt nach dem Photo, welches Jürgen mir gemailt hatte. Wir begrüßen uns, ich bedanke mich für die Einladung und er dafür, dass ich gekommen bin. So mache ich mich wieder auf den Weg zurück nach Hamburg.

Probeer/Namibia
im Februar 2006

Stellungnahme des VDPP zum Entwurf eines „Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung" (BT-Drucksache 16/194)

Auch wenn man seriöserweise noch keine auf die letzte Stelle exakten Zahlen nennen sollte, werden die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherungen im Jahre 2005 um gut 3 Milliarden Euro über denen des Jahres 2004 liegen. Ungefähr ein Drittel dieses Zuwachses ist auf den um 10 % gesunkenen Herstellerrabatt zurückzuführen, für den Rest sind im Wesentlichen Struktur- und zu einem kleineren Teil Mengeneffekte verantwortlich.

Die Ausgaben lägen damit ungefähr auf der Höhe des Jahres 2003, dies allein ist noch nicht unbedingt dramatisch. Man sollte allerdings nicht vergessen, dass spätestens vom April 2004 an der Anteil rezeptfreier Arzneimittel an diesen Ausgaben drastisch zurückgegangen ist, so dass wir im Bereich der rezeptpflichtigen Arzneimittel anteilsmäßig noch deutlich höhere Zuwächse haben, als die bloße Ausgabensumme erscheinen lässt.

Angesichts dessen, dass die Ausgabenzuwächse zu einem bedeutenden Teil auf die verstärkte Verordnung von – aus unserer Sicht – überteuerten „Me-too-Präparaten" zurückgehen, sehen wir hier noch ein beträchtliches Rationalisierungspotenzial. Der vorliegende Gesetzesentwurf wird dem zumindest teilweise gerecht.

Zu den einzelnen Punkten:

Artikel 1 (SGB V)
1. (§ 31 Abs. 2)
(Rabattverträge zwischen einzelnen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen)

Grundsätzlich begrüßt der VDPP erweiterte Möglichkeiten der Preisverhandlung zwischen GKV und pharmazeutischen Unternehmen. Theoretisch könnten auch ausgehandelte Rabatte einzelner Krankenkassen diesen Zweck erfüllen. Eine derartige Regelung wäre auch umsetzbar, wenn auch sicher nicht bis zum 1. April 2006, und sollte für die Hersteller von Praxis- und Apotheken-Software keine unüberwindbaren Hürden bieten.

Ein Problem sehen wir allerdings in der Vermittelbarkeit gegenüber Patientinnen und Patienten. Es könnte schnell der Eindruck einer Dutzend-Klassen-Medizin entstehen („Dein Nachbar bekommt Arzneimittel A, seine Kasse bezahlt das voll, du aber nicht.") Im Einzelfall könnten sogar Krankenkassenwechsel provoziert werden, weil ein bisher genommenes Arzneimittel von einigen Krankenkassen bezahlt würde, von anderen nicht. Dies würde vollkommen unnötige Verwaltungskosten produzieren.

Weit über das bisher schon problematische Ausmaß hinaus, würde die Beratungstätigkeit in Praxen und Apotheken sich nicht auf das Arzneimittel als solches, sondern vor allem auf die Erläuterung von Zuzahlungs-, Festbetrags-, Vertragspreis- und anderen Regelungen konzentrieren. Patientinnen und Patienten könnte man vielleicht mit Mühe noch erklären, was sie jeweils ohne weitere Zuzahlungen erhalten und was nicht, vernünftig begründen ließe sich dies aber nur schwer.

Angesichts der geplanten beträchtlichen Ausweitung der Festbetragsregelungen würden nicht wenige Versicherte und nicht wenige Arzneimittel von einer solchen Regelung betroffen sein können.

Im Sinne einer Überschaubarkeit und Vermittelbarkeit für alle Beteiligten, nicht zuletzt Patientinnen und Patienten halten wir die im Entwurf vorgesehene Regelung für nicht sinnvoll.

2. (§ 35)
(Ausweitung der Festbetragsregelung, Schutz echter Innovationen)

Seit ihrer Einführung 1989 sind die Festbeträge das Instrument, das als Einziges nachhaltig zu einer Kostenbegrenzung in der Lage war. Angesichts dessen, dass rational nicht begründbare Ausgabenzuwächse im Wesentlichen auf teure Pseudo-Innovationen zurückgehen, begrüßen wir die Ausweitung der Festbetragsregelung, wie sie im Gesetzentwurf vorgesehen ist.

Wenn wir die heutigen Arzneimittelpreise betrachten, dann könnte die geplante Regelung der Festbeträge die Befürchtung nahe legen, dass demnächst ungefähr die Hälfte der patentgeschützten Arzneistoffe den Patientinnen und Patienten nicht mehr zum Festbetrag zur Verfügung stünden, dass also Zuzahlungen in bisher nicht gekannter Höhe auf sie zukämen. Wäre dies tatsächlich so, schiene diese Regelung sozialpolitisch unverantwortlich zu sein.

Auf der anderen Seite haben die vergangen 17 Jahre seit der Einführung von Festbeträgen gezeigt, dass derartige Befürchtungen sehr wahrscheinlich unberechtigt sind. Von einigen Ausnahmen abgesehen sind die Preise auch patentgeschützter Original-Arzneimittel stets auf das Festbetragsniveau abgesenkt worden, meist sogar ohne zeitliche Verzögerung.

Sofern einzelne Hersteller dies – aus welchen Gründen auch immer – nicht nachvollzogen haben, hat sie der Markt dafür bestraft. Das letzte bekannte Beispiel dafür war der Lipidsenker Atorvastatin (Sortis®), bei dem der Hersteller bereit war, statt einer möglichen Preissenkung um 40 % zu senken einen Absatzrückgang um ca. 90 % hinzunehmen. Unter dem Strich entspricht dies dann gut 80 % weniger Umsatz als bei einem gesenkten Verkaufspreis und gleich bleibendem Packungsabsatz erzielt worden wäre.

Wir erwarten nicht, dass viele Arzneimittelhersteller diesem Beispiel folgen werden. Die im AVWG-Entwurf vorgesehene Regelung würde auch in einem solchen Falle immer noch eine Therapie aller Erkrankungen ermöglichen, schließlich bleiben immer noch ausreichend Auswahlmöglichkeiten, nur nicht immer mit dem gleichen Wirkstoff.

Die Umstellung der meisten Atorvastatin-Patientinnen und -Patienten auf andere Statine hat unseres Erachtens der Volksgesundheit nicht geschadet. Solange medizinischer Sachverstand die Bildung der Festbetragsgruppen leitet, ist dies auch bei anderen Wirkstoffgruppen nicht anders zu erwarten.

Die Versicherten haben einen Anspruch auf eine ausreichende und zweckmäßige Behandlung, fast immer ist dies auch die optimale Behandlung. Diese wäre auch dann gewährleistet, wenn einige "Me-too-Präparate" nicht mehr zum Festbetrag erhältlich wären, auch wenn dies natürlich Umstellungen der Wirkstoffe zur Folge hätte, die nicht ganz dem Austauschen von Generika vergleichbar wären.

Aller Voraussicht nach wird sich dies Problem aber überhaupt nicht stellen, da bei den pharmazeutischen Herstellern die wirtschaftliche Vernunft politische Motivationen deutlich überwiegen dürfte.

3. (§ 73, neuer Abs. 3a)
(Vergütungsvereinbarungen im Krankenhausbereich etc.)

Hier halten wir andere für kompetenter, sich zu äußern.

4. (§ 73 Abs. 8)
(Verbot die Auswahl manipulierender Praxis-Software)

Dieses Verbot erscheint uns überfällig.

5. a) (§ 84 Abs. 1)
(Weitergeltung von Budget- und Richtgrößenvereinbarung bis zur Neuvereinbarung)

Dies ist sinnvoll, da ein vertragsloser Zustand vermieden wird.

5. b) (§ 84 Abs. 4a)
(Festlegung von Tagestherapiekosten, Bonus-Malus-Regelung)

Grundsätzlich ist die Festlegung von Tagestherapiekosten für bestimmte Arzneimittelgruppen durchaus sinnvoll. Im Rahmen derartiger Festlegungen kann auch nicht auf positive oder negative Anreize verzichtet werden, da derartige Vereinbarung ansonsten folgenlos blieben.

Auf der anderen Seite sollte aber auch das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin und Patientin nicht zerstört werden. Wenn Belohnungen für besonders niedrigpreisige Verordnungen gezahlt werden, dann ist dies schon geeignet, Patientinnen und Patienten zumindest zu irritieren.

Im Prinzip ist eine individuelle patienten- und diagnosenbezogene Betrachtung der Verordnungskosten präziser und gerechter als es etwa globale Praxisbudgets wären, aber auch sie wird aber dem Einzelfall nicht immer gerecht werden können. Die vorgesehene Regelung würde z. B. eine Ärztin benachteiligen, die bei Hyperlipidämien vorwiegend auf diätetische Maßnahmen setzte, aber bei einigen Patientinnen teure Lipidsenker verschriebe. Sie stünde schlechter da als eine Ärztin, die diätetische Maßnahmen eher vernachlässigte, dafür aber mehr Patientinnen billige Lipidsenker vorschriebe, obwohl diese insgesamt mehr Kosten verursachte.

Es wäre somit sogar denkbar, dass eine Bonus-Regelung für Ärztinnen und Ärzte Anreize zu rational nicht begründbaren Mengenausweitungen schüfe. Auf der anderen Seite könnten in Bereichen, für die die Unterschreitung der festgelegten Tagestherapiekosten schwieriger wäre, auch Unterversorgungen entstehen.

Die vorgesehene Regelung erscheint uns daher nicht sinnvoll, sie ist geeignet, das Vertrauensverhältnis in den Arztpraxen nachhaltig zu irritieren, ohne dass dem unbedingt eine Kostensenkung gegenüberstünde.

5. c) und d) (§ 84 Abs. 6 u. 7)
(Fristfestsetzungen)

Hier handelt es sich um sinnvolle Ergänzungen der bisherigen Regelungen.

6. (94 Abs. 1)
(Fristverkürzung bei Beanstandung von Festbetragsfestlegungen)

Dies erscheint uns grundsätzlich sinnvoll.

7. a) (§ 130a, neue Abs. 3a u. 3b, Abs. 8)
(Zweijähriges Preismoratorium, Preisabschlag für Generika)

Im zweijährigen Preismoratorium bzw. in der Festlegung von Abschlägen, die eventuelle Preiserhöhungen kompensieren, sehen wir einen Notanker, der vielleicht in der Lage ist, den Ausgabenanstieg zu bremsen. Angesichts dieses Anstiegs und angesichts auch einiger Preisentwicklungen bei patentgeschützten Arzneimitteln erscheint uns auch die Rückwirkung auf den Preisstand vom 1. November 2005 vertretbar.

Gäbe es bei Arzneimitteln einen freien Markt, was schon aus ethischen Gründen nicht vertretbar ist, so würde – wie in anderen Branchen auch – die Preisentwicklung von der Markteinführung eines neuen Produktes an tendenziell ohnehin eher nach unten gehen. Dass dies bei Arzneimitteln nicht so einfach funktioniert, hat mannigfache Gründe. Mit dem zeitlich begrenzten Einfrieren der Preise wird hier letztlich nur die Korrektur eines systembedingten Marktversagens vorgenommen.

Die Wirkung des Preismoratoriums sollte nicht überschätzt werden, denn viele Arzneistoffe werden ohnehin von der Festlegung neuer Festbeträge betroffen sein, so dass es bei ihnen in der Regel zu Preissenkungen kommen dürfte. Auf der anderen Seite besteht bei nach In-Kraft-Treten des Gesetzes neu eingeführten Arzneimitteln für die Hersteller natürlich die Möglichkeit, bei der Festsetzung der Preise die Auswirkungen des Moratoriums zumindest ein wenig zu kompensieren.

Sinn und Zweck einer Sonderregelung für re- und parallelimportierte Arzneimittel leuchten uns allerdings weniger ein. Es sei nur erwähnt, dass nicht erst die jetzt geplanten Sparmaßnahmen eine Entwicklung in Gang gesetzt haben, bei der sich die Bundesrepublik allmählich zum Herkunftsland von Re- und Parallelimporten in anderen EU-Staaten entwickelt.

Der Preisabschlag für Generika richtet sich nicht nur an deren Hersteller, sondern auch an die Apotheken, gingen dem Entwurf doch Diskussionen über Rabatte vieler Generika-Hersteller an Apotheken voraus, die diesen Zusatzeinkünfte ermöglicht haben sollen, die ihnen nach Ansicht der meisten Diskussionsteilnehmer nicht zustünden. Mit dem vorgesehenen Abschlag sollen diese Beträge nun weit gehend zu Gunsten der Gesetzlichen Krankenversicherung abgeschöpft werden.

Nach einigen Untersuchungen liegt das Preisniveau (allerdings auch der Marktanteil) für Generika in Deutschland höher als in vergleichbaren Ländern, so dass das Begehren der Kostenträger nach einer Entlastung in diesem Bereich durchaus verständlich erscheint. Die Generika-Hersteller werden – und dies scheint ja durchaus beabsichtigt zu sein – einen großen Teil ihrer Mindereinnahmen durch eine Verminderung oder Abschaffung der Rabatte an die Apotheken kompensieren können.

Die vorgesehene Regelung wird – die Schätzung erscheint uns realistisch – zunächst einmal zu jährlichen Einsparungen von ca. 500 Millionen Euro bei den Krankenkassenausgaben führen. Ohne Mehrwertsteuer entspräche dies ca. 430 Millionen Euro. Wenn davon drei Viertel durch eine Reduzierung der Rabatte an Apotheken kompensiert würden, dann entspräche dies Mindereinnahmen auf Seiten der Generikahersteller von rund 110 Millionen Euro, auf Seiten der Apotheken von 320 Millionen Euro.

Angesichts des im europäischen Vergleich relativ hohen Preisniveaus bei Generika hält der VDPP den geplanten Preisabschlag für vertretbar.

Nicht ganz unproblematisch erscheint allerdings die vorgesehene Regelung, Preissenkungen ab Januar 2007 mit dem Abschlag zu verrechnen, falls diese für mindestens drei Jahre gälten. Dies ist ja zunächst einmal weder für die Apotheken noch für die Krankenkassen überprüfbar, der Zusatz "soweit diese für mindestens drei Kalenderjahre gültig ist" sollte daher aus Gründen der Rechtssicherheit aller Beteiligten gestrichen werden.

Ein technisches Problem bietet auch die Ausnahme derjenigen Generika vom vorgesehenen Abschlag, deren Preis mindestens 30 % niedriger ist als der Festbetrag. Dies ist der Festzuschläge wegen bei besonders preiswerten Generika gar nicht möglich, hier wäre eine abgestufte Regelung wahrscheinlich sinnvoller.

7. b) (§ 130a Abs. 8)
(Beteiligung von Leistungserbringern oder Dritten an Verträgen der Krankenkassen)

Die Beteiligung von Leistungserbringern erscheint uns wegen möglicher Interessenkonflikte problematisch.

8. (§ 131 Abs. 4)
(Verpflichtung der pharmazeutischen Unternehmer zur Datenübermittlung)

Dies halten wir sinnvoll.

Artikel 2 (Heilmittelwerbegesetz)
(Verbot von Naturalrabatten an Apotheken)

Auch wenn sie erst im letzten Jahr in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses gerieten, sind diese Rabatte an sich nichts Neues, es gab und gibt sie seit vielen Jahren und nicht erst seit Einführung der Autidem-Regelung oder des GMG. In Einzelfällen sind derartige Rabatte kurzfristig in schwer nachvollziehbaren Höhen gegeben worden (so etwa 50 plus 100 bei einem bekannten rezeptfreien Hustenmittel), doch diente dies vor allem einer möglichst raschen Marktdurchdringung bei neu eingeführten Generika und ist nicht zu verallgemeinern.

Zum Teil ist das Volumen dieser Rabatte in der Diskussion grotesk überschätzt worden, mehr als insgesamt 400 – 500 Millionen Euro jährlich bei verordneten Arzneimitteln dürften es unserer Schätzung nach nicht sein. Wenn aus diesen – in vergleichbarer Höhe auch schon seit längerer Zeit erzielbaren – Rabatten nun abgeleitet wird, die Apothekerinnen und Apotheker seien die Gewinner der Gesundheitsreform, ist dies nicht nachvollziehbar.
Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch darauf, in der Apotheke vernünftig und sachgerecht beraten zu werden. Dies sollte sowohl für den Bereich der Selbstmedikation gelten als auch für die Medikamentenauswahl z. B. im Rahmen der Aut-idem-Regelung. Kaufmännische Gesichtspunkte sollten dabei gegenüber medizinisch-pharmazeutischen zurücktreten. Dies fällt angesichts steigender Kosten und bestenfalls stagnierender Rohgewinne nicht immer leicht.

Einschränkungen bei der Rabattgewährung erscheinen uns deshalb im Sinne einer Verbesserung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patientinnen und Apothekerinnen durchaus sinnvoll. Natürlich hätten wir keine Probleme mit einer Kompensierung des den Apotheken künftig fehlenden Rohertrags aus Naturalrabatten durch eine Anpassung der Festzuschläge, doch erscheint uns diese wegen der gesundheitspolitischen Gesamtsituation wenig realistisch.

Es wäre aus unserer Sicht schon ein Gewinn, wenn sich durch die Diskussion um Naturalrabatte die Einsicht verbreiten könnte, dass Deregulierungen im Gesundheitswesen kein Allheilmittel sind.

Die ordnungspolitisch vielleicht nicht unumstrittene Ansiedelung des Naturalrabattverbots im Heilmittelwerbegesetz erscheint uns durchaus sinnvoll, geht es doch auch um die Zurückdrängung sachfremder Erwägungen bei der Arzneimittelauswahl.

Natürlich besteht zwischen Bar- und Naturalrabatten im Grunde kein Unterschied. Ob man ein Arzneimittel mit einem Naturalrabatt von 9 plus 1 kauft, oder ob man es mit einem Barrabatt von 10 % bei der Abnahme von 10 Stück erwirbt, kommt exakt auf das Gleiche hinaus. Angesichts der – aus unserer Sicht fragwürdigen – Freigabe der OTC-Preise erscheint die Einbeziehung aller apothekenpflichtigen Arzneimittel in die geplante Regelung auch wenig sinnvoll, doch sehen wir auch, dass die Formulierungen des Entwurfs und die bisher erfolgten Erklärungen des Ministeriums hier für eine Klarstellung ausreichend sind.

Verein Demokratischer
Pharmazeutinnen und
Pharmazeuten e. V. (VDPP)

c/o Fleming-Apotheke
Bramfelder Chaussee 291
22177 Hamburg
Tel. 040 639177-20
Fax 040 639177-24
E-Mail geschaeftsstelle@vdpp.de

Bernd Rehberg (Vorsitzender)
Jürgen Große

Hamburg, 12. Januar 2006

Missstände in der Tamiflu®-Verordnung?

Der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten nimmt einen Bericht in der BILD-Zeitung vom 13.1.06 zum Anlass, die Verordnungspraxis mit Tamiflu® kritisch zu hinterfragen.

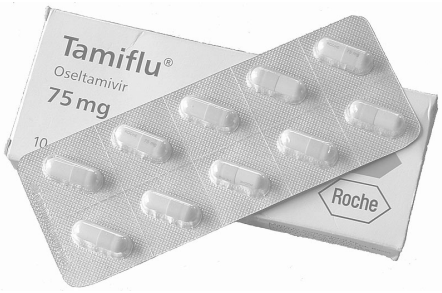
Die BILD-Zeitung hatte 30 gesunde Redakteure in Arztpraxen geschickt, die dort eine prophylaktische Verordnung von Tamiflu einforderten. In 22 Fällen erhielten die Redakteure ein Rezept, ein Redakteur stellte fest, dass er ein Privatrezept bekam.

Der VDPP betrachtet die BILD-Zeitung nicht als seriöses Presseorgan und betrachtet die Angaben daher mit Zurückhaltung.

Sollte es sich herausstellen, dass die Angaben in der BILD-Zeitung wahr sind, dann würde dies auf einen erschreckend verantwortungslosen Umgang mit einem der wenigen Arzneimittel, die zur Therapie der echten Virusgrippe zur Verfügung stehen, hinweisen.

Sollte es sich weiterhin bewahrheiten, dass 21 von diesen 22 medizinisch unbegründeten Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgten, dann würde dies auf einen handfesten Skandal hindeuten. Es kann nicht angehen, dass die Beiträge der gesetzlich Versicherten so sinnlos verpulvert werden.

Es ist dem VDPP klar, dass es sich nicht um eine repräsentative Untersuchung in einer seriösen Zeitschrift handelt, aber die Hinweise auf weit verbreitete Gefälligkeitsverordnungen eines wichtigen Influenzamittels zu Lasten der solidarisch finanzierten GKV sollten von den Verant-



wortlichen bei den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen aufgegriffen und geprüft werden.

Bei derartig sinnlosen Verordnungen darf sich die Politik nicht über ständig steigende Verordnungskosten im Arzneimittelbereich wundern.

Dr. Thomas Schulz
(VDPP-Vorstand)
24. Januar 2006

Die Elektronische Gesundheitskarte - Was kommt da auf uns zu?

oder: Die praktischen Auswirkungen einer ursprünglich guten Idee

von Wilfried Deiß

Die neue Bundesregierung setzt gesundheitspolitisch ein Projekt der alten Bundesregierung fort und plant, bis spätestens 2007 eine elektronische Gesundheitskarte einzuführen. Diese Karte ist nicht unumstritten, denn es gibt große datenschutzrechtliche Vorbehalte. Auch der Hausarzt Wilfried Deiß hat einige Bedenken und deshalb einen Offenen Brief an seine Patientinnen und Patienten geschrieben, den wir hier dokumentieren:

Offener Brief an Patientinnen und Patienten

Sie als Patientinnen und Patienten sind bestens mit der Funktion der jetzigen Krankenversichertenkarte = Chipkarte vertraut. Sie alle wissen, dass Sie die Chipkarte beim ersten Arztkontakt im Quartal vorzeigen müssen, außerdem bezahlen Sie 10 EUR Praxisgebühr, und dann kann die Behandlung ohne weitere Störungen losgehen.

Nun soll spätestens im Jahr 2007 die neue „Elektronische Gesundheitskarte" = eCard eingeführt werden, die dann für alle Patientinnen und Patienten gelten soll, also auch für Privatpatienten.

Vermutlich denken Sie wie die große Mehrheit der Bundesbürger, das sei so eine Art neue, verbesserte Version der bisherigen Chipkarte, auf der dann auch ein Foto aufgedruckt ist und auf der außer den Verwaltungsdaten auch zusätzliche medizinische Daten gespeichert werden können. Tatsächlich wird auch in den Medien ständig der Eindruck vermittelt, es handele sich lediglich um eine modernisierte Chipkarte.

Genau das ist aber falsch, es handelt sich sogar um eine bewusste Irreführung. *In einer ausgedehnten Kampagne von Ministerien und Industrie wird verschleiert, dass es in Wirklichkeit gar nicht um die elektronische Gesundheits-Karte für die Brieftasche geht, sondern um ein gigantisches Computer-Netzwerkprojekt.* Und jetzt kommt der eigentliche Kern der Sache: In diesem bundesweiten Mammut-Computer-Netzwerk *sollen in Zentralcomputern persönliche Daten von Patientinnen und Patienten gespeichert werden.* Und

zwar nicht nur Verwaltungsdaten, sondern auch Arztbriefe, Krankenhausberichte, Röntgenbilder und vieles mehr. Die geschätzten Kosten für das Projekt belaufen sich auf 1,5 bis 4 Milliarden Euro.

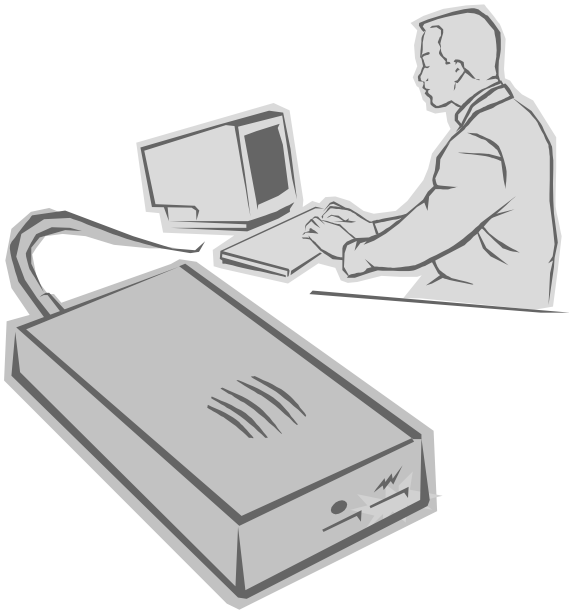
Offiziell wird das Projekt damit begründet, dass der Informationsfluss im Gesundheitswesen verbessert werden soll. Dadurch soll die Qualität der Behandlung steigen bei mittelfristig sinkenden Kosten. Möglich soll das dadurch werden, dass alle an Ihrer Behandlung beteiligten Ärzte Zugriff auf Ihre gesammelten Patientendaten haben sollen. Das hört sich gut an und tatsächlich stimmt es, dass wichtige Informationen über Patienten oft nicht zur richtigen Zeit am richtigen Ort zur Verfügung stehen. Ob aber das bundesweite Computernetzwerk mit einer Zentralen Speicherung von Patientendaten dafür die richtige Lösung ist, das ist die Frage, die ich hier diskutieren möchte.

Sie als Patientinnen und Patienten sollten sich Folgendes klar machen: *die „Datenbasis" für ihre medizinischen Daten, für ihre Krankengeschichte, liegt bisher in der Praxis ihres Hausarztes.* Dort werden alle verfügbaren Berichte gesammelt, ausgewertet und besprochen. Rechtliche Basis für den Umgang mit Patientendaten ist das Arztgeheimnis und organisatorisch ist die Arztpraxis eine Art „geschützter Raum", auf den Außenstehende keinen Zugriff haben. *Im neuen System der „Elektronischen Gesundheitskarte" wird die Datenbasis ihrer persönlichen Daten von der Praxis des Hausarztes in ein anonymes Computernetz und in einen dortigen Großrechner verlagert. Sie sollten sich die Frage stellen, ob Sie das wollen oder nicht.*

Ich persönlich sehe das ganz demokratisch: Ein solches Projekt mit direkten Folgen für jeden Einzelnen in diesem Land kann nicht an den Menschen vorbei entschieden werden. Wenn eine gut informierte

Bevölkerung sich mehrheitlich dafür entscheidet, werde ich als ihr Arzt die Entscheidung mittragen. Voraussetzung ist aber, dass einigermaßen objektiv über das Thema informiert wird. Und genau das ist bisher in keiner Weise der Fall. *Was die Bevölkerung bisher zu Augen und Ohren bekommen hat, ist eine Pro-Kampagne. Es wird Zeit, auch die Gegenargumente darzulegen.*

Am besten lässt sich das Pro und Contra darstellen an praktischen Beispielen. Nehmen wir einmal an, wir hätten das Jahr 2007 oder 2008 und das Projekt wäre bereits vollständig umgesetzt. Sie würden in Ihrer Hand halten eine Chipkarte, die etwas bunter aussieht als die bisherige, weil sie vor allem auch mit ihrem Foto versehen ist, und auf der Rückseite sind noch Daten einer Europäischen Krankenversichertenkarte aufgedruckt. Auch die Krankenversichertennummer hat sich



geändert (da geht jetzt auch die Rentenversicherungsnummer mit ein), sonst können Sie äußerlich nichts Besonderes feststellen.

Nun kommen Sie erstmals wieder in meine Praxis. Dort fällt Ihnen auf, dass der Arbeitstisch der Arzthelferinnen voller aussieht als sonst. Neben dem Praxiscomputer steht ein Gerät (ein sogenannter *Connector*), über das der Computer mit dem Telefonnetz verbunden ist. Das ist neu, denn bisher war der Computer überhaupt mit keinem Netz verbunden. Wenn Sie sich technisch ein wenig auskennen oder die Arzthelferinnen fragen, würden sie erfahren, dass es sich sogar um einen schnellen Datenanschluss zur Übertragung großer Datenmengen handelt (wie DSL) und *dass der Praxiscomputer den gesamten Arbeitstag nonstop an einem bundesweiten Computernetz angeschlossen ist.*

Dann werden Sie wie üblich die Krankenversichertenkarte, die ja jetzt eCard heißt, abgeben müssen, und die 10 Euro Praxisgebühr zahlen Sie natürlich auch. Dann fällt ihnen auf, dass Sie die eCard nach dem Einstecken ins Lesegerät nicht nach wenigen Sekunden wieder zurück bekommen, sondern dass sie dort stecken bleibt. Offensichtlich funktionieren in diesem System weitere Routinevorgänge nur, wenn die eCard im Lesegerät steckt. *Nebenbei erfahren Sie von den Arzthelferinnen, dass sie von heute an die eCard bei **jedem** Praxisbesuch dabei haben müssen, auch dann, wenn sie nur ein Rezept oder eine Überweisung abholen wollen.*

Als Sie darüber noch nachdenken, fällt Ihnen auf, dass auch das *Lesegerät für ihre eCard* viel neuer, größer und dicker aussieht. Und daneben steht komischerweise *noch ein Lesegerät*, in dem auch eine Karte steckt. Sie fragen nach, und erfahren, dass im anderen Lesegerät der „Heilberufsausweis" (= Arztausweis) ihres Hausarztes eingesteckt ist. Sie wundern sich und erfahren, dass *das Weitere, was hier mit Ihnen in der Praxis geregelt und gemacht wird, nur funktioniert, wenn der Arztausweis ihres Hausarztes und ihre eCard gleichzeitig in den jeweiligen Lesegeräten stecken und der Praxiscomputer ständig mit dem Computernetz verbunden ist.* Die Kosten für die neuen Zusatzgeräte belaufen sich übrigens auch für eine bereits mit moderner Computeranlage ausgestattete Arztpraxis auf mindestens 3000 bis 4000 Euro, die vom Arzt zu zahlen sind und *eventuell* im Laufe der kommenden Jahre zurückerstattet werden (diese Investition mache ich übrigens gern, wenn dadurch der Praxisalltag tatsächlich leichter und die Verfügbarkeit von Informationen besser wird). Hinzu kommen laufende Kosten für Online-Anschluss und Zertifikat für den Heilberufsausweis.

Jetzt aber zurück zur Anmeldetheke in der Praxis: Nun passieren einige elektronische Dinge, von denen Sie nichts mitbekommen werden. *Die Daten auf ihrer eCard werden über das Netz mit den Daten auf dem Computer Ihrer Krankenkasse verglichen.* So kann geprüft werden, ob Sie noch versichert sind, ob Sie Zuzahlungen leisten müssen oder nicht, ob Sie an Programmen für chronisch Kranke teilnehmen und einiges mehr. Wenn die Daten auf ihrer eCard nicht mehr aktuell sind, werden gleich automatisch mit den Daten im Krankenkassencomputer abgeglichen, was ja ganz praktisch sein kann und Ihnen eventuell einen Gang zur Krankenkasse erspart, jedenfalls dann, wenn die Daten auf dem Krankenkassen-Computer aktuell sind. Wie gesagt, das merken Sie gar nicht, allenfalls dann, wenn irgendeine Unstimmigkeit gemeldet wird und den Arzthelferinnen eine Warnmeldung auf dem Computerbildschirm angezeigt wird. Nun gut, Sie wollen ja heute nur ein Standardrezept abholen für Medikamente aus Ihrer Dauermedikation, die Blutdruckmedikamente sind Ihnen ausgegangen. Ihre eCard steckt noch immer im Lesegerät. Nun kann Sie die Arzthelferin fragen, was Sie denn eigentlich wollen, und Sie geben an, dass sie eine große Packung Lisinopril 5 mg brauchen, wie immer.

Nun werden Sie überraschenderweise gefragt, ob Sie das Rezept denn lieber auf der eCard gespeichert haben möchten oder ob es Ihnen lieber ist, wenn es auf dem Server (?) gespeichert wird. Sie hatten ja eher an ein Stück Papier gedacht, erfahren aber nun, dass es kein Papierrezept mehr gibt, sondern ein *eRezept*, ein elektronisches Rezept. Schließlich mussten bisher bei den Krankenkassen jedes Jahr 700 Millionen Rezepte

vom Papier in den Computer übertragen werden, da habe man es jetzt einfacher, indem das Rezept bereits beim Arzt in digitaler Form gespeichert wird. Dadurch kann die Krankenkasse eine Menge Arbeit und damit eine Menge Mitarbeiter einsparen. Und Server? Damit ist der Zentralrechner gemeint bzw. einer der Großrechner des Zentralrechner-Systems, der irgendwo in Deutschland steht, und der Ihre Patientendaten speichert. Sie können also Ihr eRezept entweder direkt auf die eCard speichern lassen oder auch auf diesem Server. Ich gehe mal davon aus, dass Ihnen völlig unklar ist, was da letztlich den Unterschied macht, aber sie wollen die Arzthelferinnen ja nicht aufhalten und entscheiden sich für die eCard als Speicherplatz für Ihr Rezept.

Jetzt endlich kann die eCard wieder aus dem Lesegerät gezogen werden und Sie gehen mit dem Ding zur Apotheke. Auf dem Weg dahin geht Ihnen durch den Kopf: Ich habe ja eine gute Hausarztpraxis, aber auch da passieren ja schon mal Fehler, vor ein paar Jahren hatte mir eine Arzthelferin Lisino statt Lisinopril aufs Rezept geschrieben und beim letzten Mal war es versehentlich eine kleine Packung statt einer großen. Sie wollen das eben mal nachprüfen, greifen in ihre Tasche und da fällt es ihnen ein, geht ja gar nicht ... Nachträglich wissen Sie dann auch, was neulich mit einer Pressemeldung gemeint war, *da sollen wohl irgendwann in Apotheken oder Arztpraxen solche Terminals aufgestellt werden, die aussehen wie Bankautomaten, in die der Patient seine eCard schieben kann, um mal zu sehen, was da eigentlich draufsteht.*

Na denn, Sie kommen in die Apotheke. Auch da werden Sie gleich gefragt, ob Sie Ihre eCard dabei haben und ob Sie denn das Rezept auf der Karte oder auf dem Server haben. Diesmal also auf der Karte. Letztere wird von der Apothekerin eingelesen, auf dem Bildschirm erscheint Lisinopril 5 mg, große Packung und zack, Sie haben Ihr Medikament. So weit gut gegangen.

Auf dem Weg nach Hause kommen Sie doch ins Sinnieren. Sonst haben sie doch Rezepte auch schon mal telefonisch bestellt und dann erst abgeholt. Beim nächsten Besuch in der Praxis erfahren Sie, dass auch das jetzt wieder geht. Jeder Patient hat nämlich *für solche Fälle eine vierstellige PIN-Nummer.* Wenn Sie die den Arzthelferinnen mitgeteilt haben, kann tatsächlich auch ohne eCard im Lesegerät ein Rezept erstellt werden, das wird dann von der Praxis auf den Server irgendwo in Deutschland geschickt.

Dann können Sie zur Apotheke gehen, müssen dann aber unbedingt wieder die eCard dabei haben, sonst geht gar nichts, dann kann der Apotheker das Rezept vom Server abrufen und Ihnen tatsächlich das Medikament geben. Das geht dann also mit der PIN-Nummer. Dann müssten Sie also bei jeder Bestellung in der Arztpraxis die PIN-Nummer durchgeben. Oder das Praxisteam müsste die PIN-Nummer in der Patientenakte vermerken, aber das ist natürlich auch nicht gut, die PIN vom Girokonto wird ja auch nicht einfach irgendwo hingeschrieben.

Schwieriger wird es für Ihre bettlägerige Tante, die hat sonst schon mal ihren Enkel an der Arbeit angerufen, er möchte ihr doch bitte mal auf dem Rückweg vom Doktor ein Rezept mitbringen. Das geht so einfach nicht mehr, der hilfsbereite Enkel muss jetzt immer erst bei der Oma vorbei und die eCard holen. Man denke dann nur an pflegebedürftige, verwirrte Menschen im Pflegeheim, wenn die Medikamente brauchen, wie geht das denn? Oder überhaupt, wie macht das dann der Doktor, wenn er zum Hausbesuch kommt? Muss er dann für eine Verordnung jeweils erst einen Laptop-Computer hochfahren und zwei Lesegeräte an ihn anschließen? Soll dann doch wieder das Papierrezept herhalten? Ihr Arzt hatte da noch so eine Andeutung gemacht, es gäbe wohl Pläne, zur Sicherheit außer dem eRezept solle sozusagen zur Sicherheit immer auch ein Papierrezept ausgestellt werden, also alles doppelt ...

Aber was soll's, ihr Blutdruckmedikament haben Sie ja jetzt. Weil der Blutdruck immer so schwankt und das Herz darunter leidet, waren Sie ja neulich beim Kardiologen und gehen nun zum Hausarzt, um die Ergebnisse zu besprechen. Der Kardiologe ist immer sehr zuverlässig, nach 3 - 4 Tagen hat der Hausarzt meist den Arztbericht gehabt. Deswegen gehen Sie also heute zum Hausarzt. Heute brauchen Sie zwar kein Medikament, müssen aber komischerweise die eCard wiederum abgeben, die steckt während des gesamten Beratungsgespräches im Lesegerät. Und heute ist der Doktor auch noch schlecht informiert. Sonst war das immer so, dass er den Facharztbericht schon am Tag vor der Konsultation gelesen und ausgewertet hatte und konnte sich dann voll auf das Gespräch mit Ihnen konzentrieren. Diesmal ist das anders: *Sie erfahren vom Hausarzt, dass er Ihren fachärztlichen Bericht nur dann vom Server (übrigens weiß Ihr Hausarzt auch nicht, wo das Ding eigentlich steht) abrufen darf, wenn ihre eCard im Lesegerät steckt.* Die heutige Beratung beginnt also damit, dass der Doktor erstmal den zweiseitigen Facharztbericht auf den Computerbildschirm bringen und lesen muss, überlegen muss, welchen Konsequenzen das hat, und dann erst mit Ihnen reden kann. Das ist ärgerlich, wenn von zehn Minuten Beratungs- und Untersuchungszeit schon wieder drei oder vier wegfallen. Und das, obwohl es doch in den Ankündigungen zur eCard geheißen hat, die Information solle besser und effektiver werden, es solle dann mehr Zeit für den Patienten übrig sein.

Wie macht das eigentlich der Doktor mit dem Schreibkram? Neulich musste er doch für mich einen längeren Reha-Antrag stellen, in den er alle Behandlungsdaten der letzten Jahre, alle Facharztberichte und alle Krankenhausaufenthalte eintragen musste. Muss ich ihm denn in Zukunft die eCard vorbeibringen, wenn er für mich einen Antrag ausfüllen muss?

Nun geht Ihnen noch etwas durch den Kopf. Sie waren doch vor zwei Jahren mal in psychiatrischer Mitbe-

handlung gewesen wegen einer ziemlich schweren Depression. Auslöser war damals eine familiäre Krise. Die ist zwar inzwischen behoben, aber das war sehr schlimm und unangenehm, und in dem Brief, den der Psychiater damals geschrieben hat, standen auch einige Informationen drin, die er falsch verstanden hatte, die ein schlechtes Bild von Ihnen und Ihrer Familie abgeben. Dieser Bericht, der liegt ja noch in der Karteikarte meines Hausarztes. Zu ihm haben Sie Vertrauen, mit ihm haben Sie auch über den Bericht gesprochen, und Sie wissen, dass Ihr Hausarzt die Umstände richtig einschätzen kann. Dann ist es auch nicht so schlimm, wenn ein nicht ganz exakter und unangenehmer Bericht in seinem Karteischrank oder in seinem praxisinternen Computer ruht.

Nun möchten Sie wissen, wie das im neuen eCard-System ist. *Tatsächlich, im neuen System liegt der psychiatrische Bericht so wie jeder andere Krankheitsbericht nicht mehr im geschützten Raum Hausarztpraxis, sondern irgendwo auf einem Zentralrechner, auf den 120.000 Arztpraxen, 60.000 Zahnarztpraxen und Psychotherapiepraxen, 3.000 Krankenhäuser, 300 Krankenkassen und 22.000 Apotheken und deren Mitarbeiter Tag und Nacht potentiellen Zugriff haben müssen.*

Sie sollten sich rechtzeitig überlegen, ob Sie das möchten. Wegen Ihrer berechtigen Einwände wird sie das Gesundheitsministerium beruhigen wollen: Sie könnten schließlich selbst bestimmen, welche Daten gespeichert werden und welche nicht. Ein wenig wundert sie das schon, denn *das System sollte ja vor allem möglichst vollständig informieren, wenn aber nun wieder etliches gelöscht wird?* Sogar die Antidepressiva, die Sie damals ein paar Monate genommen haben, können Sie löschen lassen. Das können Sie nicht selbst machen, aber Sie können zu ihrem Hausarzt gehen, ihre eCard einstecken lassen, und dann ihren Hausarzt bitten, die Löschung vorzunehmen. Der Kardiologe muss das mit der Depression ja auch nicht unbedingt wissen. Nur, falls Sie irgendwann nochmal zum Psychiater müssten und den Bericht wieder brauchen würde, was dann, kann man ihn dann wieder zurückholen?

Wissen Sie, *es gibt bessere Möglichkeiten, den Informationsfluss zu verbessern, und zwar viel einfacher, viel billiger und viel besser.* Dazu wird kein Netzwerk gebraucht, keine zwei Sorten Lesegeräte und kein einziger Connector. Es gab auch in der vordigitalen Zeit schon Patienten, die alle ihre Krankenberichte kopiert in einer Aktenmappe in Papierform bei sich trugen. Das war natürlich für andere Ärzte eine feine Sache, das alles erneut zu kopieren war ziemlich aufwändig, aber es war immerhin möglich. *Heute ist es gar kein Problem, eine solche „Krankenakte" in Form eines Datenspeichers am Schlüsselbund bei sich zu tragen,* zum Beispiel in Form eines handelsüblichen USB-Sticks, den man für 20 Euro oder weniger kaufen kann und auf den zehntausende von Textseiten und hunderte von Bildern passen. Das könnte dann so gehen: die Datenbasis bleibt beim Hausarzt, alle ab sofort noch als „Papier"-Berichte eintreffenden Informationen werden dort eingescannt (es wird sicher nicht möglich sein, alle Berichte aus früheren Jahren noch aufzunehmen, aber das würde ja beim eCard-System auch nicht gehen). Zusätzlich würde ich darauf eine immer aktuelle Liste aller wichtigen Diagnosen, Vordiagnosen, Allergien und Unverträglichkeiten sowie eine aktuelle Medikamentenliste mit aktuellen Dosierungen unterbringen. Diese Basisinformationen sind in einer gut geführten Praxis sowieso parat und können ganz einfach übertragen werden. Sie als Patientin/Patient könnten sich ihre Patientenakte per Knopfdruck auf ihren persönlichen Datenspeicher für die Hosentasche übertragen lassen. Dieser Datenspeicher passt an jeden nicht allzu alten Praxisrechner, es ist nicht einmal ein Lesegerät erforderlich. Ihr USB-Stick könnte mit einem Passwort gesichert sein. Wenn Sie den Stick einmal verlieren sollten oder er geht kaputt, ist das auch nicht schlimm, denn die Daten können jederzeit auf einen neuen Stick geladen werden. Der Stick könnte so gestaltet sein, dass Sie am heimischen Computer den Inhalt selbst lesen können. Den Stick nehmen Sie, wenn Sie wollen, mit zum nächsten Facharztbesuch oder Krankenhausaufenthalt, und *Sie hätten es im wahrsten Sinne des Wortes selbst in der Hand, wem Sie erlauben, die Informationen einzusehen oder zu kopieren.* Und: wenn die Krankenkassen unbedingt meinen, das Rezept müsse in Zukunft ein eRezept sein, lässt sich dieses auch mit dem USB-Stick von der Arztpraxis zur Apotheke transportieren, ohne bundesweites Netzwerk, ohne neue Lesegeräte.

Nur eine Art von Funktionen geht ***nicht*** *ohne das bundesweite Netzwerk: Es sind die Kontroll- und Überwachungsfunktionen, die zum Gläsernen Patienten und zum Gläsernen Arzt führen könnten und von denen sich Ministerien und Krankenkassen wichtige Kontrollmöglichkeiten erhoffen.* Aber daran dürfte Ihnen als Patient und mir als Arzt und uns beiden als Demokraten in einer freiheitlich demokratischen Grundordnung sowieso nicht gelegen sein. Es liegt auch der Verdacht nahe, dass das Drängen der Entscheidungsträger auf die Netzwerk- und Zentralrechner-Lösung nicht nur medizinische Gründe hat, sondern vor allem auch wirtschaftliche und überwachungstechnische. Dafür spricht, dass der Zugriff auf persönliche Daten zwar offiziell nur mit eingelesener Patienten-eCard möglich ist.

Insider wissen aber, dass solche Systeme in aller Regel Hintertürchen (= backdoors) haben, die auf einfachem Wege benutzt werden können, zum Beispiel auch ganz legal nach einer klitzekleinen Gesetzesänderung. Denken Sie mal an die Autobahn-Maut und Toll Collect. Zunächst war scheinbar klar, dass es nur um Überwachung von Gebühren gehen soll. Aktuell wird schon über die Handhabung des Systems für Fahndungen nach Straftätern beraten.

Ich als Ihr Hausarzt möchte unbedingt eine Verbesserung des Informationsflusses im Gesundheitswe-

sen. Dabei sollen die Erfordernisse des medizinischen Alltages im Vordergrund stehen. Das jetzt in Vorbereitung befindliche System ist offenbar ein Trojanisches Pferd: In der Verkleidung der Verbesserung der Patientenbehandlung kommen ganz andere Ziele daher und alles in allem sind für Patienten und deren Behandler die Nachteile größer als die Vorteile. Übrigens hat auch der Deutsche Ärztetag 2005 Bedingungen formuliert, die für die Gesundheitskarte erfüllt sein müssen,

die aber definitiv nicht erfüllt sind und auch in Zukunft nicht erfüllt sein werden.

Ich möchte zusammenfassen:
Thesen zur Elektronischen Gesundheitskarte:

1. Der Titel „Elektronische Gesundheitskarte" ist eine Irreführung. Er vermittelt den Eindruck, es handele sich lediglich um eine modernere Form der jetzigen Versicherten-Chipkarte. In Wirklichkeit ist aber *der Kern des Projektes ein gigantisches, deutschlandweites (und später vielleicht sogar europaweites) Computernetzwerk-Projekt,* in dem ***persönliche Patientendaten wie Arztberichte oder Krankenhausberichte zentral in Großrechnern gespeichert werden sollen.***

2. Es *droht ein weiterer Vertrauensverlust* ins Gesundheitswesen, weil dann die Datenbasis für persönliche Patienteninformationen nicht mehr der durch das Arztgeheimnis geschützte Raum der Praxis des Hausarztes ist, sondern anonyme und nicht greifbare Großrechner, auf die 120.000 Arztpraxen, 60.000 Zahnarztpraxen und Psychotherapiepraxen, 2.200 Krankenhäuser, 300 Krankenkassen und 22.000 Apotheken *potentiellen Zugriff* haben müssen.

3. Das neue System ist vor allem und von Anfang an ein *Wirtschaftsförderungsprogramm* für die Computer- und Software-Industrie (auf Kosten des Gesundheitswesens und damit der Versicherten).

4. In zweiter Linie ist das Projekt ein *Verwaltungskosten-Einsparprogramm* für Krankenkassen, indem Verwaltungskosten insbesondere beim Umgang mit 700 Mio. Rezepten pro Jahr verringert werden (auf Kosten der Arztpraxen, in die ein Teil der Verwaltungstätigkeit verlagert wird, und auf Kosten von Krankenkassenmitarbeiterinnen und -mitarbeitern, die ihren Arbeitsplatz verlieren werden).

5. Selbst unter der Voraussetzung, dass die meisten Patienten mit der zentralen Datenspeicherung einverstanden wären, dürfte die *Verbesserung des medizinischen Informationsflusses für Ärzte und Patienten voraussichtlich gering* sein und unvollständig. Außerdem werden gut eingespielte Routinevorgänge im medizinischen Alltag umständlicher und zeitaufwändiger (wobei es viel *einfachere und effektivere Möglichkeiten gäbe,* den Informationsfluss im Gesundheitswesen zu verbessern, und zwar *ohne* neues Netzwerk und *ohne* die hochproblematischen datenschutzrechtlichen Umstände des aktuell geplanten Systems).

6. Die erhofften *Kosteneinsparungen für das Gesundheitswesen insgesamt sind reine Spekulation,* im Gegenteil, es steht zu befürchten, dass sich die Gesamtkosten erhöhen werden. Neben den hohen Kosten von 1,4 bis 4 Milliarden Euro wird wiederum die Verwaltung des eCard-Systems teuer sein, außerdem ist eine Zunahme des unsinnigen Doktor-Hopping zu erwarten.

Aus diesen Gründen sage ich als ihr Hausarzt ***Nein.*** Ich lehne das Projekt „Elektronische Gesundheitskarte" in der jetzigen Form ab. Ich werde die Umsetzung in meiner Praxis boykottieren. *Stattdessen fordere ich eine demokratische Abstimmung von Patienten und Ärzten und die Diskussion von praktikablen Alternativen.* Wir brauchen für die Informationsübermittlung im Gesundheitswesen eine demokratisch und datenschutzrechtlich gesunde Lösung, die von einer großen Mehrheit der Bevölkerung mit Überzeugung getragen wird.

Inzwischen sind Wochen vergangen und es ist aufgrund vielfältiger bundesweiter Aktivitäten zum Thema einiges ins Rollen geraten. Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen und ärztliche Presse beschäftigen sich vermehrt mit der eCard. Auf *eine* Reaktion warte ich allerdings noch immer: Ich hatte diesen „Offenen Brief" auch an das Gesundheitsministerium gesendet, nicht etwa nur per E-Mail, sondern ganz ordentlich im DIN-A4-Umschlag per Post. Im Begleitschreiben habe ich dringend darum gebeten, mich auf Fehler und Missverständnisse bei meiner Darstellung hinzuweisen. Schließlich will ich keinen Unsinn verbreiten. Bisher ist keine

Rückmeldung und damit auch keine Richtigstellung eingetroffen. Ich gehe davon aus, dass Post von Ärzten beim Gesundheitsministerium auch gelesen wird, wenn schon nicht von Ulla Schmidt persönlich, dann zumindest von den zuständigen Sachbearbeitern und Referenten.

Warum eigentlich werden Projekte wie die Zentralserver-basierte Telematik so ungeheuer kompliziert in der praktischen Durchführung? Ich meine, dafür eine Erklärung anbieten zu können. Es hat etwas mit der Struktur von Kommunikation zu tun. Üblicherweise erfolgt Kommunikation und Informationsweitergabe unter Beteiligung von zwei Menschen. Wenn der medizinische Dienst von einer Praxis Unterlagen über einen Patienten anfordert, dann setzt diese Anfrage den direkten oder indirekten Kontakt von zwei Menschen voraus. Dabei ist der Befragte auch gleichzeitig Kontrollinstanz für die Informations-Anforderung. In der schönen neuen Welt der Telematik ist das Grundprinzip anders: Hier sind nicht zwei Menschen beteiligt, sondern *ein* Mensch will Informationen von *einem* Computer. Die Antwort des Computers kann nie persönlich sein, sondern ist immer automatisiert. Daher die ungeheuren Sicherheitsaufwendungen zur Vermeidung von Missbrauch. Es wird also die Kommunikation zwischen *zwei* Menschen durch die Kommunikation zwischen Mensch und PC ersetzt. In gewisser Weise wird in der schönen neuen Telematikwelt mit zentralen Megaservern der Faktor ***Vertrauen*** ersetzt durch technische Kontrolle (wobei zynischerweise dann die Megaserver auch noch Trust-Center heißen ...). Ebenso wird das Arzt-Patient-Gespräch, bei dem es ja keinesfalls nur um den Erhalt einer Diagnosen- und Medikamentenliste geht, sondern noch viel mehr um den Aufbau einer tragfähigen, vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung, möglicherweise in der Bedeutung zurückgedrängt. Etwa so: Warum noch viel mit Patienten reden, hier steht doch schon alles ... Es dürfte schwierig sein, Nähe und Vertrauen aufzubauen in einem Gesundheitswesen, das die geschützte Intimität der Arztpraxis verlassen hat und stattdessen auf einem anonymen, monströsen System von Megaservern basiert, die womöglich auch noch „outgesourct" von börsennotierten Konzerntöchtern geführt werden.

Abschließend sei nochmals betont: Die Informationsweitergabe im Gesundheitswesen muss und soll verbessert werden. Konzepte dafür liegen in den Schubladen bereit, ohne Megaserver, ohne Überwachungswahn. Die Demokratie ist gefordert, und wahrscheinlich auch das Bundesverfassungsgericht.

Was meinen Sie?

Wilfried Deiß,
Facharzt für Innere Medizin – Hausarzt,
Siegen, Mai 2006

(Die Redaktion dankt dem Autor und dem Rundbrief des VDÄÄ für die Genehmigung zum Abdruck. Die hier abgedruckte Version des Offenen Briefs ist eine neuere als die im VDÄÄ-Rundbrief 1/2006 abgedruckte.)

TERMINE

Regionalgruppe Berlin

Die Regionalgruppe Berlin trifft sich regelmäßig alle ein bis zwei Monate, meist Dienstags. Die Termine sind zu erfragen bei Regina Schumann, Tel. 030 7951471, E-Mail sander.schumann@gmx.de

Regionalgruppe Hamburg

Die Regionalgruppe trifft sich alle zwei Wochen mittwochs um 19.30 Uhr bei Bernd Rehberg, Isestraße 39, 20144 Hamburg. *Nächste Termine: 14. und 28. Juni 2006.*

Regionalgruppe Hessen

Die Treffen finden unregelmäßig meist in Frankfurt/Main statt. Das nächste Treffen ist am 21. Juni 2006 um 19.30 Uhr im Restaurant Quan VÀN, Hainer Weg 100, 60599 Frankfurt. Weitere Termine sind jeweils bei Christl Trischler zu erfragen, Tel. 06150 85234, E-Mail chri-tri@web.de.

VDPP-MV 2006

Die Mitgliederversammlung 2006 findet am 16./17./18. Juni 2006 in Berlin statt. Ort: BEK, Axel-Springer-Straße 44, 10969 Berlin. Anmeldung über die Geschäftsstelle (siehe letzte Seite).

BUKO Pharma-Kampagne

Anlässlich des 25-jährigen Bestehens findet am 15./16. September 2006 in Bielefeld ein Symposium statt zum Thema „Mangel und Überfluss – Medikamente in Nord und Süd" (siehe S. 28).

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

Finanzbericht 2005

von Gudrun Meiburg und Jürgen Große

	Ist 2005	Ist 2004	Index (2004 = 100)	Plan 2005	Index (Plan = 100)
Einnahmen:					
Beiträge	11183,27	11238,14	99,5	10900,00	102,6
Spenden	90,93	120,00	75,8	200,00	45,2
Zinsen	106,44	139,96	76,1	120,00	88,7
EDV Geschäftsstelle		0,00			
Verkauf Rundbrief (Abos)		0,00		60,00	0,0
Summe Einnahmen	**11380,64**	**11498,10**	**99,0**	**11280,00**	**100,9**
Ausgaben:					
Mitgliederversammlung	1213,73	6,36	19083,8	900,00	134,9
Seminare	70,00	0,00		1500,00	4,7
Projekte	0,00	0,00		1000,00	0,0
Spenden	1000,00	0,00		2000,00	50,0
Öffentlichkeitsarbeit	294,76	338,00	87,2	1000,00	29,5
Vorstand	188,19	357,88	52,6	800,00	23,5
Rundbrief *davon*	523,64	748,20	70,0	1500,00	34,9
Redaktionshonorare	*0,00*	*0,00*		*0,00*	
Druck	*349,04*	*597,32*	*58,4*	*1000,00*	*34,9*
Versand	*174,60*	*150,88*	*115,7*	*500,00*	*34,9*
Geschäftsstelle *davon*	4475,15	4270,95	104,8	4500,00	99,4
Personalkosten	*3000,00*	*3000,00*	*100,0*	*3200,00*	*93,8*
Sachkosten	*1475,15*	*1270,95*	*116,1*	*1300,00*	*113,5*
EDV Geschäftsstelle	0,00	0,00			
Abschreibung EDV	0,00	986,60	0,0		
Regionalgruppen	0,00	0,00		300,00	0,0
Verschiedenes	160,00	159,00	100,6	300,00	53,3
Summe Ausgaben	**7925,47**	**6866,99**		**13800,00**	**57,4**

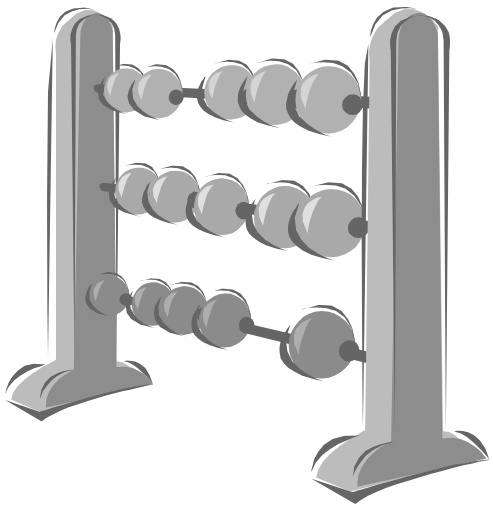
Vermögensentwicklung:	
Einnahmen 2005	11380,64
Ausgaben 2005	7925,47
Überschuss	3455,17
Vermögen 1. 1. 2005	21988,69
Korrektur	0,00
Vermögen 31. 12. 2005	**25443,86**

Vermögensaufteilung:	
Vermögen 31. 12. 2005	**25443,86**
davon Kasse	-61,22
Postgiro	16241,44
EDV	1,00
GLS-Bank Festgeld 1	3040,51
GLS-Bank Festgeld 2	6222,13
Öko-Geno-Anteil	0,00
Außenstände	0,00

Finanzplan 2006

(Entwurf für die MV, Jürgen Große)

	Plan 2006	Plan 2005	Index (Plan 2005 = 100)	Ist 2005	Index (Ist 2005 = 100)
Einnahmen:					
Beiträge	10800,00	10900,00	99,1	11183,27	96,6
Spenden	100,00	200,00	50,0	90,93	110,0
Zinsen	110,00	120,00	91,7	106,44	103,3
Verkauf Rundbrief (Abos)	40,00	60,00	66,7	0,0	0,0
Summe Einnahmen	**11050,00**	**11280,00**	**98,0**	**11380,64**	**97,1**
Ausgaben:					
Mitgliederversammlung	1000,00	900,00	111,1	1213,73	82,4
Seminare	1500,00	1500,00	100,0	70,00	2142,9
Projekte	1000,00	1000,00	100,0	0,00	
Spenden	1500,00	2000,00	75,0	1000,00	150,0
Öffentlichkeitsarbeit	1000,00	1000,00	100,0	294,76	339,3
Vorstand	500,00	800,00	62,5	188,19	265,7
Rundbrief *davon*	1000,00	1500,00	66,7	523,64	191,0
Redaktionshonorare	*0,00*	*0,00*		*0,00*	
Druck	*650,00*	*1000,00*	*65,0*	*349,04*	*186,2*
Versand	*350,00*	*500,00*	*70,0*	*174,60*	*200,5*
Geschäftsstelle *davon*	4700,00	4500,00	104,4	4475,15	105,0
Personalkosten	*3200,00*	*3200,00*	*100,0*	*3000,00*	*106,7*
Sachkosten	*1500,00*	*1300,00*	*115,4*	*1475,15*	*101,7*
Regionalgruppen	300,00	300,00	100,0	0,00	
Verschiedenes	300,00	300,00	100,0	160,00	187,5
Summe Ausgaben	**12800,00**	**13800,00**	**92,8**	**7925,47**	**161,5**



Protokoll der Vorstandssitzung vom 27. November 2005 in Hamburg

Anwesend: Bernd Rehberg, Uschi Blöcker, Thomas Schulz, als Gäste: Gudrun Meiburg, Christl Trischler, Jürgen Große und Thomas Hammer

Beginn: 14.20 Uhr

TOP 1: **Wahl von VersammlungsleiterIn und ProtokollführerIn**
Leitung: Thomas Schulz, Protokoll: Uschi Blöcker

TOP 2: **Genehmigung der Tagesordnung**
Die Tagesordnung wurde genehmigt.

TOP 3: **Protokoll der letzten Vorstandssitzung vom 30.07.2005**
Das Protokoll wurde mit ganz geringen Änderungen (TOP 10: end**g**ültig mit weichem T!) genehmigt.

TOP 4: **Beschlusskontrolle**
5c) Thomas Hammer und Bernd Rehberg wollen jetzt endgültig für den Pharmazeutenkalender einen Artikel fertig stellen, jetzt aber für Frühjahr 2006 – sie meinen, dass 5 – 7 Sätze genügen und dass sie sich endlich zusammensetzen wollen.
5d) Das Werbeplakat für den VDPP befindet sich nunmehr auf Jürgens Rechner und soll jetzt an die Regionalgruppen verschickt werden.
10) eine Abhandlung von Thomas S. über Wasserpfeifen für den Rundbrief liegt vor – sollte für den jetzigen Rundbrief vorhanden sein.
5c) Bankformalia wurden erledigt.
5e) Unterschriften beim Notar wurden von Bernd R. und Uschi B. abgegeben.

TOP 8: Verschiedene Stellungnahmen des VDPP hat Thomas S. verfasst. Sie erschienen in PZ und DAZ teilweise als Leserbriefe oder als Berichte. Die Stellungnahmen zur Mehrwertsteuererhöhung und zur Verordnungsfähigkeit von Medikamenten an Jugendliche zwischen 12 und 18 sollen gleich an die neu gewählten Vertreter des am 29.11.05 gewählten Gesundheitsausschusses gemailt werden.

TOP 9: Das VDPP-Treffen beim Apothekertag in Köln hat stattgefunden. Es war gut besucht, nett, teuer und erfolgreich.

TOP 10: Das Herbstseminar musste mangels neuer Regierung ausfallen – die Stornierung der Räume kostete 70 Euro.

TOP 5: **Bericht aus der Geschäftsstelle**
a) 2 Austritte erfolgten, davon einer mit ausführlicher Begründung – auf die Gudrun demnächst telefonisch antworten wird.
b) Ein Mitglied hat seinen Monatsbeitrag auf das übliche Minimum von 5 € gekürzt.
c) Die Ökobank hat uns den Genossenschaftsanteil von 33,71 € zurückgezahlt.
d) Fragebogen Arbeitsschwerpunkte und Kontaktadressen: 30 Antworten – Gudrun arbeitet das in die Mitgliederliste ein.
e) Fragebogen Apothekenvorschrif-

ten: 5 Antworten, davon eine sehr ausführlich. Die Antworten gehen an Udo Puteanus mit der Bitte um Auswertung und Veröffentlichung im Rundbrief.

TOP 6: **Kassenbericht**
Girokonto ist mit ca. 17.000 € gut gefüllt. Gudrun bekommt den Auftrag das Geld auf einem Festgeldkonto anzulegen.

TOP 7: **Bericht aus den Regionen**

Hamburger treffen sich weiterhin regelmäßig in Abstand von 2 oder manchmal 4 Wochen. Tagespolitik und spezielle Apothekenprobleme werden diskutiert. Herbstseminar wurde ausführlich mit pro und contra besprochen und dann mangels Regierungsbildung gecancelt.
Nächstes Treffen: 7.12.2005

Berlin: Letzte Treffen fanden bei Ulrike Faber statt. Im Oktober wurde das **nicht** organisierte Herbstseminar ausgiebig diskutiert. Im November folgte die Diskussion zur Überarbeitung der Berliner Berufsordnung. Außerdem machten sich die Berliner schon viele Gedanken zur Gestaltung der MV 2006. Es wurde außerdem ein neues Thema für das nächste Seminar vorgeschlagen. Nächstes Treffen am 16.01.05 bei Ulrike Faber.
Hessen: Christel berichtet von sporadischen Treffen, an denen ca. 6 Kollegen teilnehmen. Meist werden private Apothekenthemen besprochen.

TOP 8**: Aktuelle Gesundheitspolitik**
a) Rabatte – Verbot von Naturalrabatten - Koalitionsvertrag
b) Diskussion über Medienberichte zur Festzuschlagshöhe von 8,10 €
c) Aut-idem-Regelung
d) Kopfpauschale – Bürgerversicherung - Beitragsbemessungsgrenzen
Wir sammeln Materialien zu diesen Themen und Vorschlägen – für eine spätere ausführliche Diskussion.

TOP 9: **Frühjahrsseminar 2006**

Themenvorschlag aus Berlin: Spontanerfassung von Risiken rezeptfreier Medikamente Termin: Ende März 2006, Ort: ?, Referenten z.B. Dr. Becker-Brüser, Dr. Ulrich Hagemann, ?
Diskussion über gemeinsame Veranstaltung mit dem Institut für Weiterbildung der HWP, die über Kontakte und Adressen und Referenten zur Gesundheitspolitik verfügt – wurde eher negativ diskutiert..

TOP 10: **MV 2006**
16./17./18.6.2005 in Berlin, Raumfrage klärt Ulrike Faber, Vortrag von

Katja Lorenz über Apothekenbesichtigungen, Stadtführung mit Gesundheitsthema, Spreefahrt usw. Übernachtungen teilweise privat oder event. Jugendhotel – trotz hohen Alters unserer Mitglieder!

TOP 11: **Rundbrief**
Alles Material hat Jürgen bereits gesammelt. Dazu soll eine Erinnerung an säumige Beitragszahler und ein Grußwort des Vorstandes, das Bernd schreiben möchte. Der Rundbrief soll noch vor Weihnachten verschickt werden.

Kritik: Rundbrief erscheint zu selten – aber ohne Artikel ist er nicht zu fertigen. Die Kritiker müssten dann auch mal Material schicken! Wir denken – zweimal jährlich ist in Ordnung!

Termine können per Mail verschickt werden.

Die Website ist aktualisiert worden. Es fehlt die Satzung – diese sollte noch eingefügt werden.

TOP 12: **Verschiedenes**
Christl Trischler berichtet von ihrem Einsatz mit „Apotheker ohne Grenzen in Pakistan. Ihr Bericht erscheint im Rundbrief. „Apotheker ohne Grenzen" sucht immer Mitglieder, die spontan in einem Krisengebiet einsetzbar sind. Sie sollten Sprachkenntnisse haben – Erfahrung und Zeit, um am Ort der Krise zusammen mit Ärzten und anderen Helfern zu helfen.

Nächste Vorstandssitzung im Januar 2006 – kann aus noch nicht vorhandenen Notdiensttermingründen noch nicht festgelegt werden.

Ende: 18 Uhr

Protokoll der Vorstandssitzung vom 21. Januar 2006 in Hamburg

Anwesend: Bernd Rehberg, Uschi Blöcker, Thomas Schulz, als Gäste: Jürgen Große und Thomas Hammer

Beginn: 14.20 Uhr

TOP 1: **Wahl von Versammlungsleiter/In und Protokollführer/In**
Leitung: Bernd Rehberg
Protokoll: Uschi Blöcker

TOP 2: **Genehmigung der Tagesordnung**
Die Tagesordnung wurde genehmigt.

TOP 3: **Protokoll der letzten Vorstandssitzung vom 27.11.2005**
Das Protokoll wurde mit ganz geringen Änderungen (TOP 6, TOP 8b und TOP 11) genehmigt und die geänderte Fassung direkt an Jürgen Große geschickt.

TOP 4: **Beschlusskontrolle**
5c) Thomas Hammer hat einige Sätze für den Pharmazeutenkalender zu Papier gebracht, die jetzt bei Bernd ablagern und von ihm dann bearbeitet werden sollen.
5d) Das Werbeplakat für den VDPP befindet sich noch immer auf Jürgens Rechner und soll in nächster Zukunft an die Regionalgruppen verschickt werden.
10) eine Abhandlung von Thomas S. über Wasserpfeifen ist im Rundbrief erschienen.
TOP 8: Die verschiedenen Stellungnahmen von Thomas S. werden jetzt noch an die Vertreter des Gesundheitsausschusses verschickt.
TOP 5: keine Beschlusskontrolle, da Geschäftsstelle nicht anwesend
TOP 9: Frühjahrsseminarplanung wurde nicht weiter verfolgt – ein Meinungsbild zu eventuellen Themen wird auf die MV im Juni verschoben.

TOP 5: **Bericht aus der Geschäftsstelle**
entfällt

TOP 6: **Kassenbericht**
entfällt

TOP 7: **Bericht aus den Regionen**
Hamburger treffen sich weiterhin regelmäßig in Abstand von 2 oder manchmal 4 Wochen. Tagespolitik und spezielle Apothekenprobleme werden diskutiert.
Die Jahresanfangsfeier im Rexrodt war sehr nett und diesmal von 8 VDPPlern besucht.
Nächstes Treffen am 25. 1. 2006 bei Renate Rathmann und dann am 22. 2. 2006 bei Uschi B.
Berlin: Letztes Treffen fand am 16.01.06 bei Ulrike Faber statt. Inhaltliche Diskussion zu AM-Preisen aus Krankenkassensicht.
Bitte der Berliner, die Vorstandssitzung mal in Berlin stattfinden zu lassen.
Stellungnahme von Jürgen G. für die Anhörung im Reichstag wurde diskutiert
Nächster Termin ca. 20.03.2006 mit Probeessen für die MV..

TOP 8: **Aktuelle Gesundheitspolitik**
a) Bernd Rehberg berichtet ausführlich über die Öffentliche Anhörung am 18.01.2006 , an der er als Sachverständiger für den VDPP teilnahm. Die Linkspartei stellte Fragen an Dr. Glaeske und den VDPP.
Über den Vorschlag der MWSt-Halbierung und über den Festzuschlag fand dort keine Diskussion statt.
b) Thomas Schulz verfasste eine Stellungnahme zu dem am 13. 1. 2005 in der Bild-Zeitung erschienenen Artikel über das Verschreibungsverhalten von 22 verschiede-

nen Ärzten zu Tamiflu. Diese soll in der 4. KW an die einschlägigen Fachzeitschriften – aber auch an den VDÄÄ verschickt werden.
c) Wir wollen uns genauer über die Organisation der Krankenversicherung in Holland informieren - wie läuft das dort?

TOP 9: **Frühjahrsseminar 2006**
Soll auf der MV 2006 neu auf die Tagesordnung - Thema könnte bleiben.

TOP 10: **MV 2006**
16. -18. 6. 2005 in Berlin
Es finden keine Spiele der WM statt. Die Versammlung kann in der Hauptgeschäftsstelle der BEK stattfinden – sehr zentral.
Ein Vortrag von Katja Lorenz über Apothekenbesichtigungen ist geplant.
Eine Stadtführung mit Gesundheitsthema, Spreefahrt o. Ä. wird vom VDPP finanziert.
Übernachtungen teilweise privat oder eventuell Jugendhotel müssen selbst organisiert werden. Dafür werden alsbald Quartiervorschläge an alle Mitglieder gemailt, da die offizielle Einladung mit Tagesordnung erst Anfang Mai verschickt wird.

Restaurant für den Samstag wird vorgestestet – Preise bis ca. 40 € incl. Getränk wären akzeptabel.

Für Sonntag wäre ein politisches Diskussionsthema schön – z. B. mit einem Vortrag von Herrn Rühmkorf. (Thomas oder ein anderer Berliner stellt Kontakt her)
Fragen sollten vorformuliert werden.

TOP 11: **Rundbrief**
„Nach dem Rundbrief ist immer vor dem Rundbrief"
Jürgen sammelt wie immer Artikel – keiner hat sich zum neuen „Blocksatz" geäußert – dabei ist dieser viel Augenfreundlicher!
Angedacht hat Jürgen noch einmal eine Betrachtung zur „Apothekendichte" und Buchbesprechungen.

TOP 12: **Verschiedenes**
a) „Der ewige Gärtner" ist ein sehr empfehlenswerter Film. Also anschauen!
b) Beschluss „Apotheker ohne Grenzen" eine Spende von 500,00 Euro zukommen zu lassen.

Nächste Vorstandssitzung am 29. April 2006 in Berlin

Ende: 17.50 Uhr
Protokoll: Uschi Blöcker

DOKUMENTATION

BAG SELBSTHILFE zu Bonus-Malus-System:
Chronisch Kranke fürchten zu geringe Dosierung

Chronisch kranke und behinderte Patienten werden zunehmend von ihren Ärzten weggeschickt, weil die Mediziner bei der Verschreibung von Medikamenten Einbußen durch die so genannte „Bonus-Malus"-Regelung fürchten. Rückmeldungen dieser Art erhält derzeit die BAG SELBSTHILFE als Dachverband der Selbsthilfeverbände behinderter und chronisch kranker Menschen in Deutschland. Dabei ist das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) noch gar nicht in Kraft getreten. Stichtag dafür ist der 1. April 2006. Allerdings wird das AVWG am 8. April 2006 erst noch im Vermittlungsausschuss beraten, ehe es verbindlich in Kraft treten kann.

Die Bonus-Malus-Regelung ist eine der geplanten Einsparungsmaßnahmen im Gesundheitswesen und sieht vor, dass bestimmte Medikamente im Rahmen einer Therapie in einer durchschnittlich errechneten Tagesdosis verschrieben werden dürfen. Hält sich der verschreibende Arzt an diese Dosis oder liegt er gar unter der Dosierung, bleibt das ohne Konsequenzen oder wird belohnt. Verschreibt er aber eine höhere Tagesdosis, muss er die Differenz selbst zahlen. „Bestimmte Patienten sind aufgrund ihrer besonderen Erkrankung auf eine besonders hohe Dosierung eines Medikaments angewiesen," erklärt Dr. Martin Danner, gesundheitspolitischer Referent der BAG SELBSTHILFE. „In diesem Fall bleibt den Ärzten nur, die Kosten selbst zu tragen oder den Patienten weniger zu geben, als sie brauchen."

Durch eine solche Praxis fürchtet die BAG SELBSTHILFE nicht nur negative Auswirkungen auf die sensible Gesundheit chronisch kranker Patientinnen und Patienten, sondern sie sieht das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gefährdet.

Die BAG SELBSTHILFE e.V. – Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen – ist die Vereinigung der Selbsthilfeverbände behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen in Deutschland. Sie ist Dachverband von 91 bundesweit tätigen Selbsthilfeorganisationen, 14 Landesarbeitsgemeinschaften und drei Fachverbänden. Über ihre Mitgliedsverbände sind in der BAG SELBSTHILFE mehr als eine Million Menschen mit

körperlichen, seelischen und geistigen sowie Sinnes-Behinderungen und Menschen mit unterschiedlichsten chronischen Erkrankungen zusammengeschlossen.

Elisabeth Fischer
BAG SELBSTHILFE e.V.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Kirchfeldstraße 149
40215 Düsseldorf

Fon: 0211 3100625
Fax: 0211 3100634

www.bag-selbsthilfe.de
elisabeth.fischer@bag-selbsthilfe.de

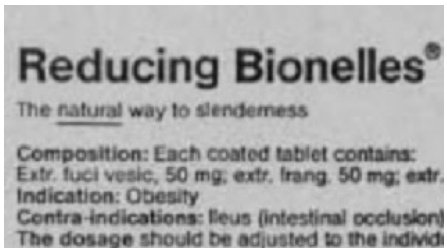
Falsche Fronten gegen Fälscher

Zweifelhafte Partner der WHO

von Jörg Schaaber

Arzneimittelfälschungen sind ein Problem. Doch wie groß es ist und was zu tun ist, bleibt umstritten. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) denkt sich Maßnahmen jetzt gemeinsam mit der Industrie aus. Dementsprechend haben die Vorschläge eine Schieflage.

Vom 16. – 18. Februar organisierte die WHO gemeinsam mit dem Internationalen Pharmaindustrieverband IFPMA die Konferenz „Gefälschte Medikamente: die stille Epidemie" in Rom. Mit am Tisch saßen VertreterInnen verschiedener Pharmaindustrie-Verbände, von Arzneimittelkontrollbehörden, die WTO, die Weltpatentorganisation WIPO, Zollbehörden und Interpol.


Reducing Bionelles®
The natural way to slenderness
Composition: Each coated tablet contains:
Extr. fuci vesic. 50 mg; extr. frang. 50 mg; extr.
Indication: Obesity
Contra-indications: Ileus (intestinal occlusion)
The dosage should be adjusted to the individ

Fälschung aus Deutschland 1985: Die Frankfurter Firma Merz hatte einem pflanzlichen Schlankmacher für die Dritte Welt heimlich ein chemisches Abführmittel beigefügt.[1]

Die Differenzen beginnen schon bei der Frage, was überhaupt eine Fälschung ist. Oftmals wird dabei nicht zwischen Qualitätsmängeln und absichtlicher Fälschung unterschieden. Entsprechend widersprüchlich sind auch die Angaben zur Häufigkeit von Fälschungen. Die WHO beruft sich ausdrücklich auf das in den USA beheimatete *Centre for medicines in the Public Interest (CMPI)* und nennt für 2010 eine Zahl von 75 Milliarden US$ Umsatz mit gefälschten Medikamenten.[2] Beim CMPI findet man nur ein mageres dreiseitiges Statement[3] zum Thema, das keine Quellen nennt und den völlig legalen und gut kontrollierten Handel mit Parallelimporten[4] in der EU gleich mit in den Fälschungstopf wirft. Das CMPI handelt keineswegs so im „öffentlichen Interesse" wie es der Name „Public Interest" nahe legt. Im Gegenteil finden sich im Beratungsgremium mehrheitlich hochrangige VertreterInnen von neoliberalen „Think tanks", die auf Freiheit für die Wirtschaft und Deregulierung setzen, sowie ehemalige Mitarbeiter der Reagan und Bush-Administration.

Dass es Fälschungen gibt, bestreitet niemand. Aber völlig unklar ist, wie häufig Fälschungen sind. Das musste auch ein pakistanischer Professor erfahren, der für sein Land auf Basis einer WHO-Website eine Zahl von 40 – 50 % gefälschten Medikamenten nannte. Eine Nachfrage ergab, dass es keine brauchbare Quelle für die Zahl gab. Sie wurde von der WHO-Website gelöscht.[5] Sollten Fälschungen aber wesentlich seltener sein als behauptet wird, bekäme das Thema eine niedrigere Priorität. Das ist vor allem für arme Länder wichtig, die nur sehr begrenzte Kapazitäten zur Organisation ihrer Arzneimittelversorgung haben. Personal, dass sich um Fälschungen kümmert, kann andere – und vielleicht wichtigere – Aufgaben nicht mehr wahrnehmen.

Was genau wird überhaupt gefälscht und wo kommen Fälschungen vor? Ohne dieses Wissen kann man keine vernünftigen Entscheidungen über die besten Maßnahmen treffen. Es ist nämlich durchaus relevant, ob es Qualitätsmängel bereits bei der Herstellung gibt (Fabriken lassen sich vergleichsweise einfach überwachen), oder ob beispielsweise von Kriminellen gefälschte Medikamente über Straßenmärkte verkauft werden.

Hightech nötig?

Aufwändige technologische Lösungen wie Funkchips auf den Packungen wurden von der Industrie vorgeschlagen. Das Geld könnte man besser in den kontrollierten Einkauf von qualitätsgesicherten Medikamenten stecken. Eine weitere Gefahr von teuren Technologien ist die Marktabgrenzung. Wenn nur Hersteller von teuren Medikamenten sich die Zusatzkosten für schlechter zu fälschende Medikamentenpackungen leisten können, kann das als Marketingargument gegen Hersteller preiswerter Medikamente eingesetzt werden.

Eine Frage des Preises?

Wer da zusammensitzt, bestimmt auch die Ausrichtung der Maßnahmen gegen Fälschungen. Dabei wird deutlich, dass einige Beteiligte auf einem Auge blind sind. Geld spielt scheinbar keine Rolle (wenn es um Sicherheitsmaßnahmen gegen Fälschungen geht) und ist in Wirklichkeit doch das Entscheidende. Denn aus den spärlich vorhandenen Daten kann man noch am ehesten ablesen, dass besonders häufig (relativ) teure Medikamente gefälscht werden.

Gerade die große Industrie verlangt eine entschiedenes Vorgehen gegen Fälschungen. Es entbehrt nicht einer gewissen Ironie, dass ausgerechnet die Verfechter eines freien Weltmarktes und des Abbaus von staatlicher Kontrolle nach mehr Kontrollen rufen.

Die Vertretung von VerbraucherInnen und PatientInnen auf der Konferenz kann nur als Feigenblatt bezeichnet werden, zumal letztere durch die *International Alliance of Patients' Organizations (IAPO)* vertreten wurden, ein von der Pharmaindustrie mit gegründeter und finanzierter Verband.[6]

Public Private Interaction

Die führende Rolle des internationalen Pharmaindustrieverbands IFPMA bei der Durchführung der Konferenz kann man in der Abschlusserklärung nicht mehr erkennen. Deutlich ist aber der Einfluss der Industrie, vergleicht man die von der WHO in die Konferenz eingebrachten Zielsetzungen[7] und das Abschlussdokument.[8] Forderungen wie Preissenkungen oder die Erstattung der Arzneimittelkosten durch Sozialversicherungssysteme sucht man in der Abschlusserklärung vergeblich.

Dafür wird die Einrichtung einer „Taskforce" durch die WHO gefordert, bei der die Industrie mit am Tisch sitzt. Sie soll sich ausschließlich um die direkte Bekämpfung von Fälschungen kümmern, aber nicht um die Rahmenbedingungen, die das Fälschen so lukrativ und so einfach machen. Diese Schieflage ist der Preis der Einbeziehung der multinationalen Pharmaindustrie, die über keine demokratische Legitimation verfügt und nur ihren Aktionären rechenschaftspflichtig ist.

(Aus Pharma-Brief Nr. 2/2006 der BUKO-Pharmakampagne. Wir danken für die Abdruckerlaubnis.

Red.)

[1] Kriminelle Bionelles? *Pharma-Brief* 8/1985, S. 4
[2] WHO. Counterfeit medicines. Fact sheet N° 275. Revised February 2006 www.who.int/mediacentre/factsheets/fs275/en/
[3] 21ST Century International Drug Terrorism. Testimony by CMPI Director, Peter J. Pitts, to the [US] Government Reform Committee Subcommittee on Criminal Justice, Drug Policy and Human Resources, November 1, 2005 www.pacificresearch.org/pub/sab/health/2005/21_Century_Counterfeiting_Testimony.pdf
[4] Unter Parallelimport versteht man den Import eines Originalpräparats aus einem anderen EU-Land wo es billiger verkauft wird.
[5] Zaheer Ud din Babar. Prevalence of counterfeit medicines in Pakistan (corr). *e-drug* 3.3.2006
[6] Die IAPO erhält etwa zehn mal so viel Geld von der Industrie (mindestens 250.000 US$) wie von ihren Mitgliedsorganisationen (162 Mitglieder zu einem Beitrag von 30-300 US$) www.patientsorganizations.org/showarticle.pl?id=2 5&n=131
[7] Howard Zucker. Combating Counterfeit Drugs: Building Effective International Collaboration. Rom 16.2.2006 www.who.int/medicines_technologies/media/Combating-Counterfeit-Drugs2006_Speechby- Dr-Howard-Zucker.pdf
[8] Conclusions and recommendations of the WHO international conference on combating counterfeit medicines. Declaration of Rome 18 Feb 2006 www.who.int/medicines/services/counterfeit/Rome Declaration.pdf

Heulen und Zähneklappern

US-Firmen zum Pharmastandort Deutschland

von Christian Wagner

Industriestandort Deutschland – ein Zauberwort in der politischen Diskussion. Wie die deutsche industrielle Forschung und Produktion im internationalen Vergleich dasteht, fasst ein Bericht des US-Pharmaverbandes PhRMA zusammen.[1] Dabei wird ziemlich viel gejammert und mehr staatliche Förderung für die Pharmaindustrie verlangt.

Es ist schon erstaunlich: nun bläst die US-amerikanische Pharmalobby auch in Deutschland zum Kampf. Zur Vorbereitung hat das *Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung* zusammen mit der Unternehmensberatung A. T. Kearney eine Bestandsaufnahme vorgenommen. Die Studie mit dem Titel „Innovative Pharmaindustrie als Chance für den Wirtschaftsstandort Deutschland" sieht großen Nachholbedarf. Der weltweite Anteil von Forschung und Entwicklung (F&E) deutscher Unternehmensstandorte ist von 17 % in 1973 auf 7 % in 2000 gesunken. Nicht miteingerechnet sind die indirekten Beschäftigungseffekte, z. B. auf Universitäten und kleine Biotechnologieunternehmen, bei denen die Big Players ihre Forschung einkaufen. Jeder Arbeitsplatz in großen Unternehmen erzeuge 1,6 weitere Arbeitsplätze (in der Regel hochqualifizierte Jobs). Die Pharmaindustrie liefere knapp 40 % der Drittmittel für die Medikamentenforschung an deutschen Hochschulen und Universitätskliniken (800 Mio. € pro Jahr, davon ca. 500 Mio. € für klinische Studien). Trotz der vergleichsweise hohen Kosten führen die befragten Unternehmen[2] etwa ein Viertel ihrer klinischen Studien in Deutschland durch. Grund hierfür seien vor allem fachliche Kompetenz und Patientennähe der Universitätskliniken. Es sei aber eine verstärkte Verschie-

bung in die neuen EU-Mitgliedsstaaten zu beobachten, „weil sie mit weniger Bürokratie und dadurch schneller Daten mit guter Qualität produzieren."[3] Auch die akademische Forschung bewege sich im internationalen Vergleich im

Mittelfeld. Derzeit ist keine deutsche Universität unter den Top Ten der Universitäten.[4] Diese „Forschungslücke" (übrigens eine gefährliche Neubelegung des Begriffs in dem Bericht, die von der Forschungslücke der Pharmaindustrie ablenkt) müsse gefüllt werden. Modellrechungen zeigten, dass für jede 100 Millionen €, die in deutsche F&E investiert werden, rund 1400 neue Arbeitsplätze entstünden.

Welche Konsequenzen?

Interessant ist die Untersuchung der Situation von Pharmastandorten, die in den letzten Jahren stark expandiert sind. Dabei gibt es unterschiedliche Entwicklungen in den Bereichen Forschung und Produktion.

Die klassischen Forschungsstandorte (Deutschland, USA, Großbritannien, Schweiz) bekommen zunehmend Konkurrenz aus den sog. aufstrebenden Ländern: Indien, China, Singapur, Taiwan, Malaysia. Ähnlich wie bei den zuvor genannten Ländern Osteuropas lockt wenig staatliche Regulierung und Kontrolle. Wesentlich mehr dürfte aber ins Gewicht fallen, dass die klinischen Studien in asiatischen Ländern wesentlich billiger durchzuführen sind und in kurzer Zeit viele TeilnehmerInnen rekrutiert werden können.

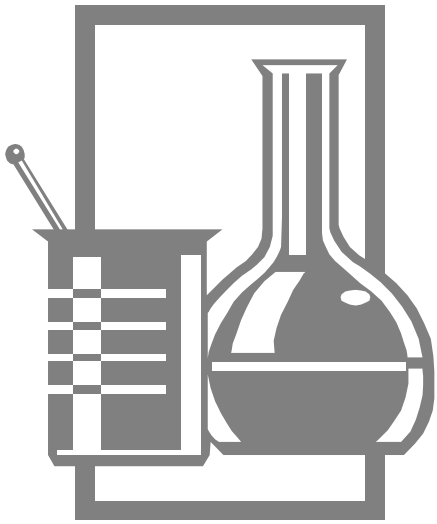
Singapur hat vor fünf Jahren begonnen, schwerpunktmäßig Start-up-Unternehmen der Biotechnologie anzusiedeln. Ihnen wird eine hochtechnologische Infrastruktur zur Verfügung gestellt.

Als Produktionsstandort haben besonders Irland und Puerto Rico an Bedeutung gewonnen. Irland lockt mit günstigen Steuerbedingungen, Puerto Rico hat eine Sonderrolle durch ein Freihandelsabkommen mit den USA erhalten. Dies ermöglicht Zollfreiheit für US-Unternehmen, die zudem nur eine Unternehmenssteuer von 0 - 7 % statt 35 % in USA zahlen müssen. Im Billiglohnland Puerto Rico werden inzwischen 16 der 20 US-Blockbuster hergestellt.

Die Berechungen des Berichts, nach dem mit 100 Millionen € staatlicher Industrieförderung in Deutschland 1400 neue Arbeitsplätze geschaffen werden könnten, erscheinen ein wenig absurd angesichts der 6000 Arbeitsplätze, die im Zuge der Übernahme von Schering durch Bayer wegrationalisiert werden sollen.

Geld ist nicht alles

Welche Bedeutung ein Standort für die globalisierte Pharmaindustrie hat, wird also durch mehrere Faktoren bedingt. Niedrige Lohnkosten und Steuervergünstigungen sind eine Sache, qualifizierte Fachkräfte und wissenschaftliche Infrastruktur eine nicht weniger bedeutende Komponente. Beim Lohndumping kann Deutschland kaum mithalten, bei wissenschaftlicher Forschung hingegen schon. So macht es durchaus Sinn, wenn der Bericht eine Stärkung des Forschungsstandortes Deutschland fordert. Aber man beachte – der Bericht geht von einer Standortwahl im Interesse der Pharmaindustrie aus. Dieses entspricht oft nicht den Interessen der öffentlichen Gesundheit. Auch liegen der Untersuchung Annahmen zu Grunde, die nicht geteilt werden können, z. B. dass die „besondere Innovationskraft der Pharmaindustrie" sich durch die Vielzahl an Patenten zeige. Dass jede Innovation einen therapeutischen Mehrwert habe, ist eine Marketingbehauptung der Pharma-Lobby, die leider immer noch weit von der Wirklichkeit entfernt ist.



Die Studie gibt einen gute Analyse der kommerziellen Seite des Pharmamarktes. Was jetzt folgen sollte, ist eine ähnliche Untersuchung für die Universitätsforschung und für eine Arzneimittelentwicklung im öffentlichen Interesse.

(Aus Pharma-Brief Nr. 2/2006 der BUKO-Pharmakampagne. Wir danken für die Abdruckerlaubnis.
Red.)

[1] Innovative Pharmaindustrie als Chance für den Wirtschaftsstandort Deutschland. A.T. Kearney, Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung. 2006 www.isi.fhg.de/t/projekte/Pharma_Wirtschaftsstandort_Deutschland.pdf

[2] Die Studie wurde im Auftrag des US-Lobbyverbands Pharmaceutical Research and Manufacturers of America PhRMA erstellt. Sie basiert auf der Befragung von Unternehmen, die ihren Firmensitz außerhalb Deutschlands haben, u.a. Abbott, BMS, Genzyme, GSK, Lilly, MSD, Pfizer, Wyeth. Fast alle sind auch Mitglied im deutschen Verband der forschenden Arzneimittelhersteller VFA.

[3] a.a.O. S. 51

[4] Ranking basierend auf Zahl der Publikationen, Patente, Nobelpreise und weiteren Parametern

Privatisierung der Unikliniken Gießen/Marburg

Die Hessische Landesregierung hat am 17. Dezember 2005 in einer Sondersitzung des Kabinetts „die Rhön-Klinikum AG als strategischen Partner für die künftige Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH bestimmt". Das Unternehmen wird 95 Prozent der Geschäftsanteile des Landes an dem Klinikum zu einem Gesamtkaufpreis von 112 Mio. Euro erwerben und hat sich mit dem Erwerb zu Investitionen in Höhe von 367 Mio. Euro, davon 260 Mio. Euro in Neu- und Umbauten verpflichtet.

Der vdää kritisiert diese Entscheidung, die den der Trend der Privatisierung des deutschen Krankenhauswesens nun auch in die Universitätskliniken trägt. Dabei ist weniger die unterschiedliche Trägerart das Problem, als der mit der Privatisierung gesetzte Zweck, Rendite machen zu müssen, dem dann alle Strukturen und Abläufe untergeordnet werden müssen. Die Erfahrungen mit Wettbewerb, Benchmarking und Konkurrenz seit der Einführung der DRGs haben das auch in den öffentlichen Krankenhäusern gezeigt. Schon hier wurde offensichtlich, dass nicht unbedingt die Organisationsform des Krankenhauses entscheidend ist, sondern dass es die Rahmenbedingungen sind, unter denen die Medizin gemacht wird. Hier entzieht sich der Staat bzw. in diesem Falle die hessische Landesregierung zunehmend ihren Aufgaben und gibt das Ganze mit nur wenigen Vorgaben für den Wettbewerb frei. Dass die Rhön AG dann so handeln muss, wie es sich für ein gewinnorientiertes Unternehmen gehört, muss man dann nicht der Rhön AG vorwerfen, sondern den staatlichen Stellen, die das Gesundheitswesen völlig dem Gewinnstreben freigeben.
Gesundheitsversorgung soll eine öffentliche Aufgabe bleiben, die nach anderen Kriterien als betriebswirtschaftlichen organisiert sein soll. Dies heißt nicht, dass es in den gegenwärtig öffentlich geführten Krankenhäusern aus Sicht des vdää keinen Reformbedarf gibt. Im Gegenteil. Aber die dringend nötigen Strukturreformen, deren Maßstab nicht betriebswirtschaftliches Kalkül sein darf, sondern qualitativ hochwertige medizinische Versorgung für alle, Demokratisierung und Enthierarchisierung, werden durch den erhöhten ökonomischen Druck, den eine Privatisierung erzeugt, eher noch weiter erschwert.

Auch gibt es für die weit verbreitete Behauptung, dass private Krankenhäuser eine bessere Versorgungsqualität gewährleisteten, aktuell keine wissenschaftlichen Belege – schon gar nicht für Deutschland, denn hier liegen keine öffentlich zugänglichen Behandlungsdaten vor, die einen repräsentativen Vergleich zwischen privaten und öffentlichen Häusern erlauben würden. Es kann zwar kaum bezweifelt werden, dass private Krankenhäuser ihre Leistungen in vielen Fällen zu geringeren Kosten anbieten als öffentliche bzw. staatliche Einrichtungen.

Aber auch hier ist zu fragen, wie diese geringeren Kosten zustande kommen. Die größten Einsparungen in privat geführten Häusern resultieren insbesondere aus einem flexibleren Personaleinsatz und einer geringeren Vergütung der Beschäftigten, die auch in Gießen/Marburg zu erwarten sind. Der vdää befürchtet deshalb, dass die Privatisierung zu einem umfangreichen Stellenabbau in den beiden Kliniken führen wird – auch wenn die Landesregierung vertraglich mit der Rhön-Klinikum AG vereinbart, dass es bis zum Jahr 2010 nicht zu betriebsbedingten Kündigungen kommen wird. Diese Zusage ist jedoch nicht gleichbedeutend mit einer Beschäftigungssicherung. Denn angesichts des altersbedingten Ausscheidens von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und des – nicht zuletzt im ärztlichen Bereich – hohen Anteils an befristeten Arbeitsverträgen kann bereits vor 2010 die Beschäftigtenzahl auch ohne betriebsbedingte Kündigungen drastisch reduziert werden. Damit sind allerdings auch negative Auswirkungen auf die – gegenwärtig heftig zu kritisierenden – Arbeitsbedingungen der Beschäftigten und mit entsprechenden möglichen Risiken für die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbunden. Gerade angesichts der zahlreichen Proteste von Krankenhausärzten in den letzten Wochen gegen die zu langen Arbeitszeiten und immer schlechter werdenden Arbeitsbedingungen muss hier gefragt werden, wie die Arbeitszeiten und Arbeitsbedingungen der Beschäftigten, also der Ärztinnen und Ärzte wie auch der Pflegerinnen und Pfleger und aller anderen Beschäftigten aussehen werden, wenn zu dem jetzt schon bestehenden finanziellen Druck noch zusätzlicher Druck durch Renditeerwartungen kommen wird.

Die Argumentation der Hessischen Landesregierung, die Privatisierung sei ein „notwendiger Schritt zur Modernisierung" der Unikliniken, da die Investitionen, zu der sich die Rhön-Klinikum AG vertraglich verpflichtet hat, von der Öffentlichen Hand nicht aufgebracht werden konnten, wird vom vdää kritisiert. Denn diese vermeintliche Sachzwanglogik verschweigt, dass die leeren Kassen der Öffentlichen Hand bewusst herbeigeführtes Resultat einer neoliberalen Steuerpolitik sind.

Eine zentrale Aufgabe von Unikliniken ist auch die Forschung, insbesondere die Grundlagenforschung. Der vdää befürchtet, dass die Unabhängigkeit der Forschung und entsprechenden Einstellungs- und Berufungspraxis an der Uniklinik Gießen/Marburg durch die Privatisierung beschränkt wird. Schon jetzt ist abzusehen, dass die Trennung von Versorgung und Forschung und Lehre – denn die Wissenschaftler bleiben Angestellte des Landes,

während die Versorgung bei der Rhönklinik AG liegt – sehr konfliktreich sein wird, und es ist zu befürchten, dass diese Konflikte auf dem Rücken der Kolleginnen und Kollegen ausgetragen wird und deren Arbeitsbedingungen zusätzlich belasten wird.

Dr. Wulf Dietrich,
Vorsitzender des vdää
Presseerklärung vom
16. 01. 2006

Presseerklärung zu den Protestaktionen von Klinikärzten und den Forderungen nach isolierter Gehaltserhöhung für Ärzte

Mit den Protestaktionen der letzten Wochen haben es die Ärztinnen und Ärzte geschafft, ihre Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten zum Gegenstand öffentlichen Interesses zu machen. Der vdää unterstützt die berechtigten Proteste und Forderungen der Ärztinnen und Ärzte nach Bezahlung aller Überstunden und Einhaltung der Arbeitszeitordnung, will aber zugleich davor warnen, vorschnell alles über einen Kamm zu scheren. Denn die Situation der Beschäftigten an den Unikliniken ist insofern prekärer, als dort kein Tarifvertrag mehr gilt und die Nachwirkung des Bundesangestelltentarifvertrags (BAT) nur für Mitglieder der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) gilt bzw. ausläuft. Hier ist dringend Handlungsbedarf angesagt, um zu geregelten Arbeitszeiten und einer angemessenen Bezahlung zu kommen. In den Krankenhäusern, in denen der BAT galt bzw. jetzt der Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst (TVöD) gilt, waren und sind die Arbeitszeiten tarifvertraglich geregelt, aber es fehlte bislang an Kolleginnen und Kollegen, auf diesen Regelungen auch zu bestehen oder diese einzuklagen. Das scheint zum einen an der strengen Krankenhaushierarchie zu liegen, zum anderen aber sicher auch an den damit verbundenen Einkommenseinbußen für die Kolleginnen und Kollegen.

Den Einkommen gilt aber im Moment das Hauptinteresse der Strategie des Marburger Bundes und nicht – wie in der öffentlichen Debatte suggeriert wird – den überlangen Arbeitszeiten. Wie aus den jetzt vom Marburger Bund veröffentlichten Informationen über Tarifverträge in Gesundheitseinrichtungen des Rhein-Neckar-Kreises und in Hamburg ersichtlich wird, soll für die Ärztinnen und Ärzte dort in Zukunft individuell eine zusätzliche Ausweitung der Arbeitszeit auf über 48 Stunden möglich sein. Bezeichnet wird das als "persönliches Mitspracherecht" bei der individuellen Arbeitszeit. Damit wird aber jeder Arzt und jede Ärztin in die individuelle Auseinandersetzung mit dem Arbeitgeber und dem Chefarzt über die Arbeitszeit getrieben. Bei den derzeitigen Abhängigkeitsverhältnissen in der Krankenhaushierarchie, den kurzen Zeitverträgen und den Weiterbildungsverträgen kann eine solche Regelung vom vdää nur als Schritt in die falsche Richtung gewertet werden. Aufgabe einer sich als Gewerkschaft verstehenden Organisation soll doch gerade der Schutz des Einzelnen durch Kollektivverträge sein, nicht die Individualisierung der Arbeitsbedingungen. Mit seinen forschen Forderungen schürt der MB aus Sicht des vdää kurzsichtig Illusionen, die er auf dem eingeschlagenen Weg nicht erfüllen können wird.

Dennoch unterstützt der vdää die Protestaktionen von Ärztinnen und Ärzten aus vielen Kliniken vornehmlich der Hochschulmedizin und begrüßt insbesondere die Ziele der Ärztinnen und Ärzte:

- Abwehr der Lohnkürzungen durch Streichung von Weihnachtsgeld und Urlaubsgeld.
- Protest gegen Arbeitszeitverlängerung und dadurch weitere Lohnkürzung.
- Forderung, die angefallenen und anfallenden Überstunden durch Freizeit auszugleichen, mindestens aber zu bezahlen.
- Die Fortschreibung der Schlechterstellung der Beschäftigten in Krankenhäusern bei den Zuschlägen für WE, Nacht- und Feiertagsarbeit ist nicht hinnehmbar und diskriminiert die hoch qualitative Arbeit in diesen sozial unverzichtbaren Bereichen.
- Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes in den Krankenhäusern.

Der vdää gibt aber gleichzeitig zu bedenken, dass

- die Forderung nach Lohn- und Gehaltserhöhungen gesellschaftspolitisch und ökonomisch zur Steigerung der Binnennachfrage zwar richtig ist, eine Lohnerhöhung nur für Ärzte diese Ziele aber nicht erreichen kann. Denn sie weist als entsolidarisierender Schritt in die falsche Richtung und wird daher vom vdää abgelehnt. Die Erwartung einer Gehaltserhöhung für Ärzte von 30 Prozent ist unrealistisch und würde gegenwärtig nur durch eine schmerzliche Lohnkürzung in der Gruppe der Niedriglohnempfänger durchzusetzen sein. Außerdem wird das Scheitern dieser Forderung, die mit Sicherheit nicht erfüllt werden wird, zu Demotivation der jetzt aktiven Kolleginnen und Kollegen führen und kommende Auseinandersetzungen erschweren.
- Wesentlicher als der finanzielle Ausgleich aber ist eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen: Die autoritären, hierarchischen und feudalen Strukturen an den Krankenhäusern müssen geändert werden.
- Im stationären Bereich müssen Lebensarbeitsplätze auch für nachgeordnete Ärzte geschaffen werden.

Prof. Dr. Dietrich Wulf,
Vorsitzender des vdää
Presseerklärung vom
15. März 2006

Presseerklärung zu den Protesten der niedergelassenen Ärzte am 24. März in Berlin

Die Zeit ist reif für eine Positivliste.

Die Folgen einer verfehlten Gesundheits- und Arzneimittelpolitik können nicht mit noch mehr Bürokratie und der weiteren Ökonomisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses kuriert werden.

Deshalb fordert der vdää:

- die Einführung einer Positivliste von Medikamenten, die sinnvoll, notwendig und für die Patienten ohne Zuzahlung zu erhalten sind;
- das Verbot von Anwendungsbeobachtungen, weil sie ein Bestechungsinstrument der Industrie sind, dafür sinnvolle Phase-4-Studien, die von der KV bzw. den Kassen genehmigt werden, aber aus einem Industriepool gezahlt werden müssen;
- das Verbot von Besuchen von Pharmavertretern in den Praxen, stattdessen Arzneiberatung durch Vertreter der KV oder der Kammern;
- eine genauere Überprüfung der Pharmaindustrie-Unabhängigkeit von Fortbildungen.

Viel Unmut hat sich angestaut bei den niedergelassenen Ärzten. Nach den Protesten am 16. Januar haben viele Ärzteverbände erneut dazu aufgerufen, gegen immer mehr Bürokratie, eine drohende Rationierung und schlechte bzw. sich verschlechternde Arbeitsbedingungen, aber auch gegen schlechte Honorierung in Berlin zu demonstrieren. Aus Sicht des vdää ist aber die Stoßrichtung der Proteste ungenau. Ein Protest gegen immer mehr Bürokratie, gegen eine drohende Rationierung und gegen schlechte bzw. sich verschlechternde Arbeitsbedingungen ist aus Sicht des vdää notwendig und richtig, ebenso die Kritik an dem Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung, aber auf die Stoßrichtung der Kritik kommt es an. Ein wesentlicher Punkt des geplanten Gesetzes ist die Bonus-Malus-Regelung. Auch der vdää kritisiert die Bürokratie, die sich mit dieser Regelung und den vielen Ausnahmeregelungen im Gesetz noch weiter erhöhen wird: Kassen können Verträge mit Pharmaunternehmen abschließen, die ihre Präparate an die Patienten der Kasse billiger abgeben. Der Arzt muss dann wissen, bei welcher Kasse der Patient ist und welchen Vertrag diese Kasse mit welchem Unternehmen hat. Das Regelwerk wird für den niedergelassenen Arzt immer unübersichtlicher, und selbst sinnvolle Regelungen des Gesetzes werden durch Ausnahmeregelungen wieder unterlaufen. Sinnvolle Kontrollverfahren, die den Arzt zu einer rationaleren und nicht rationelleren Arzneitherapie anleiten, werden vom vdää explizit befürwortet.

Der vdää sieht das Problem in dem geplanten Gesetz aber nicht nur bei der Malus-Regelung, sondern auch und sogar verschärft auf der Seite der Bonus-Regelung: Ärzte sollen mit einem Bonus belohnt werden, wenn sie bei ihren Verordnungen unter den durchschnittlichen Tagestherapiekosten bleiben. Damit wird auf perfide Weise ökonomisches, betriebswirtschaftliches Kalkül mit medizinischen Entscheidungskriterien verknüpft, was ethisch nicht zu verantworten ist. Ärzte könnten Verordnungen einsparen, auch da wo es falsch ist, weil ihnen das wirtschaftliche Vorteile bringt. Zum anderen wird diese Regelung weiter entsolidarisierend ins Gesundheitswesen wirken, da sie auf individuelle Zuzahlungen für teure Arzneimittel durch – zahlungskräftige – Patienten hinauslaufen wird. Ein vertrauensvolles Arzt-Patient-Verhältnis ist auf dieser Basis nicht mehr möglich. Nachdem bislang alle Regierungen – egal welcher politischen Couleur – daran gescheitert sind, die Macht der Pharmaindustrie zu beschränken, wird nun in Großer Koalition versucht, das Problem auf das Arzt-Patient-Verhältnis zu verlagern. Hier stiehlt sich der Staat aus seiner Verantwortung. Geplante Einsparungen werden sich mit dem Gesetz nicht erreichen lassen, es soll vielleicht nur vertuscht werden, dass im nächsten Jahr mit der Anhebung der Mehrwertsteuer auch die Arzneimittelkosten wieder ansteigen werden.

Dazu gehört auch die geduldete Preispolitik der Pharmaindustrie im stationären Bereich. Dass für Arzneimittel im stationären Bereich sehr viel niedrigere Preise verlangt werden, führt dazu, dass die weiterbehandelnden Haus- und Fachärzte entweder dazu veranlasst werden, diese teuren Präparate weiter zu verordnen, oder aber sie müssen die Patienten aufwändig über eine sinnvolle Umstellung informieren.

Mit der geplanten Bonus-Malus-Regelung zur Eindämmung der Arzneimittelausgaben verlagert die Gesundheitspolitik das Problem auf die Ärzte und Patienten. Das scheint nun auch den Standesvertretern klar geworden zu sein dazu zu führen, dass der Schulterschluss zwischen Ärztevertretern und Pharmaindustrie im Begriff ist aufzubrechen. Die – begrüßenswerte – harsche Kritik an der Pharmaindustrie durch den bayrischen KV-Vorsitzenden Axel Munte macht dies deutlich. Der vdää würde es begrüßen, wenn sich diese kritische Position in der Ärzteschaft weiterverbreiten würde, anstatt die Kritik an der aktuellen Situation auf die Kritik an den geschmälerten Einkommen der niedergelassenen Ärzte zu reduzieren.

Primäres Ziel guter Gesundheitspolitik müsste sein, zu einer rationalen Arzneitherapie zu kommen. Der Anstieg der Arzneimittelausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung, ist nicht nur ein finanzielles Problem für die GKV, sondern auch Resultat falsch gesetzter Anreize im Arzneimittelbereich in Deutschland. Langfristig kann eine evidenzbasierte, rationale Arzneitherapie und damit einhergehend ein anderes Verordnungsverhalten der Ärzte an diesem Problem etwas ändern und auch die Kosten in diesem Bereich drastisch reduzieren. Das Beispiel der Arzneitherapie in Kanada oder in den Niederlanden belegt dies.

Prof. Dr. Wulf Dietrich,
Vorsitzender des vdää
Presseerklärung vom
23. März 2006

VDÄÄ	Wielandstraße 10	Fax 069 / 7073967
Geschäftsstellenleiter	60318 Frankfurt/Main	E-Mail: info@vdaeae.de
Herr Karl-Heinz Ballon	Telefon 069 / 77 93 66	

Kostensteigerung per Gesetz?

Das vom Bundestag derzeit diskutierte Gesetz zur Senkung der Arzneimittelkosten (AVWG) könnte sich durch den Einfluss der Pharmaindustrie ins Gegenteil verkehren: Mehr Kosten für Kassen und PatientInnen.

BUKO
Pharma-Kampagne

Das kleine Wörtchen „oder" kann weitreichende Folgen haben. Es ist die einzige Änderung im ersten Absatz des § 35 SGB V, die der Gesetzentwurf von CDU und SPD vorsieht. Bislang können auch die Preise für patentgeschützte Arzneimittel durch so genannte Festbeträge begrenzt werden, vorausgesetzt sie helfen nicht besser als ältere Medikamente. Lediglich wenn ein neues Mittel Patienten tatsächlich einen besseren Nutzen bietet, darf es teurer sein. Zukünftig soll es reichen, dass ein Medikament „neuartig" ist *oder* „einen therapeutischen Fortschritt" darstellt. Geradezu eine Einladung an die Pharmaindustrie, ohne großen Aufwand noch mehr ähnliche Arzneimittel zu entwickeln, die nicht besser wirken als das, was schon auf dem Markt erhältlich ist. Der Preis kann beliebig hoch angesetzt werden, die Krankenkassen müssen zahlen. Und dass das „Neue" auch von den ÄrztInnen verschrieben wird, dafür sorgt dann schon das Marketing.

Preistreibend würde auch die Regel für Festbeträge für Gruppen mit mehr als drei therapeutisch gleichwertigen Wirkstoffen wirken. Künftig müssen mindestens zwei Wirkstoffe zum Festbetrag erhältlich sein. Oft gibt es aber nur einen Wirkstoff kostengünstig. Trotzdem würde der Preis durch den Wirkstoff mit dem nächsthöheren Preis bestimmt. Die Hersteller des preiswerten Wirkstoffs könnten ihre Preise schadlos anheben, die Kassen müssten sowohl für diese als auch für den nächstteureren Wirkstoff zahlen – ohne dass das einen zusätzlichen Nutzen für die Patienten hätte.

Völlig unübersichtlich ist eine Regel über Rabatte, die einzelne Hersteller mit den Kassen aushandeln sollen. Wird dies umgesetzt, können weder Patienten noch Ärzte klar erkennen, welches Medikament verschrieben werden kann, ohne dass der Patient extra etwas dazuzahlen muss. Die Beteiligten müssten über die Preisinformationen für 28.000 Festbetragsarzeimittel für alle 260 Krankenkassen verfügen.

Der Gesetzentwurf enthält aber auch einige positive Regeln. So sollen Ärzte nur noch Verschreibungssoftware benutzen dürfen, die ohne Industrieeinfluss programmiert wurde. Geschenke an die Industrie auf Kosten von Kassen und Patienten – das sollte man der Bundesregierung nicht durchgehen lassen.

Die Texte der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags finden Sie unter http://www.bundestag.de/ausschuesse/a14/anhoerungen/006/index.html

18.1.2006
BUKO Pharma-Kampagne

Doch billigere Arzneimittel?

Der Bundestag verabschiedete eine in wichtigen Punkten veränderte Fassung des Arzneimittelwirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG). Eine Formulierung, die Preisbegrenzungen für jedes neue Medikament – ohne Rücksicht auf dessen tatsächlichen Nutzen – verhindert hätte, wurde durch eine Klarstellung entschärft.

Gestrichen wurde eine industriefreundliche Regelung im Gesetzentwurf, dass mindestens zwei Wirkstoffe zum Festbetrag erhältlich sein sollten. Das hätte es in vielen Fällen unmöglich gemacht, eine Festbetragsgruppe zu bilden, weil die Preise dadurch in die Höhe getrieben worden wären. Neu ist, dass bei sehr preiswerten Arzneimitteln die Kassen künftig auf eine Zuzahlung ganz verzichten können. Kranken-

häuser werden verpflichtet, bei Entlassung preiswerte Mittel zu verordnen. Die Bonus-Malus-Regelung für Praxen wurde verändert. So wurde die Grenze, ab der ÄrztInnen, die zu viel (teure) Medikamente verschreiben, einen Teil der Kosten selbst tragen müssen, nach oben verschoben. Einige Ärztevereinigungen haben Proteste bis hin zur Ausstellung von Privatrezepten angedroht. Vielleicht sollten die Standesvertreter lieber verhandeln. Sie können mit den Kassen auf Landesebene andere Vereinbarungen treffen, um eine wirtschaftlichere Verordnung zu erreichen – dann entfällt die Malus-Regelung. (JS)

BUKO Pharmakampagne
27. Februar 2006

Schlimmer als im Roman

Pfizers Versuche an Kindern in Nigeria

1996 hat der US-Konzern Pfizer unethische Medikamentenversuche in Nigeria durchgeführt, fünf Kinder starben. Offensichtlich wurden die Eltern der Kinder nicht darüber aufgeklärt, dass es sich um ein riskantes Experiment mit einem nicht zugelassenen Medikament handelte. Erst vor wenigen Tagen wurden Details bekannt.

„Das Ganze klingt nach einem Kriminalroman, wie ein John le Carré", sagte die US-Anwältin der betroffenen Familien der Washington Post, die den Skandal aufgedeckt hat. Zehn Jahre hat es gedauert, bis Details über die Experimente ans Licht kamen.

Während einer Meningitis-Epidemie im Jahr 1996 hatte Pfizer die Versuche an fast 100 Kindern mit dem damals noch nicht zugelassenen Antibiotikum Trovan® (Trovafloxacin) in Kano (Nigeria) durchgeführt. Fünf Kinder starben, andere erlitten Schäden. Erst ein Jahr später wurde das Mittel in den USA zugelassen – aber nur für Erwachsene. 1999, zwei Jahre später wurde die Anwendung wegen Todesfällen durch Leberschädigung in den USA drastisch eingeschränkt. Von der Europäischen Arzneimittelbehörde EMEA wurde der Vertrieb des Medikaments im selben Jahr komplett verboten.

Bereits im Dezember 2000 hatte die Washington Post einen Artikel zu den Versuchen in Nigeria veröffentlicht. Doch damals redete die Firma sich gegenüber der Presse und der US-Zulassungsbehörde FDA heraus, unter anderem mit der Behauptung, ein Ethik-Komitee hätte die Tests genehmigt.

Gefälschte Genehmigung

Genau diese Genehmigung aber war gefälscht. Der verantwortliche Prüfarzt hatte das Dokument erst nach Abschluss der Studie produziert. Das angebliche Ethik-Komitee existierte überhaupt nicht. Das stellte sich jetzt durch den Bericht einer nigerianischen Untersuchungskommission heraus. Dieser Bericht schlummerte fünf Jahre in den Schubladen als Geheimsache. Anwälte der Betroffenen und die Presse hatte vergeblich versucht, an den Bericht zu kommen. Angeblich soll es nur drei Kopien davon gegeben haben: Eine wurde bei der Regierung aus einem Tresor gestohlen, eine weitere hatte ein Beamter, der dann verstarb, bei sich zu Hause aufbewahrt. Der Informant, der die brisanten Papiere kürzlich der Washington Post zuspielte, wollte anonym bleiben, da er sich bedroht fühle. In dem Bericht wird der Vorsitzende der Untersuchungskommission mit der Aussage zitiert, er habe selbst Morddrohungen erhalten.

Damit hören die Merkwürdigkeiten aber noch lange nicht auf. So hatte der (nigerianische) Prüfarzt in Wirklichkeit überhaupt nichts zu sagen. Er war nur der Strohmann für Pfizer-Forscher, die die Studie tatsächlich durchführten. Der angebliche Prüfarzt bekam nicht einmal alle Ergebnisse zu sehen. Auch die nigerianische Regierung war, anders als Pfizer behauptet hatte, nicht über die Versuche informiert.

Faule Ausreden

Pfizer versucht sich in einer Stellungnahme darauf herauszureden, die Firma hätte ein gutes Werk getan und durch den Versuch hätten die Kinder ein wirksames Medikament erhalten. Doch waren Nutzen und Risiken von Trovan® damals keineswegs so klar, und andere PatientInnen wurden im gleichen Ort von Ärzte ohne Grenzen erfolgreich mit gut eingeführten Antibiotika behandelt. Außerdem beendete Pfizer die Versuche in Nigeria, lange bevor die Epidemie zu Ende war. Der nigerianische Untersuchungsbericht ergab darüber hinaus, dass mindestens ein Kind, das bei den Versuchen starb, keine anderen Antibiotika erhielt, obwohl die Behandlung mit Trovan® nicht anschlug.

2001 hatten 30 betroffene nigerianische Familien in den USA gegen Pfizer wegen „grausamer, unmenschlicher und herabwürdigender Behandlung" geklagt. Letztes Jahr hat das Bundesgericht in New York entschieden, dass es nicht zuständig sei. Die neu aufgetauchten Dokumente könnten da eine Wende bedeuten.

Manchmal übertrifft die Wirklichkeit jede Fiktion. (JS)

BUKO Pharmakampagne
9. Mai 2006

Quellen:
Panel Faults Pfizer in ‚96 Clinical Trial in Nigeria. Washington Post 7 May 2006
www.emea.eu.int/pdfs/human/press/pus/1804699EN.pdf

Mangel und Überfluss

Medikamente in Nord und Süd

Um der deutschen Pharmaindustrie auf die Finger zu schauen hat sich vor 25 Jahren die BUKO Pharma-Kampagne gegründet. Ein Vierteljahrhundert kritische Arbeit hat dafür gesorgt, dass sich das Medikamentensortiment deutscher Firmen und in Ländern des Südens, aber auch in Deutschland wesentlich verbessert hat.

Die Arbeit der BUKO Pharma-Kampagne hat den mangelhaften Zugang der Armen zu lebensnotwendigen Medikamenten ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt. In Deutschland konnte die Nichtregierungsorganisation verhindern, das das Werbeverbot von rezeptpflichtigen Medikamenten gekippt wird. Anlässlich des 25-jährigen Bestehens will die BUKO Pharma-Kampagne mit einem Symposium zum Thema Mangel und Überfluss – Medikamente in Nord und Süd in die Zukunft schauen.

Jedes Jahr sterben weltweit Millionen Menschen in armen Ländern an Infektionskrankheiten, weil sie keinen Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten haben. Diesem Mangel steht der Überfluss an oft unnötigen Arzneimitteln in den reichen Industrieländern entgegen: hier dominieren Lifestylemedikamente, Vitamintabletten und andere Mitteln ohne therapeutischen Nutzen den Markt. Auch der Überkonsum an Schmerzmitteln und anderen Arzneimitteln ist ein gravierendes Problem. Überfluss an fragwürdigen Produkten und Mangel an unentbehrlichen Arzneimitteln hängen eng zusammen mit der entwicklungspolitischen Frage einer gerechten Ressourcenverteilung. Internationale ExpertInnen diskutieren diese brennenden Fragen am 15. und 16. September in Bielefeld.

Weitere Informationen erhalten Sie bei
Dr. Christiane Fischer,
BUKO Pharma-Kampagne:
August-Bebel-Str. 62,
D 33602 Bielefeld,
Tel 0521-60550, Telefax -63789,
25@bukopharma.de,
www.bukopharma.de

22.05.2006 Laden Sie den Einladungsflyer herunter unter:
http://www.bukopharma.de/Aktuelles/2000.html

Warum brauchen wir einen weltweiten Rahmenplan für Gesundheitsforschung?

Auf der Weltgesundheitsversammlung (WHA) 22.-26.5.2006 werden zwei Resolutionen[1] zur Abstimmung vorgelegt, die einen globalen Rahmenplan für die Gesundheitsforschung vorschlagen. Ziel ist die Entwicklung neuer Lösungen zur Beseitigung systematischer Missstände in der Gesundheitsversorgung.

Die schwierige Situation der weltweiten Gesundheitsversorgung ist vielfach beschrieben worden: besonders Menschen in den armen Ländern des Südens haben oft keinen Zugang zu ausreichender Gesundheitsversorgung. Viele Ursachen hierfür sind auch in den reichen Ländern des Nordens zu suchen. Die vorherrschende Gesundheits- und Arzneimittelforschung ist vor allem an der Kaufkraft potentieller Patienten ausgerichtet, weshalb die spezifischen Gesundheitsbedürfnisse der Länder des Südens stark vernachlässigt werden.

- Für 90 % der weltweiten Krankheitslast werden nur 10 % der Forschungsausgaben aufgewendet (so genannte **10/90-Lücke**).

- Zwischen 1975 und 2004 wurden weltweit 1556 neue Medikamente entwickelt. Davon waren nur 20 Medikamente zur Behandlung tropischer Krankheiten und Tuberkulose geeignet. Das sind nur 1,3%, jedoch sind diese Krankheiten für 12 Prozent der weltweiten Krankheitslast verantwortlich.[2]

Aber auch im Prinzip verfügbare Medikamente, z. B. zur Behandlung von HIV/AIDS, sind wegen der hohen Kosten für einen Großteil der Menschheit nach wie vor unbezahlbar. Dabei ist die Problematik der Preisgestaltung sehr eng mit Fragen des Patentschutzes verknüpft. Die *Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health* der Weltgesundheitsorganisation hat in ihrem Abschlussbericht vom 3. April 2006 betont, dass Patente die Entwicklung neuer Medikamente erschweren können.[3]

Auch für die Länder des Nordens ist die Situation der Forschung unbefriedigend: Obwohl sehr viele Forschungsgelder investiert werden, bringen 70% der neuen Arzneimittel keinen signifikanten therapeutischen Forschritt.[4]

Vor diesem Hintergrund sind in jüngster Zeit verschiedene Vorschläge diskutiert worden, wie die Gesundheits- und Arzneimittelforschung stärker an dem öffentlichen Interesse ausgerichtet werden kann. Ein zentraler Leitgedanke ist, dass die Forschungsergebnisse allen Menschen zugänglich sein sollen, also nicht nur den zahlungskräftigen. Die Regierungen von Kenia und Brasilien haben eine Resolution über ein weltweites Rahmenprogramm zur Gesundheitsforschung zur Abstimmung vorgelegt: das

Global framework on essential health research and development.[5]
Kerninhalte der Resolution sind:

- Bedeutung von öffentlicher Forschung und öffentlichem Zugang zu Forschungsergebnissen
- Forderung nach bedarfsorientierter Forschung
- Bedeutung einer nachhaltigen Finanzierung von Forschung
- Regelung geistiger Eigentumsrechte muss in Einklang gebracht werden mit dem Menschenrecht auf Zugang zur bestmöglichen Gesundheitsversorgung
- Notwendigkeit eines weltweiten Rahmenprogramms für eine nachhaltige und bedarfsorientierte Gesundheitsforschung

Deshalb wird die Weltgesundheitsversammlung aufgefordert, Gesundheitsforschung zum strategischen Sektor zu erklären. Die Mitgliedsstaaten sollen zielgerichtete Aktivitäten aufnehmen und in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation Forschungsprioritäten festlegen. Es soll eine Arbeitsgruppe eingerichtet werden, die Konzepte zur Umsetzung der Vorschläge und neue Anreize zu öffentlich geleiteter Forschung ausarbeiten soll. Über den Fortgang der Arbeiten soll jährlich der Weltgesundheitsversammlung Bericht erstattet werden.

Die Deutsche Regierung hat in einer Stellungnahme am 19.Mai erklärt, sie werde die Resolution nicht unterstützen.[6] Statt dessen sollen bestehende Forschungsstrukturen gestärkt werden. Damit ignoriert die Bundesregierung die Tatsache, dass gerade die bestehenden Strukturen sich nicht an den globalen Bedürfnissen orientieren und allgemeiner Zugang zu Forschungsergebnissen kaum Bedeutung hat.

Die BUKO Pharma-Kampagne und ihr weltweites Netzwerk Health Action International unterstützen die Initiative der Regierungen von Kenia und Brasilien. Die Resolution zu Forschung als öffentliche Verantwortung ist ein wichtiger Schritt zu einer gerechteren und bedarfsorientierten Gesundheitsversorgung.

[1] Resolution der WHO zum CIPIH-Bericht und Resolution der Regierungen von Kenia und Brasilien

[2] Chirac P, Torreele E, Global Framework on essential health R&D. *The Lancet* Vol. 367, May 13, 2006, S. 1560-1561.
[3] Public Health, Innovation and Intellectual Property Rights. *Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health,* April 2006. www.who.int/intellectualproperty/en/
[4] The National Institute for Health Care Management Research and Educational Foundation, Changing patterns of pharmaceutical innovation. Washington, DC, NIHCM Foundation, May 2002.
[5] (Dokument EB117.R13, übermittelt an das WHO Executive Board, 117. Sitzung, 27. Januar 2006)
[6] Brief von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt an die BUKO Pharma-Kampagne vom 18.5.2006

22. Mai 2006

BUKO Pharma-Kampagne
August-Bebel-Str. 62
D-33602 Bielefeld
Telefon +49-(0)521-60550
Telefax +49-(0)521-63789

cwagner@bukopharma.de
www.bukopharma.de

Mehr Gesundheitsforschung für arme Länder

Wegweisende Entscheidung auf der Weltgesundheitsversammlung

Unter Führung der Weltgesundheitsorganisation WHO wird einen Aktionsplan erarbeitet, mit dem Forschungslücken für Tropen- und Armutskrankheiten geschlossen werden sollen. Das wurde auf der Weltgesundheitsversammlung in Genf einstimmig beschlossen.

Viele Menschen in der Dritten Welt leiden unter Infektionskrankheiten, gegen die bisher keine angemessenen Behandlungen entwickelt wurden. Um möglichst schnell kostengünstige Therapien bereit zu stellen, soll eine zwischenstaatliche Arbeitsgruppe bis 2008 einen Aktionsplan entwickeln. Dieser Beschluss geht auf eine gemeinsame Initiative der Regierungen von Kenia und Brasilien zurück.

Neben einer klaren Benennung von Forschungsprioritäten soll der Finanzbedarf ermittelt werden. Brisanter Punkt bei den Verhandlungen war der Umgang mit Patentschutz für Medikamente. Im Vorfeld der Diskussion war der Bericht einer WHO-Kommission (CIPIH) zur Rolle von geistigen Eigentumsrechten in der Gesundheitsversorgung veröffentlicht worden.[1] Dieser Bericht stellt fest, dass Patente auf Medikamente die Gesundheitsversorgung behindern können. Um diese Probleme zu lösen, wurden umfangreiche Vorschläge erarbeitet. Die CIPIH-Empfehlungen sollen jetzt in den Aktionsplan übernommen werden und die neu zu gründende Arbeitsgruppe soll weiter die Auswirkungen geistiger Eigentumsrechte auf die Gesundheitsversorgung überwachen.

„Diese Entscheidung ist ein bahnbrechender Schritt in der Forschungspolitik", so Dr. Christian Wagner von der BUKO Pharma-Kampagne. „Die Weltgemeinschaft hat jetzt Gesundheitsforschung als öffentliche Aufgabe definiert. Dies

ermöglicht eine Gesundheitsforschung, die sich nicht an Gewinninteressen orientiert, sondern an den wirklichen Bedürfnissen." Die spezifischen Bedürfnisse armer Länder wurden in der kommerziellen pharmazeutischen Forschung der letzen Jahrzehnte systematisch vernachlässigt. Ein koordiniertes Vorgehen der WHO bietet den Raum, neue Finanzierungsmodelle für gemeinnützige Gesundheitsforschung zu erarbeiten. Zusammen mit mehreren deutschen und internationalen Partnerorganisationen hatte sich die BUKO Pharma-Kampagne im Vorfeld intensiv für die Erarbeitung eines globalen Aktionsplans eingesetzt.

[1] *Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health (CIPIH) http://www.who.int/intellectualproperty/en/*

Kontakt:
BUKO Pharma-Kampagne Dr. Christian Wagner
Tel. 0521 - 60 550

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

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

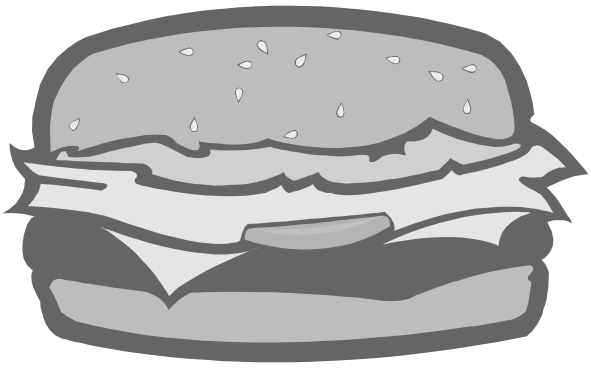
BAYER-Konzern sponsort Fress-Turniere

„Wettbewerbe widersprechen allem, was wir über gesunde Ernährung wissen"

Elf Pfund Käsekuchen in neun Minuten, 53 hot dogs in zwölf Minuten, 167 Chicken Wings in 32 Minuten, 57 Kuhhirne in einer Viertelstunde - dies sind einige der Rekorde, die von dem Wettess-Verband *International Federation of Competitive Eating (IFoCE)*[1] anerkannt werden. Finanziert wird die Vereinigung unter anderem von dem deutschen BAYER-Konzern. Die mit 40.000 $ Preisgeld dotierten *Alka-Seltzer US Open of Competitive Eating* sind sogar nach dem von BAYER hergestellten Schmerzmittel *Alka-Seltzer* benannt. Hubert Ostendorf von der *Coordination gegen BAYER-Gefahren*: „Welchen Schwachsinn will sich die Werbeabteilung von BAYER eigentlich noch ausdenken? Es ist wohl für jedermann einleuchtend, dass unmäßiges Essen gesundheitsschädlich ist. Bezeichnenderweise bietet der Konzern auch Mittel gegen Diabetes an – eine Krankheit, die wesentlich auf Übergewicht zurückzuführen ist." Ostendorf erinnert auch daran, dass *Alka-Seltzer* den Aspirin-Wirkstoff Acetylsalicylsäure enthält. „Der unsachgemäße Gebrauch von Acetylsalicylsäure kann zu Magenblutungen und sogar Todesfällen führen – hiervon erfährt man in der Werbung für Alka-Seltzer natürlich nichts", so Ostendorf weiter. Der Fress-Verband IfoCE nennt *Alka-Seltzer* einen „ständigen Begleiter von Wett-Essern in der ganzen Welt".

Auch Ärzte und Ernährungsberater weisen auf Nebenwirkungen des Turbofressens hin – u. a. Sodbrennen, Übelkeit, Durchfall und Blähungen, Magenrisse und Entzündungen der Speiseröhre. Von Übergewicht ganz zu schweigen. „Diese Wettbewerbe widersprechen allem, was wir über gesunde Ernährung wissen", urteilt auch Bonnie Taub-Dix, Sprecherin der *Amerikanischen Diätetischen Gesellschaft* (American Dietetic Association). Ein Großteil ihrer Landsleute kämpfe mit der Volkskrankheit Fettleibigkeit, sagt die Expertin, umso weniger Verständnis habe sie für Fress-Wettkämpfe.

BAYER hatte das 75-jährige Jubiläum von Alka-Seltzer Ende März mit dem angeblich „größten Buffet der Welt" begangen. *Die Coordination gegen BAYER-Gefahren* fordert den Konzern auf, die Förderung von Fress-Wettbewerben sowie verharmlosende Pharma-Werbung einzustellen.



Gerne senden wir zusätzliche Informationen zu.

[1] *International Federation of Competitive Eating:* www.ifoce.com/index.php

Presse-Information vom 13. April 2006

Coordination gegen BAYER-Gefahren

Verkaufs-Verhandlungen von Bayer und Schering:

„Keine Übernahme zu Lasten der Belegschaft"

Kritiker des Bayer-Konzerns lehnen den Kauf der Schering AG ab, sofern dieser zu Lasten der Belegschaft geht. Axel Köhler-Schnura von der Coordination gegen BAYER-Gefahren: „Wir lehnen steigende Profite auf Kosten von Arbeitsplätzen ab. Die Pharma-Industrie sollte sich darauf konzentrieren, wirksame und ungefährliche Produkte anzubieten." Bayer-Chef Wenning hat im Fall einer Übernahme von Schering den Wegfall von 6.000 Stellen angekündigt - dadurch soll der Gewinn vor Steuern von 19 % auf 25 % steigen. „Das Geld für die Übernahme nimmt BAYER auch aus den Rationalisierungsprogrammen der vergangenen Jahre, die gerade im Pharma-Bereich Tausende Arbeitsplätze gekostet haben", so Köhler-Schnura weiter. Insgesamt ist die Zahl der Beschäftigten des Bayer-Konzerns in den letzten zehn Jahren von über 140.000 auf heute knapp 94.000 gefallen.

Die Coordination gegen BAYER-Gefahren dokumentiert seit 25 Jahren Missstände, die von dem Leverkusener Konzern ausgehen. In den Gegenanträgen des Vereins zur Bayer-Hauptversammlung am 28. April wird insbesondere die seit Jahren zu beobachtende Ausgliederung und Schließung von Betriebsteilen kritisiert.

In der Kritik stehen auch risikoreiche und unnütze Pharmaprodukte des Unternehmens. So gehen laut einer kürzlich veröffentlichten Studie von dem Bayer-Präparat Trasylol erhebliche Gesundheitsgefahren aus - die Nebenwirkungen reichen von Nierenversagen über Schlaganfälle bis zu Herzinfarkten. Der Verzicht auf die Arznei könnte laut Aussage der Autoren jährlich rund 10.000 Menschen den Ausfall der Nieren ersparen. Eine Reihe weiterer Bayer-Pharmazeutika wie Glucobay, Adalat, Lipobay und Phenylpropanolamin werden als weitgehend überflüssig bewertet bzw. mussten wegen tödlicher Nebenwirkungen vom Markt genommen werden.

Presse-Info
vom 24. März 2006

Weitere Infos unter www.CBGnetwork.de

Für Rückfragen: 0211-333 911 und CBGnetwork@aol.com

Coordination gegen BAYER-Gefahren

Coordination gegen BAYER-Gefahren e.V. CBGnetwork@aol.com www.CBGnetwork.de	Tel: 0211-333 911 Fax: 0211-333 940 Der Verein erhält keinerlei öffentliche Unterstützung und ist dringend	auf Spenden angewiesen Spenden bitte an: Konto 17 96 12 bei Ökobank Frankfurt, BLZ 500 901 00

Antiaging- und Wellness-Präparate

Ratgeber aus der Pocketreihe „Gut beraten" der Verbraucherzentralen

verbraucherzentrale Bundesverband

15.05.2006 - In dem Ratgeber „Antiaging- und Wellnesspräparate" - aus der Reihe „Gut beraten" der Verbraucherzentralen - nehmen Autoren einzelne Antiaging-Produkte und ihre Wirkstoffe unter die Lupe. Sie geben Hintergrundinformationen, die die Werbung in der Regel nicht liefert. Von A wie „ACE" bis Z wie „Zink" wird genau erklärt, mit welchen Antiaging-Effekten tatsächlich zu rechnen und wann Vorsicht geboten ist. Ein zusätzlicher Einkaufstipp zu jedem Produkt soll helfen, eine Kaufentscheidung auf Basis möglichst neutraler Informationen zu treffen.

Antiaging - ein Schlagwort, das viele vor allem aus der Werbung kennen. Dem Alter wollen findige Hersteller von Antiagingprodukten gezielt entgegenwirken, und die Produktpalette wächst stetig. Mal ist es ein ganz spezieller Saft, der vitalisierend den Alterungsprozess hinauszögern soll, mal gleich eine Hormontherapie. Ganzheitliche Programme werben dagegen mit Ernährungsberatung und Fitnessmaßnahmen. Doch weder „Antiaging" noch „Antiagingberater" sind geschützte Begriffe. Vielmehr tummeln sich sämtliche Heilberufe auf einem Markt, in dem viel Geld zu verdienen ist.

Kompakt-Reihe „Gut beraten"

Unter dem Titel „Gut beraten" gibt es jetzt eine neue Ratgeberreihe der Verbraucherzentralen. Die Ratgeber sind kompakt, geeignet als handliche Begleiter für den Einkauf - und mit 4,90 Euro auch besonders preiswert.

Jetzt sind die ersten Titel erschienen:

- Ihre Rechte bei Kauf und Reklamation - gebündelter Rechtsrat für den Verbraucheralltag
- Antiaging- und Wellnesspräparate - die wichtigsten Ergänzungsmittel von ACE bis Zink

Bestellmöglichkeiten:
Der Ratgeber „Antiaging- und Wellnesspräparate" kann zum Preis von 7,20 Euro inklusive Versand- und Portokosten gegen Rechnung bestellt werden beim:
Versandservice des vzbv, Heinrich-Sommer-Str. 13, 59939 Olsberg
Tel: 0 29 62 - 90 86 47
Fax: 0 29 62 - 90 86 49
eMail: versandservice@vzbv.de
Internet: www.ratgeber.vzbv.de

Der Vorstand

Uschi Blöcker
Schinkelstraße 6
22303 Hamburg
Telefon 040 2797153
uschi.bloecker
@t-online.de

Bernd Rehberg
Isestraße 39
20144 Hamburg
Telefon 0179 5375711
bernd@bernd-rehberg.de

Dr. Thomas Schulz
Hertelstraße 10
12161 Berlin
Telefon 030 85074341
TGSchulz@web.de

Adressen der regionalen Kontaktpersonen

Baden-Württemberg

Udo Ament
Ringstraße 28
74838 Limbach
Telefon 06287 9208-0 (g)
06287 9208-12 (p)
Fax 06287 9208-20
apolimbach@t-online.de

Bayern

Isabella Sulger
Johann-Houis-Straße 2
81369 München
Telefon 089 2022106
isabellasulger@freenet.de

Berlin

Regina Schumann
Halskestraße 4
12161 Berlin
Telefon 030 7951471
sander.schumann
@gmx.de

Brandenburg
siehe Berlin

Bremen

Jutta Frommeyer
Igel-Apotheke
Schwaneweder Straße 21
28779 Bremen
Telefon 0421 605054
Fax 0421 605058
info@igelapo.de

Hamburg

VDPP-Geschäftsstelle
Neptun-Apotheke
Bramfelder Chaussee 291
22177 Hamburg
Telefon 040 63917720
Fax 040 63917724
geschaeftsstelle@vdpp.de

Hessen

Christl Trischler
Elisabethenstraße 5
64390 Erzhausen
Telefon 06150 85234
chri-tri@web.de

Mecklenburg-Vorpommern
siehe Hamburg

Niedersachsen

Dorothea Hofferberth
Ruschenbrink 23
31787 Hameln
Telefon 05151 64096
Aesculap.Apotheke
@t-online.de

Nordrhein-Westfalen

Christine Szlachcic-
Schomacher
Beckhofstraße 2
48145 Münster
Telefon 0251 511894
Ch.schomacher
@onlinehome.de

Rheinland-Pfalz
siehe Hessen

Saarland
siehe Hessen

Sachsen

Dr. Kristina Kasek
Goldacherstraße 7
04205 Miltitz
Telefon 0341 9405732

Sachsen-Anhalt
siehe Niedersachsen

Schleswig-Holstein
siehe Hamburg

Thüringen
siehe Hessen

Homepage des VDPP
http://www.vdpp.de